



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ENFERMAGEM

NATÁLIA PIMENTEL GOMES SOUZA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO
FERRAMENTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO CLÍNICO E SEGURANÇA
DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FORTALEZA

2013

NATÁLIA PIMENTEL GOMES SOUZA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO
FERRAMENTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO CLÍNICO E SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Consuelo Helena de Aires de Freitas

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Bibliotecário (a) Leila Cavalcante Sátiro – CRB-3 / 544

S729s Souza, Natália Pimentel Gomes.

Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e a segurança do paciente de Unidade de Terapia Intensiva / Natália Pimentel Gomes Souza .— 2013.

CD-ROM 118f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro Ciências da Saúde, Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2013.

Orientação: Prof^a.Dr^a.Consuelo Helena Aires de Freitas

Área de Concentração: Enfermagem.

1. Processos de enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título.

CDD: 610.73

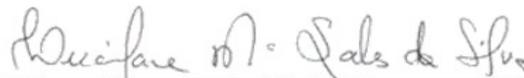
NATÁLIA PIMENTEL GOMES SOUZA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO
FERRAMENTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO CLÍNICO E SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em: 22/12/13

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Consuelo Helena Aires de Freitas
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profª Drª Ana Valeska Siebra e Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos meus pais, pela minha
existência.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me deu forças para enfrentar os obstáculos e superar as adversidades;

Aos meus Pais, **Artur e Maria do Carmo**, por terem sido meu porto seguro nessa caminhada;

Aos meus irmãos, **Mariana e Artur Filho**, que me deram seu amor fraternal;

Ao meu noivo, **Roberto**, que esteve sempre presente, apoiando-me em todos os momentos, escutando-me, pelo amor e carinho recebido;

À minha orientadora **Professora Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas**, pela confiança, paciência, pelos ensinamentos e conselhos;

À **Banca Examinadora** pela disponibilidade e valiosas contribuições;

Aos **Docentes do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará** pelos conhecimentos transmitidos;

À **Gerencia de Enfermagem e a toda equipe de Enfermagem** do cenário de pesquisa, pelo acolhimento, pela colaboração e participação no estudo;

Para os que não foram mencionados, mas que participaram e contribuíram para essa realização.

RESUMO

O objetivo do estudo foi investigar a sistematização da assistência como ferramenta na produção do cuidado de enfermagem e segurança ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de um estudo de abordagem predominantemente qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza, que possui protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implantado. Participaram do estudo nove enfermeiros escolhidos por conveniência e que obedecessem aos critérios de inclusão de serem lotados na UTI e desenvolverem a SAE por um período mínimo de um ano. No primeiro momento, utilizou-se a abordagem quantitativa com análise de 47 prontuários de pacientes tomando por base um formulário e seguindo o critério de transversalidade e amostragem por conveniência e analisados pelo programa Microsoft Excel versão 2010. No segundo momento, a metodologia qualitativa foi atendida por meio de roteiro de observação sistemática e entrevista semiestruturada realizada com nove enfermeiros da unidade e analisados por análise de conteúdo de Bardin. Os aspectos éticos e legais foram respeitados, segundo a Resolução 196/96. A análise dos prontuários evidenciou falhas nos registros da SAE na UTI, com omissão ou informações incompletas em todas as cinco fases. Os enfermeiros ainda não tem a capacitação e algumas habilidades específicas para a realização das fases da SAE, principalmente no que se refere à coleta de dados e evidenciação dos diagnósticos de enfermagem, mesmo muitos tendo concluído pós-graduações na área. Por outro lado, eles consideraram a UTI um ambiente seguro com o desempenho profissional de qualidade, a boa comunicação entre a equipe, a estrutura física e a aparelhagem moderna presentes no ambiente de trabalho. Os enfermeiros consideram que em teoria, a SAE torna o cuidado mais completo, elencando prioridades de assistência ao paciente e garantindo a qualidade no cuidado, porém, na prática ela ainda não está implementada na UTI da maneira para vir a viabilizá-la como tal. A SAE não demonstrou na UTI em estudo que é uma ferramenta ativa na promoção da segurança do paciente, sendo pouco valorizada, aplicada de modo indevido e sem exercer impacto positivo no cuidado de enfermagem de qualidade e seguro. Mesmo com as dificuldades encontradas na sua aplicação, alguns enfermeiros acreditam que a força da enfermagem encontra-se na sistematização da assistência, que sem ela não haverá a devida valorização e crescimento profissional. Apreendeu-se o maior conhecimento de como ocorre a SAE no ambiente de terapia intensiva e de como os enfermeiros vivenciam esse processo de cuidar ao paciente crítico tendo em mão a SAE institucionalizada. É preciso que haja educação permanente e sensibilização a respeito da importância da aplicabilidade da SAE para o cuidado sistematizado, crítico e de qualidade, que contribua para uma prática segura.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate the care system as a tool in the production of nursing care and patient safety in the intensive care unit. This is a study of a predominantly qualitative approach. The research was conducted in the Intensive Care Unit of the General Hospital of Fortaleza, which has deployed protocol of Care System Nursing. The study included nine nurses chosen for convenience and who met the inclusion criteria of being crowded ICU and develop Care System Nursing for a minimum period of one year. At first, we used a quantitative approach to the analysis of medical records of 47 patients on the basis of a form and following the criterion of transversality and convenience sampling and analyzed using Microsoft Excel 2010 version program. In the second phase, a qualitative methodology was attended by script systematic observation and semi-structured interviews conducted with nine nurses from the unit and analyzed by content analysis of Bardin. The ethical and legal aspects were observed, according to Resolution 196/96. The analysis of the records revealed flaws in the records of Care System Nursing in the ICU, with omission or incomplete information in all five phases. The nurses do not even have the training and some specific skills to perform the phases of Care System Nursing, especially with regard to data collection and disclosure of nursing diagnoses, even many graduate schools in the area concluded. Moreover, they considered the ICU safe with professional quality performance, good communication between the staff, the physical structure and modern equipment present in the work environment. Nurses consider that in theory the Care System Nursing becomes the most complete care, listing priorities for patient care and ensuring quality in care, however, in practice it is not yet implemented in the ICU of the way to come to make it viable as such. The Care System Nursing has not shown the ICU under study which is an active tool in promoting patient safety, being undervalued, applied improperly and without exerting positive impact on nursing care quality and safe. Even with the difficulties encountered in their implementation, some nurses believe that the strength of nursing lies in the care system, that without it there will be a proper appraisal and professional growth. Seized the greater knowledge of how the Care System Nursing occurs in intensive care and how nurses experience this process of caring for critical patients taking hand Care System Nursing institutionalized environment. There needs to be training and awareness about the importance of the applicability of Care System Nursing for the systematic, critical care and quality that contributes to safe practice.

Key words: Nursing Process; Patient Safety; Intensive Care Units

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnósticos de Enfermagem
HE	Histórico de Enfermagem
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IE	Intervenções de Enfermagem
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PPCCLIS	Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos Em Enfermagem e Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre SAE, PE e suas etapas.....	31
Figura 2 – Mapa da cidade de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais (SER).....	36
Figura 3 – Vista panorâmica do Hospital Geral Fortaleza.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Registro do Histórico de Enfermagem (HE) na admissão do paciente.....	48
Gráfico 2 - Diagnósticos de Enfermagem (DE) e fatores relacionados identificados pelos enfermeiros da UTI.....	51
Gráfico 3 - Realização dos aprazamentos das Intervenções de Enfermagem (IE) planejadas.....	53
Gráfico 4 - Métodos propedêuticos utilizados pelos enfermeiros para identificar padrões alterados em sua prática diária registrados em prontuário.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tema, Categorias e subcategorias provenientes da análise dos prontuários e de conteúdo das entrevistas recomendada por Bardin.....	42
Quadro 2 - Perfil de formação dos enfermeiros da UTI entrevistados nos meses de agosto e setembro de 2013.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados de identificação dos pacientes hospitalizados na UTI que tiveram seus prontuários analisados no período de agosto e setembro de 2013.....	46
Tabela 2 - Sistemas corporais e os métodos propedêuticos utilizados na prática do enfermeiro. Fortaleza, 2013.....	57

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO DO INVESTIGADOR E O OBJETO DE ESTUDO...1	
1.1 Aproximação com o objeto de Estudo.....1	1
1.2 Objeto e Pressupostos Teóricos.....3	3
1.3 Definindo os objetivos.....6	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....7	
2.1 O cuidado em saúde e as concepções de cuidado em enfermagem.....7	7
2.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem como ferramenta para a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva.....14	14
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....20	
3.1 Tipo de estudo.....20	20
3.2 Campo de pesquisa.....20	20
3.3 Sujeitos da pesquisa.....24	24
3.4 Coleta de dados.....24	24
3.5 Análise de dados.....25	25
3.6 Aspectos éticos e legais.....27	27
4 A SAE COMO FERRAMENTA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UTL.....29	
4.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem.....29	29
4.1.1 Composição da equipe de saúde.....30	30
4.1.2 O perfil dos pacientes sob os cuidados de enfermagem na UTL.....30	30
4.1.3 As fases da SAE enquanto processo de trabalho na UTL.....32	32
4.1.3.1 Primeira fase da SAE: A Coleta de Dados.....33	33
4.1.3.2 Segunda fase da SAE:os Diagnósticos de Enfermagem.....34	34
4.1.3.3 Terceira e Quarta fase de SAE: Planejamento e implementação.....37	37
4.1.3.4 Quinta fase da SAE: Avaliação da assistência.....39	39
4.2 Conhecendo os enfermeiros da UTL.....43	43
4.3 O cuidado de enfermagem ao paciente crítico: realidade da UTL45	45
4.4 A face gerencial dos enfermeiros em UTL.....52	52
4.5 A aplicabilidade da SAE no processo de trabalho dos enfermeiros em UTL.....57	57
4.6 Qualidade do cuidado e segurança do paciente em UTL.....64	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....77	
REFERÊNCIAS.....80	

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS ENFERMEIROS DA REDE SUS QUE ATUAM NA UTI.....	95
APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES INTERNADOS NA UTI.....	97
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADO COM OS ENFERMEIROS DA UTI.....	98
APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DO CAMPO..	99
ANEXO A – FORMULÁRIO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DA UTI DO HGF.....	100
ANEXO B – FORMULÁRIO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI DO HGF.....	102

1 APROXIMAÇÃO DO INVESTIGADOR E O OBJETO DE ESTUDO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

Esta investigação emergiu a partir da experiência acadêmica de enfermeira graduanda e do mestrado acadêmico em cuidados clínicos da UECE, e mais recentemente da prática profissional de hospital do SUS.

A iniciativa em trabalhar a pesquisa sobre a segurança do paciente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) vem se acumulando durante toda a minha trajetória na enfermagem. E aqui expresso que esta é atravessada por algumas situações vivenciadas, ao longo de um curto, porém prazeroso caminho percorrido durante minha formação e atuação como enfermeira.

Início a minha dissertação, por um bom começo, pela minha opção em adotar aqui a utilização da nomenclatura “paciente”, que está associada à evolução da história do sistema de saúde no Brasil, e que atualmente é utilizada no ambiente hospitalar, inclusive no hospital que trabalho, e nos demais que tenho conhecido neste tempo dedicado a enfermagem. Na minha vivência, até os dias de hoje, ainda não presenciei a denominação de “usuário” e sim de “paciente”, mesmo sabendo que a Reforma Sanitária com o percurso em institucionalizar o SUS já remonta duas décadas. Na minha formação acadêmica, que ocorreu durante este período, não vivenciei nos serviços de saúde esta prática, de utilizar as denominações e dispositivos contidos no SUS.

Explicitada minha escolha, sinto-me a vontade para iniciar o relato de minha trajetória. Durante a fase do internato do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) pude entrar em contato com o universo da terapia intensiva e me sentir deslumbrada com o papel que o enfermeiro pode exercer nesse cenário de cuidados a pacientes críticos. Por meio da vivência diária e da rotina de uma UTI complexa e dinâmica de um hospital de referência, observei, pratiquei e adquiri muitos conhecimentos, digo, saberes e práticas. Foram quatro meses de experiência, em que não posso deixar de expressar que foi desgastante, tanto no âmbito físico, emocional e espiritual, por ser uma rotina de plantões assistenciais, estudo, realização da monografia, mas, principalmente, por ter sido um período de grande aprendizado pessoal e profissional.

Hoje, com as leituras e discussões que tive no mestrado acadêmico, faço uma leitura mais ampliada, em que vejo algo mais, como as lacunas existentes entre a universidade e serviços, entre o SUS e o que aprendemos como aprendemos. Nós não estudamos a pessoa,

como nos comunicar e nos relacionar com outra pessoa, sadia ou enferma em nossos cursos profissionais de saúde, nem nas praticas de educação permanente (NETO, 2012). O Autor comunga da ideia a seguir em seu livro.

O modelo hegemônico da formação em saúde privilegia o estudo do corpo segundo órgãos e sistemas, apoiado nas ciências básicas, focado na clinica do individuo doente e baseado nos saberes e praticas das especialidades médicas (SILVA JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005).

Nesse ambiente em que a vida “está por um fio”, e que o “reviver” e o “morrer” convivem ironicamente de forma harmoniosa, aprendi a ser mais humana, a me relacionar com uma equipe de profissional, a compreender as angústias de pacientes e familiares, e me senti em um ambiente familiar, cercada de pessoas que me acolheram e me fizeram-me sentir parte integrante de uma verdadeira equipe. Esse conjunto de emoções fez-me aprender sim a ser uma enfermeira no serviço, mas aprendi no serviço, convivendo com a prática e com os ensinamentos na pós-graduação. Foi assim que passei a ter uma maior convicção de que era naquele ambiente e com aquela situação de adoecimento do paciente que eu gostaria de trabalhar.

No curto período de dois meses estava sendo convidada para compor àquela equipe que tão bem me acolheu. Agora eu não era mais somente a interna de enfermagem da UECE e não poderia mais me portar como tal, pois a minha nova posição era de Enfermeira e para honrar com a minha profissão teria muito o que aprender.

Em paralelo a essa vivência e tão prazerosa quanto, participava do Grupo de Pesquisa em Saúde do Adulto, Família e Sociedade – CNPq, desenvolvendo mais conhecimentos e interesse por pesquisas voltadas a pacientes adultos acometidos por doenças crônicas e agudas que tornavam estados de saúde crônicos.

O interesse pela pesquisa e a minha vontade de aprender e crescer junto com minha profissão, fez-me participar da seleção do mestrado no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da UECE. Com o meu esforço e o apoio das pessoas que acreditavam em mim, conquistei a aprovação. Não satisfeita, me matriculei no Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva também pela UECE.

Nesse momento da minha vida, enfermeira e cursando especialização e mestrado, senti a necessidade de inovar e evoluir em meus estudos e isso foi motivado pelo grupo de pesquisa. Meu olhar, ainda focado somente nos aspectos mais simples do cuidado de enfermagem, ampliou-se com o estudo da temática de “Qualidade da assistência à saúde e sua dimensão da Segurança do paciente”.

Quanto mais estudava sobre a temática, mais conseguia visualizar a importância que ela tinha para a prática de enfermagem, devendo o enfermeiro desenvolver seu cuidado visando à segurança do paciente assistido.

Já que esse cuidado deve ser realizado com o objetivo de promover a segurança do paciente, quanto mais planejado e sistematizado ele for, maior será a resposta positiva ao cuidado. Sendo assim, nada mais coerente que o enfermeiro se utilize da Sistematização da Assistência de Enfermagem para produzir um cuidado seguro e de qualidade.

A minha experiência como enfermeira de hospital do SUS e de referência para o Estado do Ceará, me fez ficar atenta pela segurança do paciente, cujo foco de atenção dos enfermeiros da instituição tem sido a Sistematização da Assistência de Enfermagem, como tecnologia e ferramenta par garantir um cuidado qualificado e seguro. Este contexto determinaram o ponto de encontro que possibilitou delimitar o objeto de estudo, que constituiu-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem e Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva

1.2 Objeto e Pressupostos Teóricos

Ao retomarmos o conceito de qualidade, este é visto como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas dos clientes e demais partes interessadas (SIMÕES *et all*, 2009). O Instituto de Medicina (1999) estabelece seis dimensões da qualidade, dentre elas destaco a segurança e a define como “ausência de lesões causadas pela atenção sanitária que se supõe dever ser benéfica”.

Ao falar de segurança em saúde, não podemos deixar de incluir os enfermeiros como peça fundamental para atingir esse fim. Eles representam um grande quantitativo dos profissionais que atuam no atendimento à saúde da população, portanto a qualidade da assistência prestada está diretamente ligada à maneira como os cuidados de enfermagem estão sendo produzidos.

Assim, os enfermeiros devem entender a importância social que está por trás da sua prática e o impacto que um cuidado descomprometido e sem qualidade gera na situação de saúde da população. Para evitar desfechos desagradáveis, a prática da enfermagem brasileira precisa ser embasada nos preceitos do SUS e seguir um processo sistematizado de assistência.

A profissão de enfermagem é considerada nova se comparada a outras profissões e seu arcabouço teórico permanece em constante processo de consolidação. Acredito que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) seja uma ferramenta que ajudará a consolidar o processo de trabalho em enfermagem de forma segura e torná-la profissão devidamente reconhecida pela sociedade. Porém, sabemos que muitos entraves ainda existem para que a sua utilização seja realizada da forma como a literatura especializada preconiza, construída por meio de um raciocínio crítico e de forma sistematizada.

Essa metodologia está bem implementada em alguns países, onde os enfermeiros realizam todo seu processo de trabalho embasado na SAE. Contudo o contexto ao qual estou inserida é bem diferente da realidade de outros países mais desenvolvidos. O Brasil ainda caracteriza-se como uma nação pobre, onde a maioria da população tem poucas oportunidades de ensino e educação, problemática que interfere em tantas outras que marcam o país, dentre elas a situação de saúde.

No contexto de saúde, estou inserida, como cidadã e enfermeira, no Sistema Único de Saúde (SUS), desfecho gerado pela Reforma Sanitária, que deve ser entendida como um movimento de construção de um novo sistema de saúde. No Brasil, na década de 1980, o movimento sanitário impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (BRASIL, 1986), contando com representantes da sociedade civil, das instituições e dos profissionais de saúde. A Conferência, dentre outros pontos importantes, recomendou a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, que mais tarde, impulsionado pela elaboração da nova Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988), tornou-se Sistema Único de Saúde (SUS), com ações e serviços de saúde regidos por princípios de universalidade, igualdade e equidade e diretrizes de descentralização político-administrativa, participação da comunidade e integralidade da atenção à saúde.

A política do SUS, em teoria, é muito bem construída e é bem referenciada em outros países do mundo. É um modelo assistencial de saúde que, se integralmente implementado, seria resolutivo para os problemas de saúde da população brasileira. No entanto, até o momento, ele consegue apenas amenizar uma parte dos problemas existentes e, no meu entendimento, funciona como um “extintor” controlando “incêndios” que sabíamos ser inevitáveis diante da maneira como a política é conduzida atualmente.

Acredito que o SUS pode e deve transformar-se para atender melhor às necessidades de saúde da população brasileira, mas isso depende não só das instancias governamentais, mas também dos usuários e do poder que eles devem exercer através do controle social. A mesma crença que deposito em vivenciar um SUS melhor, é compartilhada

com a grande vontade que tenho de ver a enfermagem se transformar como profissão, de ver enfermeiros comprometidos com o cuidado prestado e cientificamente embasados em referenciais teóricos próprios de seu cuidar, um cuidado holístico, humano, centrado nas necessidades do indivíduo, consolidado em ciência e proporcionando respostas de saúde e bem-estar ao indivíduo, família e coletividade.

Diante do exposto, o presente estudo aponta as seguintes questões condutoras de todo o processo de investigação: *Como vem sendo produzido o cuidado clínico de enfermagem ao paciente crítico na perspectiva do SUS? A SAE está sendo desenvolvida como ferramenta para a segurança do paciente na UTI?*

No sentido de estruturar a discussão teórica a ser realizada, formulou-se os seguintes pressupostos teóricos:

1º Pressuposto – A Sistematização da Assistência de Enfermagem que é uma ferramenta que proporciona a segurança na produção do cuidado clínico de enfermagem, não vem sendo operada de forma a produzir a qualidade da assistência e a garantir a segurança do paciente dentro da perspectiva do SUS.

2º Pressuposto – A Sistematização da Assistência de Enfermagem não vem sendo discutida e avaliada entre os enfermeiros no âmbito da assistência e da gestão do cuidado na UTI.

1.3 DEFININDO OS OBJETIVOS

Geral: Investigar a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e segurança ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva.

Específicos:

- Descrever o cumprimento e desenvolvimento das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- Aprender como o enfermeiro relaciona a Sistematização da Assistência de Enfermagem com a segurança do paciente.
- Discutir a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta para a segurança do paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Cuidado em saúde e as concepções de Cuidado na enfermagem

A produção do Cuidado faz emergir um espaço de inter-relação trabalhador de saúde/usuário, mediado por tecnologias, mas que supera a objetificação destas e permite a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática (AYRES, 2000). Cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como direito de ser. É atender as pessoas em seu sofrimento, respeitando as limitações, e sem perder o foco social do contexto. Com o mundo social seguro, há minimização do isolamento e prevenção de agressões. É uma atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades por meio de interconexões que fazem com que ninguém seja deixado sozinho (ZOBOLI, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se em ações e serviços de saúde regidos por princípios de universalidade, igualdade e equidade e diretrizes de descentralização político-administrativa, participação da comunidade e integralidade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde, a humanização é um quesito essencial para o cuidado integral. Pensando nisso o Ministério da Saúde cria em 2004 a Política Nacional de Humanização com um objetivo de “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004b).

Os avanços tecnológicos sofridos pela sociedade, a dinâmica de acumulação predatória de capital tem causado grandes danos ao modo como as relações interpessoais estão se dando no setor saúde, sendo, muitas vezes, reduzidas ao mero valor mercantil de troca de serviços. Diante desse fato, devemos repensar os processos de produção da saúde de uma maneira mais humana e acolhedora, pois o mesmo diz respeito a um trabalho coletivo e cooperativo entre os sujeitos e se fazem numa rede de relações que exige interação e diálogo permanentes (BRASIL, 2006).

O termo “acolhimento” está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: dar acolhida ou

agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a” (AURÉLIO, 2009).

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006).

Ao longo dos tempos e ainda na atualidade, desde que o conceito de acolhimento começou a ser estudado, muitas pessoas, inclusive os profissionais de saúde inseridos no contexto do SUS, pensam esse termo de forma incompleta. De um lado, acolhimento é pensado como relacionado ao ambiente e reduzido a uma dimensão espacial onde deve ter estrutura confortável para receber os pacientes. De outro, é pensado como uma triagem, onde os encaminhamentos para outros serviços são realizados.

De fato o acolhimento é formado também por essas duas noções importantes. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006: p.16), o acolhimento caracteriza-se como:

[...] passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

Baseado nisso, entende-se que o processo de acolhimento, se realizado de forma correta e atendendo ao seu real significado preconizado pelo SUS, pode ser responsável pela produção de vínculo e de co-responsabilização, bem como estes podem unir-se para formar uma cultura de acolhimento em seu sentido mais amplo.

Entende-se o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da co-responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo [...] (BRASIL, 2006). E para colocar em prática o acolhimento em seu cotidiano de trabalho uma importante ferramenta é a escuta qualificada, preocupando-se com as necessidades do paciente e compactuando junto com eles ações em prol do restabelecimento de sua saúde.

No âmbito hospitalar, principalmente nos setores ditos fechados como é o caso dos Centros de Terapia Intensiva, a escuta tende a ser colocada em segundo plano e o paciente e sua família acabam sendo tratados de maneira mecanizada e impessoal, dando importância significativa aos processos biológicos e pouca atenção aos processos subjetivos de cada ser cuidado. Garantir espaços de conversa entre paciente, família e equipe é importante para a implantação do acolhimento, do vínculo e da co-responsabilização nessas unidades, pontos que qualificam o cuidado de enfermagem e contribuem para a segurança do paciente.

Os processos de produção da saúde não dizem respeito apenas a um ser em particular, mas a um trabalho coletivo e cooperativo entre os sujeitos que fazem parte desse processo por meios de uma rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Profissionais de saúde, pacientes e família necessitam estreitar os laços interpessoais, pois é por meio de tais relações que construímos nossa prática que deve objetivar uma atenção de qualidade pautada nos conceitos de acolhimento, vínculo e co-responsabilização (BRASIL, 2006).

O modelo de assistência à saúde institucionalizado a partir do hospital moderno e que ainda está na base da organização hospitalar atual, deriva das ideias cartesianas que influenciaram o modelo biomédico, e que ainda encontra-se fortemente enraizado nas profissões da área da saúde, privilegiando os mecanismos biológicos e aplicando o reducionismo para as questões de saúde do ser humano (CAPRA, 1999; ALMEIDA, ROCHA, 1989).

A enfermagem não foge à essa regra, sendo marcada pela presença e vigência de modelos tradicionais de saúde e da educação que privilegiavam procedimentos técnicos cada vez mais complexos (LOPES; JORGE, 2005). Essa influência vem dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos na medicina após a Segunda Guerra Mundial, fazendo a enfermagem voltar-se para o cuidado entendido como excelência técnica no cumprimento de tarefas e procedimentos (ALMEIDA; ROCHA, 1989). De modo que o culto à técnica obscureceu o cuidado a partir de uma perspectiva humanística (WALDOW, 1998).

Essas considerações iniciais não têm o intuito de desconsiderar a importância de o enfermeiro ter o conhecimento desses aspectos, porém ele não pode direcionar sua prática voltada essencialmente para a doença, e sim voltada para um olhar holístico ao indivíduo e suas necessidades biopsicossociais e espirituais.

Com esse pensamento, a enfermagem vem evoluindo com o desafio de buscar nas demais ciências os fundamentos que propiciem o cuidar humanizado, contextualizando com a realidade de vida das pessoas (LOPES; JORGE, 2005). Depois da década de 60, as

elaborações teóricas produzidas principalmente por enfermeiros norte-americanos contribuíram para que se empreendesse a mudança de foco, do órgão acometido e do doente para o ser humano (GOMES *et all*, 2007).

A palavra Cuidado deriva do latim *cogitatu*, pensado, imaginado, meditado; enquanto, sua origem etimológica vem de *cogitatus*, que significa refletido (AURÉLIO,2009); também é usado para indicar dedicação, atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo (HOUAISS, 2001).

O verbo Cuidar tem sido associado no Brasil ao termo “assistir”, que vem do inglês *to assist* e significa ajudar. Em português, esse termo ganhou significado mais forte de estar presente, socorrer, ou seja, estar perto de alguém que necessite de ajuda (WALDOW, 1998).

Na enfermagem, o Cuidado é uma ação técnica e objetiva que comporta uma dimensão expressiva. O fenômeno do cuidado se dá na relação interpessoal estabelecida na interação entre os sujeitos. Isto implica em comunicação, pressupondo o entrelaçamento de saberes próprios desse sujeito e ético. A hospitalização leva à dependência dos clientes para os cuidados de si, por estarem enquadrados em uma ordem institucional não familiar. A perda da autonomia é quase inerente à hospitalização levando a uma recomodação do autoconceito de corpo/sujeito (FERREIRA, 2008a).

O cuidado pode ser desenvolvido de forma sensível, criativa e contextual, considerando os limites e as possibilidades das ações de enfermagem, na compreensão crítica de que os atos estão imersos em contexto cultural-social, que responde por determinadas implicações. A construção de um modelo de cuidar que busque a integração do ser humano, cuja prática preza pela realização de cuidados que atendam às necessidades humanas no âmbito da saúde e da doença, exige considerar as experiências individuais, no que cabem aos valores sociais e humanos, as emoções e toda a subjetividade e desejo, que dá singularidade a este ser. A cultura do cuidado, em que pese o conceito das relações que se estabelecem entre os sujeitos é uma “rede de conversação” que exige compreensão, solidariedade, cooperação e respeito mútuo, pois o cuidado é, por princípio e natureza, ético em si. Portanto, o cuidado inexistente sem respeito; logo, a ética do cuidado é o próprio cuidado, em que pese o seu entendimento enquanto conceito opositor ao de descaso e descuido (FERREIRA, 2008a).

Não há um consenso entre o significado do termo cuidado. A ambigüidade originou três discretos significados: *tomar conta de* (no sentido de tender para o outro, fazer por ele; está mais ligado às ações físicas); *fazer com* (expressa atitudes/emoções conjuntas na relação enfermeiro/paciente) e *precaução/cautela* (cuidadoso no sentido de fazer as coisas

corretamente) podendo ocorrer simultaneamente (BARNUM, 1998). Em especial ao terceiro sentido está intimamente relacionado à segurança do paciente, já que segurança é definida pela Organização Mundial da Saúde (2006) como ausência de danos, real ou potencial, relacionado à atenção sanitária. Portanto o cuidado de enfermagem deve ser realizado com cautela, em um ambiente favorável e por pessoas qualificadas.

Ainda, pesquisadoras da enfermagem, como Garcia e Nóbrega (2000) relacionam o cuidado a uma ação que se expressa na transitividade relacional, ocorrendo entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume o papel de cuidador, e outra pessoa que assume o papel de ser cuidado; Watson (2008) procura situar a enfermagem como ciência humana e destaca que o cuidado é a essência da enfermagem. Em sua Teoria do Cuidado Transpessoal afirma que o cuidado só pode ser demonstrado e praticado interpessoalmente, e que a relação enfermeiro e paciente ocorre num contexto de intersubjetividade e Waldow (2006), a enfermagem está mais familiarizada com as habilidades técnicas, no entanto realizar procedimentos a partir da interação com o paciente apresenta-se completamente diferente de realizar procedimentos no paciente. Pois, possibilita o cuidar fora dos parâmetros do modelo tradicional, no qual se valoriza os aspectos subjetivos e interpretativos construídos a partir da experiência dos sujeitos.

Percebendo as definições de Cuidado expressas pelos diversos autores, o estabelecimento de um verdadeiro encontro entre quem Cuida e quem é Cuidado permitirá que o enfermeiro entenda a experiência vivenciada pelo doente, determinando a elaboração de um plano de cuidado individualizado, humano e que responda às necessidades do paciente.

No cenário brasileiro, para exercer o cuidado em saúde, o enfermeiro deve aliar aos referenciais teóricos intrínsecos da profissão os princípios e diretrizes do SUS, pois é neste contexto que ele está inserido, devendo orientar suas ações para fortalecer as potencialidades do sistema de saúde vigente.

Nesta perspectiva, o Cuidado integral a saúde vem sendo discutido na última década com muita propriedade pelos pesquisadores que norteiam o SUS. Cuidado integral tem sido defendido nas instâncias de humanização, direitos a cidadania, respeito, autonomia, co-responsabilização, vínculo, acolhimento, entre outros dispositivos e atributos que emanam a relação e comunicação entre as pessoas.

A construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da

disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para a sua superação. [...] Julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio - sanitário (AYRES e col., 2003; PAIM, 2003: 102p.)

A integralidade como prática de saúde pode ser compreendida, entre outros aspectos, como uma visão do sujeito na sua totalidade, na qual a compreensão do sofrimento acontece através da ampliação do processo saúde-doença para suas dimensões psicossociais, considerando a singularidade do sujeito e seu modo de perceber os eventos da vida (LACERDA; VALLA, 2006). Integralidade significa responsabilidade, reconhecer as conquistas, atuar no sentido de defendê-las, e buscar aprimorá-las. Deve ser vista como prática social, um dispositivo inevitavelmente dialógico e ferramenta da indissolubilidade entre ação e pensamento. Utilizada para combater a fragmentação, o desrespeito à dignidade humana, o esvaziamento do conceito da vida como fonte de valores humanos, cuja saúde não deve ser reduzida à ausência de doenças (PINHEIRO, 2008), valor a ser defendido e sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, sendo expresso na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. A integralidade é usada para designar atributos e valores de práticas de saúde, de organização dos serviços e de políticas de saúde (MATTOS, 2001)

Muitos pacientes que se encontram hospitalizados em UTI eram portadores de doenças crônicas prévias que ainda lhe acompanharão após a alta hospitalar, bem como alguns deles sairão com sequelas irreversíveis. Nesse contexto, a família torna-se importante no sentido de fornecer o apoio necessário a continuidade de uma vida saudável e de qualidade após a desospitalização. Pensando nisso, nós, profissionais de saúde, não podemos esquecer-nos de integrar a família no processo de cuidar, fornecendo informações e produzindo vínculo. Através dessas ações estaremos nos responsabilizando pelo outro.

Como falado anteriormente, o processo de globalização não modificou somente o modo de produção industrial, mas também a produção do trabalho em saúde que se torna cada vez mais fragmentada e estimula uma visão de “pedaços de pessoas” ao invés de um indivíduo em sua totalidade. Esse modo de organização da saúde mundial acaba por ocasionar uma fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. A proposta da Clínica Ampliada constitui eixo nesta estrutura, que é o de ampliação do “objeto de trabalho”, fazendo com que os profissionais não se preocupem somente com o órgão afetado nem com o diagnóstico médico, e sim com o ser em sua integralidade e dimensões física, social, espiritual e psicológica (BRASIL, 2009).

Trabalhar sob os preceitos da integralidade exige uma visão ampla do profissional de saúde relacionado aos conceitos de autonomia, acolhimento, vínculo e coresponsabilização. Esses conceitos devem acompanhá-los em todos os campos de atuação na área da saúde e fazer parte de sua filosofia de trabalho, levando a uma atenção segura e de qualidade.

Portanto, a prática profissional do enfermeiro é ampliada para a produção do Cuidado a saúde e enfermagem, porque o cuidado nesta dimensão integra os diversos profissionais que estão implicados na relação com o usuário. Neste âmbito, a enfermagem precisa crescer e acompanhar o processo de trabalho na produção de cuidado multifacetado; precisa se organizar para saber utilizar o conhecimento acumulado na teoria e prática de forma simultânea, entre o agir e o pensar.

Neste intuito, buscam-se na cientificidade da enfermagem as maneiras e modos de agir para um Cuidado integral, organizado, sistematizado e contextualizado com o nosso sistema de saúde, o SUS. Busca-se utilizar e viabilizar os conhecimentos e metodologias existentes de forma a concretizá-la na validação como ciência, [...] “uma ciência-em-vias-de-se-fazer” no dizer de Moles, portanto, classificada entre “as ciências do impreciso” [...] Uma profissão necessitando romper com experiências casuais, para submeter seus achados à *verificabilidade* e à *falseabilidade* (CARVALHO, 2003; P:421).

Dentre as tecnologias da enfermagem, o Processo de Enfermagem é denominado de Sistematização da Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem e/ou Processo de Cuidar (CARRARO TE, KLETEMBERG DF, GONÇALVES LM, 2003). Constitui-se de metodologia de trabalho que oferece diretrizes para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com base no método científico para o Cuidado, que possibilita um fazer direcionado por ações científicas exequíveis na prática, não como um fim em si mesmo ou sinônimo de que sua mera aplicação promoverá a qualidade da assistência (CROSSETTI MGO, RODEGHERI M, D’ÁVILA ML, DIAS VLM, 2002; SIVIERO IMPS, TOLEDO VP, FRANCO DAS, 2002). Como tecnologia na enfermagem e subsidiado pela lógica do SUS, torna-se possível desenvolver o Cuidado com segurança para a qualidade da assistência de enfermagem.

2.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem como ferramenta para a Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva

O interesse pelo tema “Qualidade dos Serviços de Saúde” foi se tornando mais visível, em âmbito internacional, no final do século XX. Juntamente com essa temática, surge também mobilizações em prol da segurança do paciente, visto que esta é uma das dimensões da qualidade apontada pelo Instituto de Medicina (1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (MILLENSON, 2008).

O Instituto de Medicina (1991) define qualidade da atenção à saúde como “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis a indivíduos ou populações, e são coerentes com o conhecimento atual da profissão”, e define segurança, uma das seis dimensões chave da qualidade, como a “ausência de lesões causadas pela atenção sanitária que se supõe dever ser benéfica”.

A segurança do paciente é uma dimensão concreta da qualidade que permite identificar problemas, monitorizando e padronizando condutas para a melhora contínua da qualidade (SATURNO, 2008). Segundo a *National Patient Safety Agency* (NPSA), a segurança do paciente deve ser parte da estratégia, missão, visão, objetivos, indicadores, projetos e forma de trabalhar em uma organização (SEGIVIANO, 2005).

Levando a dimensão da segurança para o contexto da enfermagem, pode-se inferir que, por meio de estratégias que coloquem a segurança do paciente em primeiro plano, o enfermeiro está trabalhando para atingir a excelência de seu processo de trabalho.

Chamo atenção nesse estudo para o potencial que a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem para organizar, sistematizar e orientar o trabalho da equipe de enfermagem. Se para atingir a qualidade nos serviços de saúde é preciso passar pela dimensão da segurança, e pensando que não conseguimos promover segurança sem um processo de trabalho bem estruturado nas necessidades do paciente, tem-se a SAE como uma importante ferramenta para alcançar essa tão importante dimensão da qualidade.

O primeiro passo para fundamentar a prática do enfermeiro é ter o conhecimento de sua legislação e do que é privativo de sua profissão, sendo fundamental para sustentar suas ações. A Resolução COFEN-272 de 2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde e considera sua institucionalização como prática de um

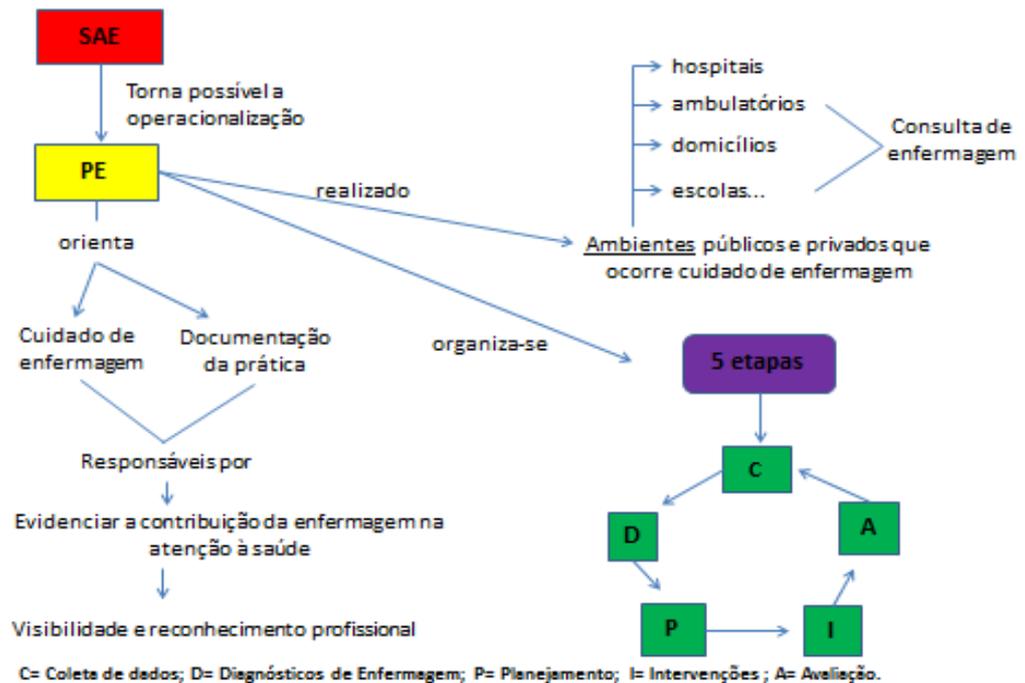
processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro, considerando a implementação da SAE uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem.

Além disso, essa resolução em seus artigos 2º e 3º, respectivamente, afirma que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada e que ela deverá ser registrada em prontuário, sendo composta de histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição da assistência, evolução da assistência e relatório de enfermagem. (Resolução COFEN-272 de 2002)

Tal resolução, em 2009, foi revogada pela Resolução COFEN-358 que afirma ser a Sistematização da Assistência de Enfermagem responsável pela organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem; sendo este um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Essa operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem é responsável por evidenciar a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.

A atual resolução reorganiza a SAE em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo estas: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Figura 1- Relação entre SAE, PE e suas etapas.



Fonte: Elaborada pela autora.

A prática do enfermeiro deve ser realizada de forma científica e sistematizada, porém o que podemos apreender da experiência vivenciada e de alguns estudos realizados é que muitos profissionais ainda direcionam sua atuação em função de prioridades, resolutividade e motivos de internação sem considerar metodologias preestabelecidas como base para suas ações, agindo de forma empírica como consequência de uma rotina de trabalho e sem reflexão (MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008). Além de predominar uma assistência demandada por procedimentos, normas, rotinas e focada na doença e não na pessoa doente, relegando para segundo plano o planejamento das atividades relacionadas ao Processo de Enfermagem (PE) (ALVES; LOPES; JORGE, 2008) e prejudicando a qualidade da assistência prestada.

Tendo em vista o objetivo de avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma ferramenta para uma atenção segura e contribuir para a produção de um Processo de Enfermagem de excelência, optou-se por trabalhar levando em consideração os estudos sobre qualidade da atenção à saúde realizados por Avedis Donabedian, visto que, mesmo sendo suas publicações antigas, este autor ainda é referência mundial para inúmeros estudos realizados envolvendo a qualidade da atenção à saúde e depois dele ainda não se tem

conhecimento de outro que tenha se aprofundado sistematicamente no assunto e proposto inovações.

Mesmo os escritos de Donabedian tendo sido realizados com base na atenção médica, eles são perfeitamente aplicáveis à atenção à saúde como um todo e a de enfermagem. Já em 1966, ele falava dos registros da história clínica do paciente como sendo instrumentos úteis para a avaliação da qualidade da assistência e sugeria verificar as anotações de enfermagem, comparando-as com os registros médicos, no sentido de obter informações mais fidedignas sobre os fatos, avaliando também, coerência entre a história clínica e a assistência prestada (DONABEDIAN, 2001a).

Essa afirmativa denota a grande importância que os registros de enfermagem, gerados pela aplicação da SAE, exercem na comunicação não só entre a equipe de enfermagem, mas também entre a equipe multiprofissional, promovendo uma continuidade dos cuidados oferecidos. Dessa forma, os enfermeiros devem entender o impacto que a documentação de seus achados e de suas ações gera na obtenção de uma atenção segura.

Donabedian (1980), ao falar de qualidade, absorveu da teoria dos sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar e gerando uma abordagem que se tornou um clássico nos estudos de qualidade em saúde.

Para o autor, o componente Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (DONABEDIAN, 1980).

A SAE constitui-se de tecnologia que abrange as dimensões para o cuidado a saúde, assim sendo é o componente de estrutura, processo e resultados para o cuidado desenvolvido na perspectiva do SUS.

Segundo Merhy (2002), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (são tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como na clínica médica, psicanalítica, epidemiológica); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Todas têm sua importância e utilização na enfermagem, mas defendo, nesse estudo um uso maior de tecnologias leve-duras e leves embora não descarte o uso de tecnologias duras.

Pode-se relacionar alguns pontos que merecem atenção, como: o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o conhecimento que os profissionais têm relacionado a aplicação do método e às disciplinas essenciais para exercer o cuidado, as condições físicas e materiais que são dadas para a implementação do plano de cuidados de enfermagem, a existência de procedimentos operacionais padrão que padronizem as atividades de enfermagem e o apoio da chefia para a implementação da SAE.

O componente Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados (DONABEDIAN, 1980).

Podemos dizer que a aplicação pura dos cuidados de enfermagem e a maneira como o plano é pensado faz parte do componente Processo. E já que a assistência prestada deve ser pautada em padrões técnico-científicos, como bem explicita Donabedian, é coerente que o enfermeiro fundamente sua prática no método peculiar a sua profissão, ou seja, na SAE.

O componente Resultados corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1980).

Os resultados da atenção são, basicamente, “aquelas mudanças, favoráveis ou não, no estado de saúde atual ou potencial das pessoas, grupos ou comunidades que podem ser atribuídos à atenção sanitária prévia ou atual”. Uma visão mais ampla inclui as mudanças nos conhecimentos relacionados com a saúde, as atitudes de comportamento do paciente e satisfação dos pacientes. A essa última é dada grande importância porque, além de ser o julgamento de pacientes sobre a qualidade da assistência recebida, é uma influência direta sobre os resultados propriamente ditos (DONABEDIAN, 1986, 2001b).

O estado de saúde em si, que deve ser parâmetro para avaliar os resultados, pode ser considerado, desde uma perspectiva limitada, como a função física e fisiológica, ou desde uma perspectiva mais ampla que inclui também as funções psicológicas e de desempenho social. É importante nos resultados, não só o aumento do tempo de vida do paciente e sim a qualidade dessa vida (DONABEDIAN, 2001b).

Mesmo fazendo a distinção entre os três pilares da qualidade, o autor defende a ideia de que o processo assistencial é um contínuo que é formado por estrutura, processo e

resultados. A análise desses pilares não significa uma separação entre meio e fim e sim uma “cadeia ininterrupta de meios antecedentes, seguida de fins intermediários que, por sua vez, são meios para outros fins” (DONABEDIAN, 2001a).

Sendo assim, as barreiras estruturais interferem diretamente na qualidade do processo produzido, que resulta, muitas vezes, em resultados desfavoráveis. No Brasil, ainda existem muitas limitações estruturais para a execução da SAE, dentre elas os enfermeiros apontam a falta de tempo; o número reduzido de profissionais devido ao inadequado dimensionamento do pessoal de enfermagem provocando uma sobrecarga e acúmulo de atividades; a falta de informatização; a pouca experiência e a falta de conhecimento teórico dos profissionais quanto à operacionalização do PE e das clínicas humanas e biológicas e de semiologia; a resistência e a desmotivação de alguns profissionais (TAKAHASHI *et all*, 2008; BARRA; SASSO; MONTICELLI, 2009; LUIZ *et all*, 2010)

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de investigação descritiva de caráter quantitativo e qualitativo acerca da sistematização da assistência de enfermagem em atenção à segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva, desenvolvido em dois momentos complementares.

No primeiro momento, utilizou-se a abordagem quantitativa, buscando-se no campo empírico tendências observáveis. Como estratégia de pesquisa, o método quantitativo visa a obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou desfecho). Para prever e controlar eventos, comportamentos e outros desfechos, o pesquisador deve quantificar as causas e os efeitos através de métodos estatísticos, e isolá-los do seu contexto, a fim de tornar o processo, dentro da visão positivista, o mais objetivos possível (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010).

No segundo momento, a metodologia qualitativa foi utilizada na apreensão de opiniões, atitudes, hábitos, valores e crenças, enfim os dados não mensuráveis que constituem o pensar e agir dos participantes da pesquisa, podendo-se assim caracterizar como sendo uma pesquisa com triangulação de métodos, em que são de naturezas diferentes, mas que se complementam na presente investigação. Ainda é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2008).

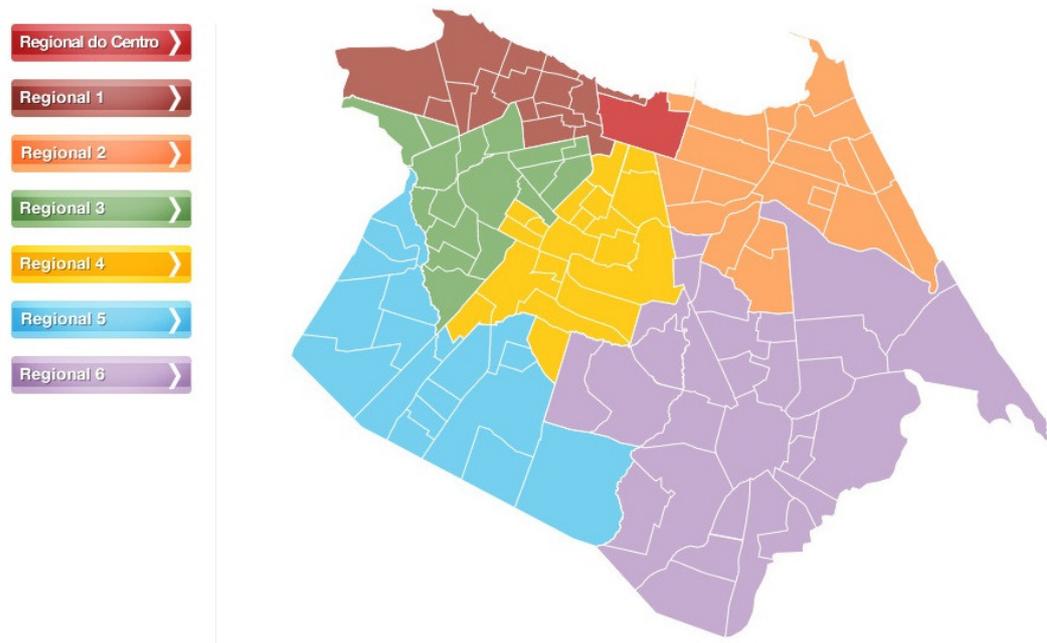
3.2 Campo da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil.

A cidade encontra-se dividida em seis regiões administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER) que possuem um papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada definem suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestam os serviços articulados em uma rede de proteção social. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2007) O referido hospital localiza-se na Secretaria Executiva Regional (SER) II, que é formada por 20 bairros, onde moram 325.058 pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA).

O grande objetivo da Regional II é reduzir os desníveis sociais entre seus bairros. Os bairros da SER II são: Aldeota, Cais do Porto, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Calvalcante, Guararapes, Joaquim Távora, Manuel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I e II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, Vicente Pinzon (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA).

Figura 2 - Mapa da cidade de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais (SER).



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza. Disponível em <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>>

O Hospital Geral de Fortaleza foi inaugurado em 23 de maio de 1969 com uma área construída de 15.000 m² e 200 leitos, no bairro Papicu. Começava suas atividades com uma equipe formada por médicos, enfermeiras e auxiliares, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, dentistas, e apoio administrativo. A obstetrícia foi o primeiro setor a iniciar suas atividades e a Unidade Neonatal tornava-se referência para recém-nascidos graves e prematuros. Anos de evolução se passaram e, em 1984, o atendimento aos usuários amplia-se nos Serviços de Pediatria, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Endoscopia, Neurocirurgia, Nefrologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Proctologia, Oftalmologia, Obstetrícia, Anestesiologia, Gasoterapia e Serviço de Terapia Intensiva, além do Serviço de Pacientes Externos (ambulatório) que contava com 120

consultórios médicos e um consultório odontológico (<http://www.hgf.ce.gov.br/>, acesso em: 24/11/12).

Em 1990, com a extinção do INAMPS, o HGF passa a fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a rede assistencial da Secretaria Estadual da Saúde (SESA). Em 1993 foi criada a Divisão de Qualidade Total, com início da implantação do Plano Gerencial de Base e o desenvolvimento do Planejamento Estratégico para definição da Missão, Visão e Valores do HGF. Em 1997 foi realizada a I Pesquisa de Satisfação dos Usuários e Profissionais do hospital. O Programa de Assistência Domiciliar – PAD iniciou suas atividades em 1999 dando continuidade ao tratamento de pacientes após alta hospitalar. Ainda em 1999, o Serviço Social realizou a II Pesquisa de Satisfação do Usuário e o hospital recebeu Menção Honrosa no Qualihosp'99, promovido pelo Hospital das Clínicas de São Paulo e Hospital Israelita Albert Einstein (<http://www.hgf.ce.gov.br/>, acesso em: 24/11/12).

No ano de 2002, foram realizados o V Seminário de Gestão da Qualidade & I Encontro de Humanização do HGF, sendo criada a I Comissão Interna de Implantação e Condução dos Trabalhos do Programa de Humanização do Hospital. Em 2003 foi criada a Unidade de Terapia Semi-Intensiva e em 2005 ocorre o reconhecimento pelo Ministério da Saúde do HGF como “Hospital Amigo da Criança”. Em 2009, foi comemorado os 40 anos de prestação de assistência à saúde da população como hospital da rede SUS, de referência em procedimentos de alta complexidade. É inaugurada a Unidade Régis Jucá e a nova Emergência Luis de Gonzaga Chacon – homenagem ao ex-funcionário do HGF e o hospital passou a contar com 438 leitos. Inaugurada a Unidade de AVC do HGF, a maior do Brasil, e referência no tratamento de pacientes com acidente vascular cerebral. O corpo funcional totaliza cerca de três mil entre trabalhadores vinculados à Secretária da Saúde e Ministério da Saúde, bem como Cooperados e Terceirizados. Na área de exames especializados, o hospital é o único da rede pública estadual a realizar Ressonâncias Magnéticas e Eletroneuromiografias. Atualmente, o hospital realiza 1.150 cirurgias, 16 mil consultas e 100 mil exames laboratoriais por mês (<http://www.hgf.ce.gov.br/>, acesso em: 24/11/12).

Figura 3 - Vista panorâmica do Hospital Geral de Fortaleza.



Fonte: <http://www.hgf.ce.gov.br/>

Tem como missão “prestar assistência à saúde da população como hospital do Sistema Único de Saúde de referência em procedimentos de alta complexidade, ofertando serviços humanizados, seguros e de boa qualidade, contribuindo para a produção e transmissão de conhecimentos em sua área de atuação”. E dentre seus valores e crenças estão a humanização; o compromisso com o cuidado integral ao paciente; valorização do corpo funcional; cooperação e integração em todos os níveis (Transdisciplinaridade); dentre outros (<http://www.hgf.ce.gov.br/>, acesso em: 24/11/12).

Dentro do planejamento estratégico, em 2013, o HGF pretende ser reconhecido nacionalmente por todos os seus públicos de interesse como um hospital de referência, centrado no paciente e em sua rede social, que funciona de acordo com os princípios da assistência segura, humanizada e do cuidar integral nas esferas bio-psico-socio-espiritual, buscando a excelência em tudo o que faz, focado nos procedimentos de alta complexidade (<http://www.hgf.ce.gov.br/>, acesso em: 24/11/12).

Percebe-se que o hospital vem desenvolvendo durante os anos ações que visam o cuidado integral, a satisfação dos pacientes atendidos, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, além de serem explicitados em sua missão, valores e crenças. Diante disto, o estudo irá contribuir com o alcance dessas metas, podendo promover uma assistência de enfermagem mais segura.

Quanto a Unidade de Terapia Intensiva Adulto, está funciona no terceiro andar do prédio Régis Jucá. A unidade conta com 32 leitos e divide-se para melhor organização em três sub-unidades denominadas de Verde, Azul e Amarela.

A Verde e a Azul caracterizam-se como unidades que recebem pacientes das diversas clínicas, enquanto a Amarela é uma unidade fundamentalmente pré e pós- cirúrgica, mantendo uma rotatividade de leitos significativamente maior que as outras unidades e

atendendo pacientes principalmente da neurocirurgia, devido ao grande número de procedimentos realizados no hospital por essa especialidade médica.

Portanto, o local do estudo foi escolhido levando em consideração que o hospital é uma das referências estaduais de atenção terciária e pela minha vivência na Unidade de Terapia Intensiva deste hospital, que possui protocolo de SAE implantado (Anexos A e B).

3.3 Participantes da pesquisa

Os sujeitos que participaram do estudo foram os enfermeiros que prestam assistência ao paciente em UTI na unidade do estudo. A Unidade possui 59 enfermeiros, sendo esta a população do estudo.

O processo de amostragem foi por conveniência, sendo entrevistados nove enfermeiros distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite, já que os enfermeiros dos turnos diurnos são responsáveis pela realização da SAE para a metade dos pacientes, enquanto a outra metade fica para os enfermeiros do turno da noite.

Por critérios de inclusão, definiu-se investigar enfermeiros lotados nesta unidade e que vem desenvolvendo a SAE por um período mínimo de um ano, por considerar ser este tempo o suficiente para que os mesmos tenham experiência para dar as opiniões, relatar as dificuldades e potencialidades desta na unidade.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de 01 de agosto a 30 de setembro de 2013, referente aos dados quantitativos e qualitativos.

Para atender a natureza quantitativa do estudo, realizou-se uma análise dos prontuários de pacientes tomando por base um formulário (Apêndice B) de investigação previamente elaborado, a fim de coletar informações quanto ao preenchimento do protocolo das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade (Anexos A e B).

A amostragem por conveniência ocorreu de forma transversal em que foram investigados 47 prontuários durante o período da coleta.

Delineou-se como critérios de inclusão: paciente que estivessem internados na UTI, internação acima de 24 horas. Foram excluídos prontuários de pacientes de alta hospitalar ou óbito.

A natureza qualitativa do estudo foi desenvolvida por meio da entrevista semiestruturada realizada com os enfermeiros (Apêndice C), e da observação sistemática (Apêndice D) de forma complementar.

A entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinadas a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Dentre seus subtipos, optou-se pela escolha da entrevista semiestruturada, que obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Ela facilita a abordagem e assegura que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa por ter um apoio claro na sequência das questões (MINAYO, 2010).

A gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar, que após a gravação, todas as fitas estão à disposição do entrevistado, para que o mesmo possa ouvi-la, e caso deseje modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderá ficar à vontade para fazê-lo. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados e serão guardados por cinco anos, sendo preservado o anonimato dos sujeitos.

A observação sistemática é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVINOS, 1992). A observação sistemática foi orientada pelo roteiro de observação (Apêndice C).

3.5 Análise de dados

A análise dos dados qualitativos foi respaldada pela Análise Categrial Temática de Bardin (2011, p. 201), definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa. Existe uma diferença entre essas duas abordagens: na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem (BARDIN, 1979).

[...]o que caracteriza a análise qualitativa e o fato de a inferência ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.), e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual.

Em seguida procedeu-se a interpretação à luz da literatura pertinente a SAE e o Processo de Enfermagem de forma contextualizada, e acerca da qualidade e segurança na assistência a saúde na perspectiva do cuidado integral a saúde.

Os dados obtidos pelos formulários foram analisados pelo programa Microsoft Excel versão 2010 e apresentados descritivamente, em que se utilizaram tabelas e gráficos para melhor visualização dos mesmos.

Os dados coletados com base nas falas foram analisados qualitativamente por análise de conteúdo seguindo os passos recomendados por Laurence Bardin. Os conteúdos das observações foram complementares para a análise.

Na análise de conteúdo o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

No texto em que marca a diferença teórica entre conteúdo e sentido, a análise de conteúdo costuma ser feita através do método de dedução frequência ou análise por categorias temáticas. A dedução frequência consiste em enumerar a ocorrência de um mesmo signo linguístico (palavra) que se repete com frequência, visando constatar “a pura existência de tal ou tal material linguístico”, não preocupando-se com o “sentido contido no texto, nem à diferença de sentido entre um texto e outro”, culminando em descrições numéricas e no tratamento estatístico.

A análise categorial é o tipo de análise mais antiga e na prática a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos. Ela poderá ser temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. (BARDIN, 1979).

A técnica de análise de conteúdo, se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 1979).

A primeira etapa é descrita como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura futuante hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades

de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

A análise das informações dos prontuários e dos conteúdos emergidos nos discursos dos sujeitos entrevistados permitiu o surgimento do tema e de suas categorias e subcategorias apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Tema, Categorias e subcategorias provenientes da análise dos prontuários e de conteúdo das entrevistas recomendada por Bardin.

TEMA
A SAE como ferramenta na segurança do paciente e qualidade na assistência em UTI
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS
4.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem
4.1.1 Composição da equipe de saúde
4.1.2 O perfil dos pacientes sob os cuidados de enfermagem na UTI
4.1.3 As fases da SAE enquanto processo de trabalho na UTI
4.1.3.1 Primeira fase da SAE: A Coleta de Dados
4.1.3.2 Segunda fase da SAE: os Diagnósticos de Enfermagem
4.1.3.3 Terceira e Quarta fase de SAE: Planejamento e implementação
4.1.3.4 Quinta fase da SAE: Avaliação da assistência
4.2 Conhecendo os enfermeiros da UTI
4.3 O cuidado de enfermagem ao paciente crítico: realidade da UTI
4.4 A face gerencial dos enfermeiros em UTI
4.5 A aplicabilidade da SAE no processo de trabalho dos enfermeiros em UTI
4.6 Qualidade do cuidado e segurança do paciente em UTI

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 Aspectos éticos e legais

Inicialmente, para a entrada no campo, foram seguidas as medidas necessárias e recomendadas pelo Comitê de Ética para Pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Assim, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da instituição hospitalar, para apreciação e autorização formal, sendo

aprovado com o número de protocolo 19386213.2.0000.5040. A partir desta, comunicou-se a realização da pesquisa à Chefia de Enfermagem e à Chefia imediata do setor.

No momento da coleta de dados, os sujeitos foram convidados verbalmente e receberam os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, sendo garantida total liberdade para participarem ou não dele, ou ainda abandonarem o estudo no momento em que desejarem. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), confirmando o desejo em participar da pesquisa. Foi assegurado aos participantes a isenção de prejuízos no atendimento prestado e o anonimato na apresentação dos resultados, sendo os enfermeiros entrevistados denominados pela letra “E” e o número correspondente á ordem de realização das entrevistas.

4 A SAE COMO FERRAMENTA NA SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NA ASSISTENCIA EM UTI

4.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem

A implementação da SAE na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) foi iniciada em 1995, e veio evoluindo ao longo desses anos. Primeiramente a unidade contava com um espaço no prontuário do paciente para escrever as atividades de enfermagem prescritas pelos enfermeiros do plantão e, após aproximadamente três anos, deu-se a criação de um formulário que também se detinha somente às atividades realizadas, não contemplando as outras fases da SAE.

Alguns anos depois surgiu a iniciativa da realização de oficinas para a construção de um formulário próprio. A divulgação da realização dessas oficinas foi feita através de cartazes convidativos e participariam os enfermeiros que tivessem interesse. Participaram desse processo de construção oito enfermeiros dentre todos que compunham o quadro de funcionários da UTI.

Durante as oficinas, aconteceram discussões sobre quais diagnósticos de enfermagem eram mais prevalentes nos pacientes hospitalizados na unidade com suas respectivas intervenções, fundamentadas em NANDA e NIC, respectivamente. Não foi utilizada nenhuma teoria de enfermagem para embasar a construção do formulário.

O formulário foi introduzido no serviço na ocasião de uma reunião entre a equipe de enfermagem, onde foi apresentado aos profissionais o novo instrumento para registro das fases da SAE. Não houve treinamento nem sensibilização dos profissionais a respeito da SAE e o modo de operacionalizar suas fases.

Em 2008, as coordenações da UTI juntamente com o setor de educação continuada do hospital se reuniram e esse formulário passou por uma pequena modificação estrutural e listagem de novas atividades de enfermagem vistas como importantes, mas que ainda não faziam parte do formulário inicial.

Atualmente, na UTI existem dois formulários para registrar a realização da SAE. Um deles é o histórico de enfermagem (Anexo A) que deve ser preenchido como rotina na admissão de todos os pacientes na unidade e conta com dados de identificação do paciente, entrevista e exame físico dos sistemas corporais.

Dando continuidade as fases da SAE, a unidade conta com o formulário denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (Anexo B) que engloba Diagnósticos, intervenções, atividades a serem realizadas com seus aprazamentos e os

resultados de enfermagem propostos, além de um campo para anotações de enfermagem utilizado pelos técnicos. Neste impresso, todas as fases estão preestabelecidas, o enfermeiro deve fazer o preenchimento baseado nas informações coletadas do paciente.

4.1.1 Composição da equipe de saúde

A unidade conta com equipe multidisciplinar formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. Cada médico e fisioterapeuta são responsáveis pelo cuidado a oito pacientes, cada enfermeiro a quatro e cada técnico a dois.

O corpo de equipe de enfermagem conta com 59 enfermeiros e 87 técnicos de enfermagem, sendo 26 enfermeiros concursados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e 33 que prestam serviços terceirizados, enquanto que os técnicos de enfermagem são 45 concursados e 42 terceirizados. Esses profissionais prestam serviços para suprir a necessidade dos 32 leitos rotativos para pacientes das várias especialidades atendidas pelo hospital. Durante o período da coleta, meses de agosto e setembro de 2013, foram hospitalizados nas unidades 199 pacientes.

4.1.2 O perfil dos pacientes sob os cuidados de enfermagem na UTI

Para atender a um dos objetivos desse estudo, aplicou-se o formulário em 47 prontuários de pacientes que passaram pela unidade no período de coleta. A seguir é apresentada a tabela 1 que demonstra os dados de identificação desses pacientes.

Tabela 1: Dados de identificação dos pacientes hospitalizados na UTI que tiveram seus prontuários analisados no período de agosto e setembro de 2013.

Variáveis	N	%
Idade		
Menor que 20 anos	3	6,4%
Entre 20 e 60 anos	25	53,2%
Maior que 60 anos	19	40,4%
Sexo		
Masculino	21	44,7%
Feminino	26	55,3%
Especialidades		
Neurologia	27	57,4%
Otorrinaringologia	3	6,4%
Gastroenterologia	10	21,3%
Cardiologia	4	8,5%
Nefrologia	3	6,4%
Profissão/ocupação		
Aposentado	11	23,4%
Doméstica	5	10,6%
Agricultor	2	4,3%
Professor	1	2,1%
Informação omitida	28	59,6%
Naturalidade		
Fortaleza	29	61,7%
Interior do Ceará	18	38,3%

Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados da tabela 1 demonstram que a idade prevalente entre os pacientes de prontuários analisados é entre a faixa etária de 20 e 59 anos, representada por 53,2%. A faixa etária de maiores de 60 anos foi representada por 40,4%, enquanto que os menores de 20 anos representaram apenas 6,4%. Esses dados demonstram que o perfil dos pacientes atendidos nesta UTI é mais caracterizado por adultos, sendo o foco de atendimento do hospital.

A diferença de percentual entre os sexos foi pequena, sendo o sexo feminino representado por 55,3% dos prontuários analisados. Quanto às especialidades, as evidenciadas foram neurologia (57,4%), gastroenterologia (21,3%), cardiologia (8,5%), otorrinolaringologia (6,4%) e nefrologia (6,4%). A neurologia foi a especialidade que mais teve representação na amostra utilizada, isso pode ser justificado pelo hospital ser referência no atendimento ao paciente com Acidente Vascular Encefálico (AVE), tendo sua unidade específica de atendimento a essa clientela inaugurada em 2009. Por esse motivo, oito dos 32 leitos da UTI são destinados a pacientes que necessitam de intervenções neurocirúrgicas e

que, em grande parte das vezes, tem recuperação rápida, mantendo a alta rotatividade desses leitos comparados a das outras especialidades.

Na variável profissão/ocupação, podemos perceber que este foi um dado pouco considerado no preenchimento dos prontuários, totalizando 59,6% de informação omitida. Os aposentados representaram 23,4%, seguidos das domésticas (10,6%), dos agricultores (4,3%) e dos professores (2,1%).

É necessária uma reflexão acerca dessas informações omitidas sobre a profissão/ocupação do paciente. Se existe no cadastro essa variável, é interessante que ela seja respondida, pois muitas profissões podem ser fator predisponente para patologias, e com a omissão desse dado ocorre um prejuízo das informações referentes ao paciente e não contribui para a realização de pesquisas.

Quanto à naturalidade, 61,7% dos pacientes eram nascidos em Fortaleza e 38,3% no interior do Ceará, o que configura ser o hospital referência no atendimento a pacientes não só da capital como também do interior do estado.

4.1.3 As fases da SAE enquanto processo de trabalho na UTI

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico. No entanto 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 (ATRUPEL *et al*, 2010).

O Processo de Enfermagem requer conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual; e indica um conjunto de ações executadas face ao julgamento sobre as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em determinado momento do processo saúde e doença.

Para desenvolver tal processo deve-se utilizar linguagem única e padronizada, a favor do processo de comunicação, tornando padronizados os termos empregados pelos profissionais, transmitindo a todos os mesmos significados e que a eficácia desejada na comunicação seja atingida, sendo uma das propriedades da profissão (CHAVES, 2009).

Composto por cinco fases, Coleta de dados; Diagnósticos de Enfermagem; Planejamento; Intervenções e Avaliação, caracteriza-se como processo sistematizado e dinâmico onde suas fases interligam-se de forma cíclica e contínua, necessitando de raciocínio crítico e conhecimento por parte do enfermeiro que o executa.

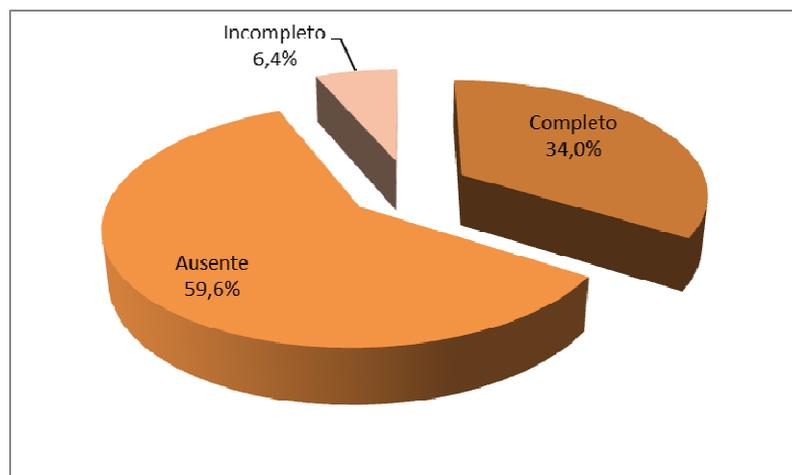
Diante do exposto, a seguir serão descritos o modo como vem sendo realizada a SAE na UTI em estudo, em cada uma de suas fases.

4.1.3.1 Primeira fase da SAE: A Coleta de Dados

A primeira fase do processo de enfermagem, a Coleta de dados, é uma fase imprescindível para que ocorra o sucesso das demais fases. Pois é por meio da coleta de dados que se estabelece a relação de empatia entre enfermeiro/paciente, o qual se dá com a comunicação verbal e não verbal, é também, a fase onde o enfermeiro coloca em prática toda sua capacidade de observar e mensurar as necessidades específicas do paciente (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Como mencionado anteriormente, existe um formulário na unidade denominado de Histórico de Enfermagem (Anexo A) que deve ser preenchido obrigatoriamente no momento da admissão do paciente na UTI. Com base nessa informação sobre a rotina de trabalho do enfermeiro da unidade e visto que o histórico é essencial para a busca de dados a respeito do paciente hospitalizado, o gráfico 1 demonstra como esse registro vem sendo realizado.

Gráfico 1- Registro do Histórico de Enfermagem (HE) na admissão do paciente.



Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria (59,6%) dos prontuários analisados não tinham o registro do impresso de HE preenchido, enquanto que 6,4% deles tinham o registro realizado de forma incompleta, com falta de preenchimento de alguns campos como profissão, religião, sinais vitais, alergias

e deficiências físicas. Somente 34,0% dos prontuários tinham o registro completo desse impresso.

Refletindo com base nos dados desse gráfico, podemos evidenciar a existência de uma falha do processo de trabalho de enfermagem na primeira etapa da SAE. Os enfermeiros não estão valorizando uma etapa essencial do processo, que possibilita o conhecimento das peculiaridades do paciente e de suas reais necessidades. Etapa esta que condiciona todas as outras e que se não for realizada de maneira séria e com critérios prejudica todo o desenrolar da SAE, diminuindo a qualidade do cuidado.

Em estudo realizado por Neves e Shimizu (2009) também percebeu-se que na Coleta de Dados, o enfermeiro tem utilizado o histórico de enfermagem de forma parcial, priorizando a coleta e registro de dados referentes às necessidades biológicas em detrimento das necessidades sociais, psicológicas e espirituais que se encontram pouco valorizadas. Isso contribui para a fragmentação dos cuidados prestados e descaracteriza a individualização da assistência ao cliente, dificultando a assistência de qualidade (NEVES; SHIMIZU, 2010).

4.1.3.2 Segunda fase da SAE: os Diagnósticos de Enfermagem

Considerada de suma importância no processo de enfermagem, a fase do diagnóstico, pode também ser considerada um processo de raciocínio diagnóstico, pois é necessário um processo intelectual complexo, no qual o enfermeiro faz julgamentos e interpretações sobre os dados objetivos e subjetivos do paciente. Esse processo de raciocínio diagnóstico pode ser entendido como a forma de pensar do enfermeiro, estando diretamente vinculado ao seu fazer e com a qualidade do cuidado dispensado (NÓBREGA; SILVA, 2009).

A necessidade de uma linguagem padronizada que suprisse as exigências dos sistemas computadorizados como também a importância de declarar com maior clareza a sua base intelectual para a prática, motivaram o desenvolvimento do sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Muitos encontros entre estudiosas no assunto foram ocorrendo ao longo dos anos, sendo em 1973 a Primeira Conferência Norte-Americana para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, dando início ao esforço formal para identificar, desenvolver e classificar diagnósticos de enfermagem.

A partir de então foi aprovada a Taxonomia I da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) em 1988 e, em 1990, foi apresentada a Taxonomia II com aperfeiçoamentos.

Para a NANDA (2000),

Diagnóstico de enfermagem é considerado um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da coletividade, a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

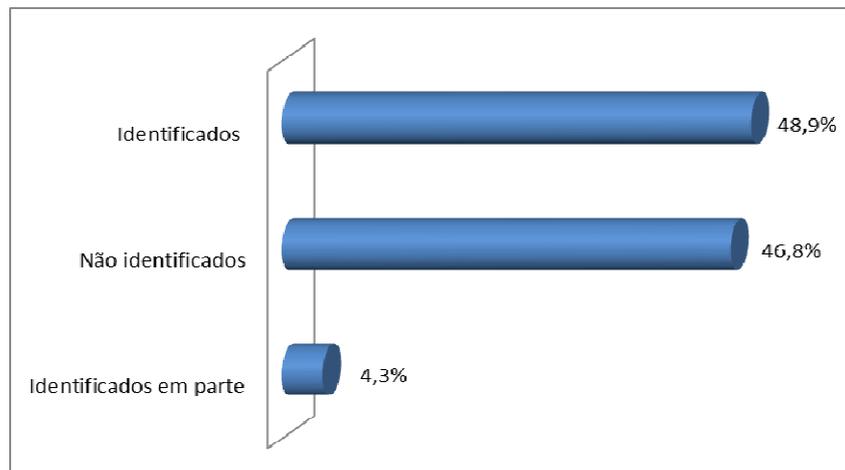
A Taxonomia I apresentava como estrutura teórica os nove Padrões de Respostas Humanas (Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir), resultado do trabalho coordenado por Irmã Calista Roy, numa estrutura monoaxial, onde os diagnósticos eram distribuídos em cada padrão (NANDA, 2000).

Já a Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, possibilitando certa flexibilidade da nomenclatura, permitindo de modo fácil, acréscimos e modificações, nos diagnósticos. Por ser multiaxial, permite a individualização do diagnóstico de enfermagem, ajusta-se melhor aos avanços na área da informática, facilita a identificação de lacunas a serem preenchidas com a proposição de novos conceitos ou diagnósticos de enfermagem. Foi organizada em 13 domínios, que são compostos por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos. (NANDA, 2002).

Os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem são de suma importância para sua prática, seja na assistência, no ensino e na pesquisa, e foi desenvolvido com a finalidade de facilitar a comunicação entre os enfermeiros, oferecer uma linguagem padronizada, facilitar a troca de informações entre a equipe de enfermagem e contribuir na continuidade da assistência.

Relacionado a segunda fase da SAE, os Diagnósticos de Enfermagem (DE), obteve-se o gráfico 2 que demonstra a presença dos registros dos mesmos com seus fatores relacionados correspondentes.

Gráfico 2 - Diagnósticos de Enfermagem (DE) e fatores relacionados identificados pelos enfermeiros da UTI.



Fonte: Elaborado pela autora.

A porcentagem (48,9%) de prontuários em que os registros dos DE com seus fatores relacionados foram realizados foi bem próxima dos que tiveram esse registro omitido (46,8%) pelo enfermeiro. Além desses, 4,3% dos prontuários tiveram os registros realizados em parte.

No Brasil, ainda existem muitas limitações para a execução da SAE, dentre elas os enfermeiros apontam a falta de tempo; o número reduzido de profissionais devido ao inadequado dimensionamento do pessoal de enfermagem provocando uma sobrecarga e acúmulo de atividades; a falta de informatização; a pouca experiência e a falta de conhecimento teórico dos profissionais quanto à operacionalização do PE e das clínicas humanas e biológicas e de semiologia; a resistência e a desmotivação de alguns profissionais, dentre outros (LUIZ *et al*, 2010).

O que podemos apreender da realidade vivida no contexto do SUS, é que muito ainda tem que ser aprimorado relacionado aos diagnósticos de enfermagem. Como mencionado, esses diagnósticos foram primeiramente estudados e elaborados no contexto norte americano e canadense, formulados para atender as demandas de cuidados inerentes a essa população e sua cultura.

Os esforços de estudiosas brasileiras em trazer essa taxonomia para a nossa linguagem foi válido, porém devemos considerar que o nosso sistema de saúde se fundamenta em princípios básicos como acolhimento, vínculo, coresponsabilização, humanização e que a nossa população tem necessidades diferentes das norte americanas, sendo esses diagnósticos

introduzidos nos outros países com pouca ou nenhuma consideração pelo significado atribuído no contexto de outras culturas.

Outro ponto para refletir é que observamos na prática que a coleta de dados do enfermeiro, primeira fase da SAE, tem por base os modelos biomédicos, dificultando o processo de raciocínio diagnóstico. Pois, os profissionais diagnosticam patologias e não respostas ou necessidades específicas decorrentes do processo vital ou de problemas de saúde. Isso porque falta ao profissional a capacidade de estabelecer a relação entre os dados coletados no cliente, com o que é problema de enfermagem.

A SAE nesta UTI foi introduzida pela coordenação de enfermagem com a intenção de aprimorar o cuidado ao paciente crítico, porém foi realizado sem que houvesse treinamento e capacitação sobre a temática, nem sensibilização por parte dos profissionais da importância da sua realização. Vejo isso como um ponto negativo que pode ser o responsável ainda hoje pelo preenchimento inadequado da SAE e pelo pouco entendimento por parte dos profissionais sobre esse processo sistematizado de cuidar.

4.1.3.3 Terceira e Quarta fase de SAE: Planejamento e Implementação

O planejamento visa traçar um programa de ações objetivas a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados. Segundo Carpenito (2011), o planejamento contempla três fases: estabelecimento dos diagnósticos prioritários, definição dos resultados e metas de enfermagem e prescrições das intervenções de enfermagem.

Já a implementação pode ser entendida como a parte da execução do plano de cuidado estabelecido pelo enfermeiro em conjunto com o cliente e outros profissionais. Nessa fase é necessário que o profissional possua habilidades técnicas e psicomotoras específicas, para que o mesmo possa interagir com o paciente e desenvolva nele confiança. É também a fase em que toda a equipe de enfermagem pode interagir de modo mais perceptível dentro do processo de enfermagem (NÓBREGA; SILVA, 2009).

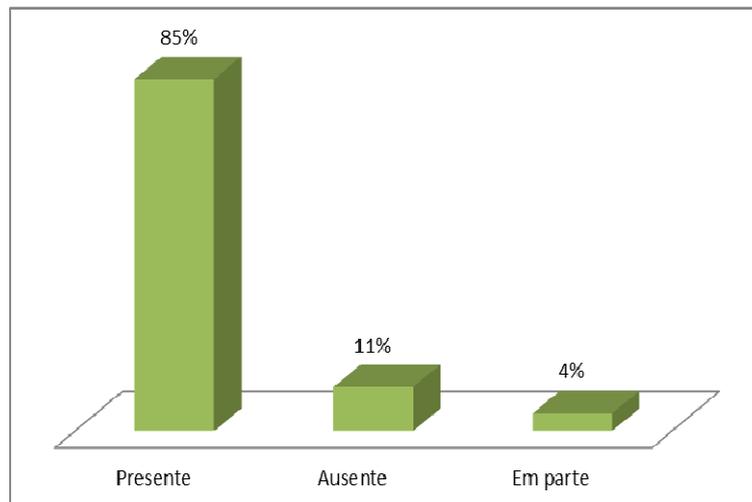
A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foi elaborada a partir do Projeto de Intervenções da Universidade de Iowa, iniciado em 1987, por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem de Iowa nos Estados Unidos. É uma classificação abrangente padronizada das intervenções realizadas por enfermeiros e inclui as intervenções que os enfermeiros realizam nos pacientes, independentes ou colaborativas, de cuidado direto ou indireto. Uma intervenção é definida como “qualquer tratamento realizado baseado no

juízo e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente” (NIC, 2010).

A NIC não prescreve intervenções para situações específicas. A decisão de quando e para que paciente usar uma intervenção faz parte da tomada de decisão clínica do enfermeiro. Os enfermeiros precisam selecionar as intervenções apropriadas, tendo por base o que conhecem do paciente e as condições do mesmo (NÓBREGA; SILVA, 2009).

As Intervenções de Enfermagem (IE) que podem ser realizadas para cada DE elencado estão predeterminadas no formulário da unidade (Anexo B), tendo que serem aprazadas pelo enfermeiro. O registro desses aprazamentos é demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 3: Realização dos aprazamentos das Intervenções de Enfermagem (IE) planejadas pelos enfermeiros.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados mostram que a maioria dos aprazamentos foram realizados corretamente, evidenciando o compromisso dos enfermeiros da unidade com a fase de Planejamento das ações de enfermagem.

O registro como finalização desta etapa é fator essencial e não menos importante do que qualquer passo anteriormente dado. Esse é o momento de relatar as atividades de enfermagem, de possibilitar que a assistência tenha a sua continuidade, de garantir o uso de informações adequadas ao ensino e pesquisa, de resguardar-se juridicamente, e por fim contribuir com o crescimento e reconhecimento da profissão (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Tendo sido realizado o planejamento e o aprazamento das atividades a serem realizadas, vem a fase da implementação, onde o processo passa a ser de enfermagem e não

apenas do enfermeiro, sendo uma atividade da equipe como um todo. (NÓBREGA; SILVA, 2009). Por esse e outros motivos é que os técnicos de enfermagem também precisam ser conscientizados da importância da SAE no cuidado ao paciente crítico e de que eles também são peça fundamental nesse processo de trabalho.

4.1.3.5 Quinta fase da SAE: Avaliação da assistência

A avaliação é vista como uma fase que visa comparar o estado de saúde do cliente com as metas e os objetivos anteriormente definidos. Entretanto, a avaliação precisa ser vista não apenas como um momento para comparar o quadro de saúde atual do paciente com o anterior, é necessário que o enfermeiro veja nessa fase um momento também para refletir sobre a qualidade de sua assistência (NÓBREGA; SILVA, 2009).

O uso sistemático dos resultados de pacientes para avaliar a assistência de saúde iniciou-se quando Florence Nightingale registrou e analisou as condições de assistência de saúde e os resultados de pacientes durante a guerra da Crimeia (LANG; MAREK, 1990). Em agosto de 1991, na Universidade de Iowa, surgiu a equipe de desenvolvimento da NOC (Nursing Outcomes Classification), também pertencente ao grupo de classificação da NIC.

A NOC é definida como uma classificação integral e normatizada, dos resultados obtidos com os clientes, desenvolvida para avaliar os efeitos das intervenções. Essas intervenções são avaliadas levando em consideração se elas produziram ou influenciaram resultados positivos, se foram realizadas com a intenção de influenciar ou produzir um resultado (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Para que a profissão de enfermagem participe do desenvolvimento de políticas e do trabalho interdisciplinar, é essencial que os resultados de pacientes influenciados pela assistência de enfermagem sejam identificados e mensurados. Para que os enfermeiros trabalhem de forma efetiva com organizações de assistência no sentido de melhorar a qualidade, os enfermeiros devem ser capazes de medir e documentar os resultados influenciados pela assistência de enfermagem.

Para apreender os registros de enfermagem sobre a quinta e última fase da SAE, observou-se no prontuário as evoluções dos pacientes realizadas pelos enfermeiros e a documentação do exame físico realizado para detectar alterações positivas ou negativas oriundas das intervenções realizadas.

O exame físico requer conhecimento, atitude, habilidade e prática para reconhecer sinais e sintomas que tenham significado para a enfermagem e que expressem alterações do

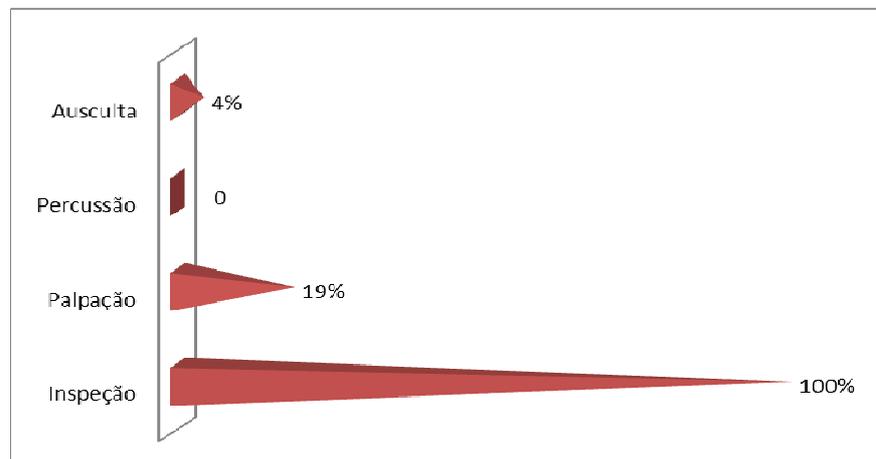
estado do paciente, constituindo um desafio para o enfermeiro, por envolver tanto aspectos técnico-científicos como relação interpessoal com o cliente (LUIZARI; OHARA; HORTA, 2008). Deve ser criterioso, no sentido de identificar os problemas de enfermagem ao utilizar as habilidades propedêuticas, de validar as informações coletadas pela anamnese (entrevista), e em subsidiar as demais etapas do PE (COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

Como explicita a Resolução COFEN n.º 272/2002, o exame físico deve ser realizado para identificar sinais e sintomas do paciente, a partir das técnicas de inspeção, percussão, ausculta e palpação.

Face ao exposto, tão importante quanto à realização do exame físico é o registro do enfermeiro sobre essas informações que oportunizam cuidados que são peculiares ao processo saúde-doença, de tal modo que sejam individualizados, resolutivos e atendam o cliente na sua integralidade.

O gráfico 4 mostra a frequência de registros da utilização dos métodos propedêuticos na rotina de trabalho do enfermeiro na UTI e a tabela 2, os métodos propedêuticos utilizados em cada sistema corporal.

Gráfico 4 - Métodos propedêuticos utilizados pelos enfermeiros para identificar padrões alterados em sua prática diária registrados em prontuário.



Fonte: Elaborado pela autora.

O método propedêutico mais utilizado na prática diária dos enfermeiros da UTI foi a inspeção, com 100% dos prontuários contendo registros em relação a esse método. A palpação teve seu registro realizado em 19% dos prontuários analisados, enquanto que a ausculta foi realizada em 4%. A percussão não foi mencionada pelos enfermeiros como

método propedêutico utilizado em suas evoluções dentre os prontuários que compuseram a amostra.

Em estudo realizado por Costa, Paz e Souza (2010), que analisou os registros do exame físico nos prontuários de pacientes em UTI e unidade de internação, a maioria estava relacionada à técnica propedêutica da inspeção, seguidos pela palpação e ausculta e não foi identificado nenhum dado de percussão registrado pelo enfermeiro nas evoluções. Os resultados do estudo das autoras tem convergência com os dados apresentados no gráfico 4, o que comprova que esta fragilidade no registro da utilização dos métodos propedêuticos não é uma realidade somente da UTI em estudo.

A informação não registrada é informação perdida, e a escassa documentação sugere má prática na enfermagem. Essa problemática deve ser melhor estudada e analisada em pesquisas futuras, porém podemos refletir levando em consideração que a falta de registros pode também esta relacionada com a falta da realização correta do exame físico na prática diária do enfermeiros de UTI, o que impossibilita registrar algo que não foi realizado.

Para que o enfermeiros tenha habilidade propedêutica, ele deve ser influenciado pelo ensino da semiologia e semiotécnica nos cursos de Graduação em Enfermagem. Relacionado a isso, um estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de verificar o ensino de exame físico em escolas de Graduação de Enfermagem, constatou que, dentre os fatores dificultadores do ensino desse conteúdo, destacavam-se o conhecimento insuficiente em percussão (46,1%), ausculta (43,6%) e palpação (35,9%), por parte dos docentes (ALFARO-LEFEVRE, 2005.)

Face ao exposto, os dados acima evidenciados possibilitam uma reflexão acerca da importância da realização do registro do exame físico em evoluções diárias realizadas pelos enfermeiros durante o cuidado ao paciente, bem como da necessidade de implementação e qualificação dos mesmos, pois constituem a base para as demais etapas do PE.

Logo em seguida é apresentada a tabela 2 demonstrando os sistemas corporais e os métodos propedêuticos utilizados na prática do enfermeiro.

Tabela 2 - Sistemas corporais e os métodos propedêuticos utilizados na prática do enfermeiro.

Métodos propedêuticos e sistemas corporais utilizados	N	%	Total
Inspeção			47
Sistema Nervoso	27	57,4	
Sistema Respiratório	28	59,5	
Sistema Circulatório	15	31,9	
Sistema Tegumentar	34	72,3	
Sistema Digestivo	26	55,3	
Sistema Urinário	18	38,2	
Palpação			9
Sistema Nervoso	4	44,4	
Sistema Tegumentar	1	11,1	
Sistema Digestivo	2	22,2	
Sistema Muscular	3	33,3	
Ausculta			2
Sistema Respiratório	1	50,0	
Sistema Digestivo	1	50,0	

Fonte: Elaborada pela autora.

Como mencionado anteriormente, o registro da inspeção foi encontrado em 100% dos prontuários analisados e os sistemas corporais que tiveram dados coletado com esse método propedêutico foram sistema neurológico (57,4%), respiratório (59,5%), tegumentar (72,3%), digestivo (55,3%), urinário (38,2%) e circulatório (31,9%).

Dos nove prontuários que foram encontrados registros de enfermagem de achados utilizando a palpação, 44,4% deles foram referentes ao sistema nervoso. Os sistemas muscular (33,3%), digestivo (22,2%) e tegumentar (11,1%) também tiveram registros relacionados.

A ausculta somente foi realizada nos sistemas respiratório e digestivo com apenas um único registro para cada sistema, constatando a pouca utilização desse método na prática do enfermeiro. Quanto à percussão, esta não foi evidenciada em nenhum prontuário analisado.

Os resultados obtidos com a coleta de dados em prontuários nos mostraram os resultados acima mencionados, o que nos faz refletir que, se o uso do processo de enfermagem deve promover o desenvolvimento de um pensamento crítico, por ser uma metodologia intencional, organizada e sistemática, que visa orientar o pensamento na perspectiva da pessoa como um ser biopsicosocioespiritual (PIMPÃO *et al*, 2010), toda as suas etapas devem ser documentadas no prontuário do paciente, considerando-se que os

registros de enfermagem são elementos imprescindíveis no processo de cuidar, e possibilitar a comunicação permanente entre os membros da equipe interdisciplinar em saúde (PIMPÃO *et al*, 2010).

4.2 Conhecendo os enfermeiros da UTI

A UTI em estudo conta atualmente com 59 enfermeiros para suprir as demandas de cuidado aos pacientes. O quadro 2 descreve o perfil dos enfermeiros que participaram da pesquisa denominados pela letra “E” para preservar seus anonimatos.

Quadro 2 - Perfil de formação dos enfermeiros da UTI entrevistados nos meses de agosto e setembro de 2013.

Denominação	Idade	Tempo de Graduação	Tempo de atuação na UTI	Pós-Graduação	Turno de trabalho
E-01	26 anos	3 anos e 2 meses	2 anos e 6 meses	Mestrado completo, doutorado em andamento	Noturno
E-02	27 anos	3 anos e 1 mês	3 anos	Especialização completa, mestrado completo	Noturno
E-03	30 anos	5 anos e 6 meses	5 anos	Especialização completa	Noturno
E-04	32 anos	2 anos	1 ano e 8 meses	-	Diurno
E-05	28 anos	2 anos	1 ano e 6 meses	Especialização em andamento	Diurno
E-06	41 anos	15 anos	10 anos	Especialização completa	Diurno
E-07	49 anos	27 anos	20 anos	Especialização completa	Noturno
E-08	32 anos	6 anos	4 anos	Especialização completa	Diurno
E-09	29 anos	3 anos e 6 meses	3 anos e 4 meses	Especialização completa, mestrado em andamento	Noturno

Fonte: elaborado pelo autor

A variação da idade dos enfermeiros entrevistados foi de 26 a 49 anos. O tempo de término da graduação ficou entre 2 e 27 anos, enquanto que o tempo mínimo de atuação na UTI do estudo foi de 1 ano e 6 meses, e o máximo, de 20 anos. Portanto a equipe de

enfermeiros é predominantemente jovem na profissão, o que é esperável no exercício da enfermagem em UTI.

Dos nove entrevistados, cinco trabalham predominantemente no serviço noturno e quatro no diurno. Porém isso não impede dos enfermeiros terem conhecimento do serviço realizado nos dois turnos, sendo permitido na gestão de enfermagem a troca de plantões.

Quanto à formação dos profissionais, seis contavam com curso de especialização completa em alguma área da enfermagem e um estava com o curso em andamento, sendo que somente três destes tinham especialização em UTI. Dois entrevistados com mestrado completo e um em andamento e um com doutorado em andamento.

Os enfermeiros E-01 e E-04 não possuem especialização, porém E-01 tem mestrado completo e doutorado em andamento, enquanto que E-04 foi o único profissional entrevistado sem nenhum curso de pós-graduação realizado. Dos que possuem especialização, somente E-02, E-05 e E-09 possuem em UTI.

Inseridas no trabalho dos profissionais da saúde que atuam no ambiente hospitalar estão questões que atuam na construção do seu processo de trabalho, como a imprevisibilidade humana, as relações entre trabalhadores e trabalhador-paciente, o adoecimento e a morte. Eventos que tanto repercutem na vida do paciente e família como no próprio processo de trabalho.

E para que esse trabalho possa ser desenvolvido com uma qualidade na assistência fornecida, entendendo a eficiência do processo de trabalho como parte determinante dessa qualificação, precisa-se que haja um processo de educação/formação que satisfaça às demandas do serviço de saúde e repercutam na qualidade desse cuidado oferecido.

Evidenciou-se na UTI que mesmo com a presença de cursos de pós-graduação adquiridos durante a formação dos enfermeiros, isso não foi o suficiente para que houvesse uma participação ativa na formulação da SAE da unidade como mencionado anteriormente.

Nos serviços de saúde, os processos educativos existentes visam ao desenvolvimento dos profissionais por meio de uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos, denominados geralmente de: educação continuada ou educação permanente (SILVA; SEIFFERT, 2009, GUIMARÃES *et al*, 2010).

Tais denominações são utilizadas com frequência no dia a dia, porém apresentam diferenças entre si que devem ser pensadas pela mudança de paradigmas existentes nos últimos anos provenientes da filosofia do SUS.

Na atualidade deve ser pensado em educação permanente, que ocorre de forma contínua no ambiente de trabalho objetivando a transformação das práticas técnicas e sociais, fundamentando-se na pedagogia centrada na resolução de problemas baseada no diálogo e na reflexão sobre a prática, pensada a partir das necessidades identificadas pelos trabalhadores na sua prática diária, visando à mudança institucional e fazendo com que os trabalhadores de saúde se percebam sujeitos de seu processo de trabalho (SILVA *et al*, 2010; ORTIZ; RIBEIRO; GARANHANI, 2008).

O hospital conta com um setor de educação permanente, porém esta não se configura uma prática forte na UTI, o que ocorre são diálogos pontuais entre alguns profissionais e as coordenadoras da unidade, que, muitas vezes, não são levados adiante como ações de melhora do serviço.

4.3 O cuidado de enfermagem ao paciente crítico: realidade da UTI

A unidade de terapia intensiva (UTI) se caracteriza como uma unidade de assistência ao paciente criticamente enfermo e que necessita de cuidados específicos por parte de uma equipe interdisciplinar. A enfermagem tem um papel relevante no contexto dessa equipe, considerando a sua característica peculiar, da presença ininterrupta no ambiente da UTI e serem, os profissionais de enfermagem, os que empreendem a maior parcela dos cuidados ao paciente (TRUPPEL *et al*, 2009).

Visto isso, o cuidado de enfermagem em UTI não deve ser realizado de forma empírica e pouco científica, precisando ser embasado nos conhecimentos e avanços que a ciência enfermagem vem desenvolvendo ao longo dos anos.

Alguns enfermeiros entrevistados relatam a importância desse cuidado de enfermagem embasado no conhecimento científico, valorizando uma prática de enfermagem voltada para o pensamento crítico e não apenas para o tecnicismo e realização de atividades mecanizadas, como evidenciado nas falas a seguir:

Acredito que nesse processo, as atividades de cuidado desenvolvidas devem ser embasadas pelo conhecimento científico [...] (E-01, E-03), pensamento crítico e também criatividade. (E-01)

A unidade de terapia intensiva (UTI) se caracteriza como uma unidade de assistência ao paciente criticamente enfermo e que necessita de cuidados específicos por parte de uma equipe interdisciplinar. A enfermagem tem um papel relevante no contexto dessa equipe, considerando a sua característica peculiar, da presença ininterrupta no ambiente da

UTI e serem, os profissionais de enfermagem, os que empreendem a maior parcela dos cuidados ao paciente (SILVA et al, 2012).

Em unidades complexas como terapia intensiva, aparelhos utilizados na assistência ao paciente crítico são tecnologias duras ou trabalho morto, por serem recursos materiais obtidos através do uso de equipamentos como instrumento do trabalho. De modo complementar, existem tecnologias leve-duras; expressas no manuseio de equipamentos e saberes tecnológicos para sua utilização e as leves identificadas no âmbito das relações, que se caracterizam pelo trabalho vivo em ato, na relação direta entre usuário e profissional (MERHY, 2007).

Nas instituições hospitalares, a unidade de terapia intensiva (UTI) é um dos espaços onde existe maior concentração de tecnologias duras que possibilitam principalmente as equipes de enfermagem e médica, manterem o controle do quadro clínico dos pacientes e intervirem prontamente nos casos de alterações ventilatórias e hemodinâmicas. Recursos tecnológicos como multiparâmetros, respiradores, bombas infusoras e oxímetros com seus alarmes visuais e sonoros são insumos imprescindíveis para o processo de trabalho, pois alertam as equipes para alterações clínicas do paciente e mau funcionamento dos próprios aparelhos (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Nesse sentido, o processo de trabalho em terapia intensiva é organizado de maneira que a equipe preste assistência especializada a pacientes com risco de morte, exigindo assistência de enfermagem e médica ininterruptas, o que justifica a introdução de tecnologias cada vez mais aprimoradas que buscam, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige profissionais especializados e capacitados.

Quanto aos fatores que facilitam o processo de cuidar dos pacientes em UTI, os enfermeiros mencionaram a existência de tecnologias avançadas e boa estrutura física da unidade, equipe capacitada e que mantem boa relação e a presença de uma coordenação acessível aos profissionais. Segue as falas:

Tem tecnologia de ponta [...] uma boa equipe, unida no cuidado ao paciente (E-03, E-05)

[...] a coordenação da unidade é acessível, podemos sugerir, dar ideias novas, opinar; e a nossa UTI é estruturada, melhor que em muitos outros hospitais por aí.(E-05)

Quanto às tecnologias de ponta, os sistemas de monitorização, por métodos invasivos ou não, permitem a medição frequente, repetida e precisa das variáveis fisiológicas e vitais utilizadas para o diagnóstico e tratamento do paciente grave, melhorando inclusive seu

prognóstico. A enfermagem possui papel fundamental neste processo, e está presente em todas as etapas da monitorização no paciente crítico: no preparo do paciente e do material, na conservação dos sistemas para adequada obtenção de dados fidedignos, e na prevenção de complicações (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2000).

Além do mais, os dados obtidos na monitorização auxiliam no planejamento da assistência de enfermagem, e devem ser utilizados rotineiramente nos procedimentos realizados, como banho no leito, aspiração traqueal, mudança de decúbito e outros, pois permitem individualizar a assistência as necessidades do paciente (BRITO, 2010).

O conhecimento científico, o olhar crítico e as “tecnologias de ponta” são essenciais para a qualidade do cuidado a esses pacientes, porém muitos enfermeiros também relataram a importância de levar a humanização aos pacientes e suas famílias, buscar o envolvimento do enfermeiro com o paciente, ampliar os horizontes compreendendo que a garantia de condições de saúde envolve um processo complexo, de modo que o cuidado deve ser pensado na perspectiva da equipe, do paciente, família e comunidade, como podemos evidenciar nos relatos abaixo:

Além dessas atividades, o enfermeiro desenvolve um cuidado humanizado ao seu paciente (E-01, 03)
[...] e, muitas vezes, estabelece vínculo com os familiares. (E-01)

O paciente gravemente enfermo hospitalizado em uma UTI requer tratamento baseado em fármacos de ações potentes, maquinário tecnológico avançado e mão de obra qualificada para esse cuidado. Porém, não podemos esquecer que dentre todos os quesitos, um é essencial para a reabilitação do doente: a humanização.

Pensando em humanização, é destacada pelos entrevistados a presença da família no processo saúde-doença do paciente. Sabemos que não é permitida a permanência constante de um familiar junto ao doente em UTI, porém inseri-lo em algumas decisões terapêuticas, esclarecer as dúvidas quanto à patologia e aos cuidados prestados ao paciente e estimular o contato durante o horário de visita estabelecido pelas normas do hospital é primordial para o processo de humanização neste ambiente.

A humanização do atendimento em saúde depende das condições de trabalho do profissional dessa área, bem como de sua competência e habilidades técnicas, inclusive no âmbito das relações humanas. Portanto, a humanização no cuidar em enfermagem é indispensável para estabelecer a interação e o relacionamento com os usuários dos serviços de saúde, incluindo os seus familiares e os profissionais de saúde (SILVA; SANTOS, 2010).

Para isso, torna-se necessário reconhecer que os visitantes (familiares) de clientes críticos também necessitam de cuidados de saúde e enfermagem. As considerações acerca deste assunto referem-se ao fato de que, ao ajudar na recuperação de seu familiar hospitalizado e/ou contribuir com uma visita ou solicitação de informações, a pessoa sente-se envolvida, preocupada e muitas vezes ansiosa e estressada diante das notícias sobre o estado de saúde daquele que se encontra afastado do seu ambiente familiar, de trabalho e social. (SILVA, 2008)

Portanto, sendo a família um suporte para a situação vivenciada pela pessoa adoecida, adquire o direito de ter o apoio da equipe de enfermagem para atender suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais e espirituais. Concorde-se, nesse caso, que é praticamente impossível assistir o indivíduo de forma completa quando se desconsidera sua família, pois vários estudos demonstram que ela pode ser entendida tanto como fonte de saúde como de doença para seus membros (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008).

Portanto, é imprescindível no cuidado em UTI estabelecer vínculo com o paciente e família.

[...] criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. (MERHY, 1994, p.138)

Durante as observações foi evidenciado o cuidado e a atenção destinados aos pacientes e seus familiares por parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. No período aberto à visitas, de 16 às 17:30h e de 20 as 21h, observou-se que alguns enfermeiros mantiveram interação com os familiares, estando dispostos a esclarecer dúvidas sobre o estado de saúde do paciente e dar um pouco de conforto emocional aos que precisavam. No caso de pacientes que se encontravam no período pré-operatório, alguns enfermeiros chegaram a explicar como seria realizado o procedimento cirúrgico e como esse paciente poderia transcorrer no pós-operatório imediato, contribuindo para a minimização da ansiedade apresentada pelo paciente e família.

O processo de industrialização e o pensamento em geração de lucros, também são existentes no setor saúde, estimulando a prestação de serviços mecanizados e desprovidos de sensibilidade. Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher (BRASIL, 2006), como evidenciado na observação do campo com a preocupação dos enfermeiros com a dimensão emocional dos pacientes.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2006, p.3).

Pensar nas concepções de saúde/doença/cuidado, na atualidade, é ampliar os horizontes compreendendo que a garantia de condições de saúde envolve um processo complexo, de modo que o cuidado deve ser pensado na perspectiva da equipe, do paciente, família e comunidade. Tal concepção exige, portanto, uma organização do trabalho que deve ser direcionado para o cuidado da pessoa e não apenas do corpo doente, um cuidado com vistas à integralidade do ser.

Perpassando pelas diversas formas de cuidar no ambiente de UTI, a seguir são apresentados algumas falas dos enfermeiros sobre os cuidados prestados na sua rotina de trabalho a esses pacientes.

O meu cuidado consiste em obter a história do paciente, realizar exame físico, executar procedimentos e intervenções relativas ao tratamento, avaliar as condições clínicas, orientar os pacientes para continuidade do tratamento.(E-03)

Cuidar do paciente crítico requer adaptar o ambiente à suas limitações e suprir suas necessidades. Nisto contém a higiene, a alimentação, o bem-estar, a estabilidade hemodinâmica, a segurança, a reabilitação, a inserção da família nas decisões terapêuticas. (E-02)

[...] requer muita atenção e dedicação (E-05)

O cuidado com o paciente na UTI foca, principalmente, na amenização do sofrimento e da ansiedade (E-09)

Cuidar é *ficar em cima do paciente*, segundo E-05. Isto quer dizer, monitorar rigorosamente as funções vitais, realizar exames, atender prontamente as necessidades do paciente, porque para ela essa atenção é essencial em sua rotina de trabalho.

A constituição de novas estratégias no cuidado integral interpela a transformação das práticas profissionais e da própria organização do processo de trabalho por meio da problematização e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

No contexto do SUS, não devemos pensar o cuidado de forma fragmentada, e sim de forma integral e contextualizada com as necessidades do indivíduo a ser cuidado. Os enfermeiros, em suas falas, relataram em se preocupar com vários aspectos no atendimento a esses pacientes críticos, realizar exames e procedimentos técnicos necessários, inserção da família no processo de adoecimento, necessidades físicas e emocionais, e na continuação do

cuidado e autonomia do paciente após a hospitalização, nas quais o vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade são disponibilizados nesse processo de cuidar.

A atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portador a de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares. Tal abordagem implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve- duras e leves (MERHY, 2007).

O instrumento para a realização do cuidado é o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente. Nele, as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana. (WALDOW, 2006.)

Levando em consideração todos esses autores que dissertam sobre o cuidado, podemos constatar pelas falas acima que os enfermeiros da UTI perpassaram por diversos pontos durante o seu cuidado ao paciente, preocupando-se com o atendimento das necessidades físicas, biológicas, emocionais e de reabilitação da saúde após a desospitalização, não esquecendo de inserir a família nas decisões que se referem ao processo de cuidar.

Essa realidade não é apenas teórica expressa nas falas dos enfermeiros, ela é prática que pôde ser evidenciada através das observações do campo, vistas como realmente acontecem no dia-a-dia dessa unidade. Aconteceram momentos de agradecimento à equipe de enfermagem por parte da família e do paciente hospitalizado, reconhecendo o cuidado prestado durante toda a hospitalização.

Esses momentos presenciados durante a coleta, e algumas vezes durante a minha própria prática de enfermeira, emocionam-me muito, pois são com esses pequenos gestos por parte dos pacientes e familiares que posso sentir que a enfermagem vai além da aplicação de técnicas de forma impessoal e mecanizada como alguns leigos pensam. Enfermagem também é amor, dedicação ao próximo, respeito às necessidades do ser cuidado. O que devemos é lutar para conquistar esse reconhecimento de humanização aliado ao reconhecimento científico da profissão, pois os dois devem caminhar juntos para ser realizado um atendimento de qualidade.

Porém, esse atendimento nem sempre é fácil de ser realizado. Quando indagados a respeito das dificuldades encontradas no seu processo de cuidado, alguns fatores, como a exigência de rapidez na tomada de decisões, a desvalorização da profissão, a falha na comunicação entre a equipe, a falta de material médico-hospitalar, a má remuneração e condições de trabalho desfavoráveis e a grande carga de trabalho, foram apontados como dificuldades encontradas para a realização de cuidado de qualidade.

Durante a observação realizada em campo, foi evidenciada algumas vezes a falta de materiais com luvas estéreis, curativos biológicos e óleo a base de ácidos graxos essenciais, materiais estes que se configuram de grande importância na atuação técnica do enfermeiro para com o paciente em UTI. Isto foi comprovado nos depoimentos de E-05 e E-07, em que afirmaram ser uma grande dificuldade na assistência, quanto mais quando se fala em segurança.

Quanto à má remuneração e as condições desfavoráveis de direitos trabalhistas o que tenho para relatar da realidade dos enfermeiros da UTI é que a maioria deles, como mencionado anteriormente, não possui vínculo empregatício com a instituição, sendo trabalhadores remunerados de acordo com sua produção mensal e não possuem direitos como 13º salário, férias remuneradas, dentre outros. Essa situação já se arrasta por muitos anos, configurando um cenário de instabilidade do corpo de profissionais da unidade, que quando são agraciados com a oportunidade de um emprego que lhe conceda os devidos direitos trabalhistas, logo se desligam da unidade.

[...] a pouca remuneração e a falta de direitos trabalhistas não estimulam muito a trabalhar. (E-04)

A falta de vínculo com a instituição e a pouca valorização trabalhista acaba por prejudicar a qualidade do cuidado prestado, pois muitos são os esforços realizados no ato da contratação de um profissional da saúde, seja o desgaste de uma seleção até o tempo para o treinamento e capacitação para o profissional atuar numa unidade de cuidados complexos e intensivos. Esses fatores acabam por configurar em uma grande rotatividade de profissionais de enfermagem nesta unidade, prejudicando a qualidade do cuidado.

A falta de comunicação também foi apontada como fator dificultado do cuidar na UTI. A comunicação é um processo no qual ocorre a emissão, recepção e a compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagem escrita e falada) e não-verbais. A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente (STEFANELLI, 1993).

[...] a comunicação entre os profissionais também às vezes fica a desejar nas passagens de plantão (E-03).

A má comunicação é considerada pela OMS (2012) uma das circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem, no desenvolvimento ou no aumento do risco da ocorrência de um incidente, além de outros fatores associados aos profissionais, como o comportamento e o desempenho.

A passagem de plantão, forma de comunicação, é prática utilizada pela enfermagem para assegurar a continuidade dos cuidados desenvolvidos. Trata-se de momento em que os enfermeiros, que encerram a sua jornada de trabalho, transmitem aos colegas a atualização das ações efetuadas e orientações para as seguintes (PENAFORTE; MARTINS, 2011)

É reconhecida como prática que utiliza a comunicação como instrumento básico de enfermagem, favorecendo a partilha de informação, tornando-se num exercício de comunicação entre a equipe de enfermagem. A comunicação é, pois, competência indispensável aos profissionais de enfermagem, devendo esses estarem atentos aos seus conteúdos informativos e resultados do processo comunicativo (PENAFORTE; MARTINS, 2011).

Por esses motivos é que a passagem de plantão deve ser valorizada pela equipe de enfermagem, sendo realizada de forma séria, com relatos completos a respeito do paciente para proporcionar a continuidade do cuidado seguro e de qualidade, atendendo às suas demandas.

4.4 A face gerencial dos enfermeiros em UTI

A enfermagem, como ciência do cuidar, vem, ao longo das últimas décadas, buscando aprofundar discussões sobre sua prática, reconhecendo que o cuidar é um processo e, dessa forma, em evolução e sujeito às mudanças que ocorrem no sistema de saúde e no modo de significância para o ser cuidado. (WALDOW, 2006.)

Com a promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 e com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e 8142/90, criando o Sistema Unico de Saúde (SUS) e estabelecendo a integralidade da atenção à saúde como princípio constitucional norteados da formulação de políticas de saúde, houve mudanças

também dos currículos das instituições de ensino por meio de Diretrizes Curriculares adequadas às necessidades do SUS.

Assim, em 2001, foi homologada a Resolução nº03 de 7/11/2001 pela qual se instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que apontava para uma formação do enfermeiro mais integrada com perfil generalista, humano, crítico e reflexivo e tendo como base o princípio científico, visando a desenvolver competências e habilidades à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. (BRASIL, 2001.)

O desenvolvimento de tais competências e habilidades pressupõe a adoção de estratégias fundamentais nas diretrizes do SUS, no conceito ampliado de saúde e na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nesse processo, as atividades propostas consideram como eixo estruturante o trabalho multidisciplinar, a integração entre ensino e as demandas dos serviços e o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade e resolutividade (CORBELLINI, 2010).

A rotina de trabalho em UTI, assim como em outros ambientes de saúde, também exige competências e habilidades específicas da equipe de profissionais, aqui salientamos o enfermeiro. Na visão dos enfermeiros da unidade, o trabalho que eles realizam tem uma alta complexidade e envolve diversos saberes incluindo anatomia, patologia, conhecimento da clínica, perpassando pela administração e gerenciamento, e envolvendo habilidades como observação, pensamento crítico e relações interpessoais.

O objeto de estudo do enfermeiro e sua equipe passa pelo cuidado de enfermagem no processo saúde-doença e se estende à organização do processo de trabalho da enfermagem, incluindo aqui um papel administrativo do enfermeiro, que lhe possibilita o bom gerenciamento do cuidado prestado e ainda uma ação conjunta com os demais profissionais da saúde (PUNTEL *et al*, 2009) como evidenciado nas falas:

[...] além das demandas relativas à gerência da unidade e de prática interdisciplinar característica do processo de trabalho em UTI. (E-03)

Como demonstrado nas falas, o enfermeiro de UTI deve adquirir conhecimentos e habilidades múltiplas para melhor atender às necessidades do paciente crítico. Tais conhecimentos e habilidades devem estar em constante processo de aprimoramento e atualização e deve incluir, dentre outros, a área da administração e gerenciamento em enfermagem.

O enfermeiro deve desenvolver habilidades na área de administração em enfermagem, abandonando a visão de que gerenciar é menos importante que cuidar do paciente, uma vez que não é possível existir um cuidado desvinculado da coordenação desse processo (MENEZES; D'INNOCENZO, 2013)

Com isso chamo atenção para a fala de E-08 que enfatiza “atuar diretamente na assistência ao paciente”, desconsiderando sua atuação como administrador e gerente. No cuidado ao paciente crítico, o enfermeiro, mesmo estando na base na pirâmide de trabalho, precisa atuar como um gerente e administrar o seu processo de cuidar e da equipe de enfermagem. Ocorrendo diferente disso, o cuidado não acontecerá de forma sistematizada e organizada, podendo não atingir a qualidade desejada.

Puntel (1997: p) descreve que

[...] o trabalho da enfermeira tem a característica de uma função gerencial que visa imprimir ao trabalho a melhor utilização dos recursos disponíveis, buscando a eficiência na medida em que resolve problemas de ordem técnica e burocrática, salvaguarda os recursos, faz cumprir tarefas, escalas e treina os subordinados, caracterizando-se por um agente que se concentra nas operações e aspectos internos da unidade.

Por esse motivo é importante o conhecimento de outras disciplinas, como a administração, para aprimorar a prática da enfermagem como profissão que cuida. O gerenciamento de UTIs constitui-se em atividade complexa, requer conhecimentos e habilidades específicas por parte dos enfermeiros, além disso é preciso que o enfermeiro reconheça o cuidado como foco a ser gerenciado dentro do universo organizacional, em uma esfera que extrapole o tecnicismo em direção à integralidade horizontal da atenção à saúde, promovendo a aproximação entre o cuidar e o gerenciar (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012).

Outro ponto retratado pelos enfermeiros nas falas foi sobre o dimensionamento dos profissionais e de como esse é um ponto que favorece a qualidade do cuidado prestado ao paciente crítico, evitando o acontecimento de eventos adversos.

[...] a carga de trabalho que é grande na maioria dos plantões com muita demanda de procedimentos que acabam por consumir muito tempo do enfermeiro e da equipe de enfermagem e isso é ruim, pois ficamos mecanizados sem poder fazer o cuidado de enfermagem verdadeiro com humanização e integralidade. (E-4)

[...] o enfermeiro acaba sendo sobrecarregado de atividades, considerando o tempo que dispõe e o número de pacientes que é responsável. (E-01, E-04)

O processo de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica – afinal, a tomada de decisões imediatas e adoção de condutas seguras estão

diretamente relacionadas à vida e à morte de pessoas. Nesse contexto, é de suma importância prover e manter pessoal de enfermagem qualificado e adequadamente dimensionado para desenvolver a assistência de enfermagem com qualidade e segurança. (INOUE; MATSUDA, 2010).

Entende-se como dimensionamento de pessoal, um processo sistemático que tem por finalidade a previsão da quantidade e qualidade por categoria (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) necessária para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela (GAIDZINSKI, 1991). Em UTI, o dimensionamento do pessoal de enfermagem, além de suprir à demanda de cuidados requerida pelos pacientes, contribui para que sejam mantidas condições favoráveis de trabalho e, conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores de enfermagem que lidam diariamente com situações estressantes – o sofrimento e a morte.

Quando as instituições trabalham com quadros reduzidos, a enfermagem não consegue supervisionar, monitorar ou avaliar adequadamente seus pacientes para que possa detectar sua resposta ao tratamento e às medicações, para avaliar se o paciente está sob risco de queda ou de desenvolver úlcera por pressão, ou mesmo para detectar mudanças sutis no estado do paciente que possam indicar piora em sua condição (EILEEN LAKE, 2010).

Não se pode atribuir ao dimensionamento toda a responsabilidade pela qualidade de assistência, entretanto, quando realizado de forma representa um dos fatores que pode comprometer a assistência de enfermagem, em suas diferentes dimensões (administrativas, assistenciais e educativas).

Segundo a Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, deve ser designado uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo um enfermeiro assistencial para cada oito leitos ou fração em cada turno e no mínimo um técnico de enfermagem para cada dois leitos em cada turno.

O provimento do pessoal de enfermagem deve ser estimado pelo enfermeiro, com base nas normas técnicas mínimas estabelecidas pela Resolução COFEN n.º 293/2004. Esta Resolução preconiza que o dimensionamento e a adequação quantiquantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela.

A UTI em estudo tem seu dimensionamento de pessoal de enfermagem da seguinte forma: uma enfermeira para prestar cuidados a cada quatro pacientes e um técnico de enfermagem para cada dois pacientes. Tal dimensionamento é considerado para algumas enfermeiras como suficiente para realizar um cuidado de qualidade, evitando possíveis falhas. Porém um dos entrevistados relatou que mesmo com o quantitativo desejável de profissionais de enfermagem na unidade, ainda existe a sobrecarga de trabalho.

O quadro de funcionários é bem distribuído, por isso, não ocorre sobrecarga de trabalho. Conseguimos executar uma assistência de qualidade, com uma monitorização constante da evolução dos pacientes e um cuidado efetivo, que se reflete na diminuição dos erros nos procedimentos, desenvolvimento de úlceras e da mortalidade. (03)

Durante as observações realizadas no período de coleta, foram presenciados dias em que o plantão diurno teve o quantitativo de profissionais reduzido com a falta de técnicos de enfermagem, bem como a necessidade de o enfermeiro de plantão precisar dobrar seu horário de trabalho para suprir outro profissional que não pôde comparecer e não teve quem o substituísse.

Situações como as descritas devem ser minimizadas a fim de proporcionar melhores condições de trabalho para os profissionais de enfermagem e conseqüentemente, a manutenção do atendimento de qualidade. Podendo a qualidade nos serviços de saúde ser definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, segurança ao paciente e satisfação por parte dos usuários (OMS, 1981), a sua melhoria contínua deve permear os processos de trabalho nos serviços de saúde.

O número insuficiente de profissionais de enfermagem tem afetado negativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, resultando em maior risco de eventos adversos como erros de medicação, infecção relacionada à assistência à saúde, retirada não programada de sondas, drenos e cateteres, entre outros, comprometendo a segurança do paciente. Também impacta sobre os índices de morbidade e mortalidade dos pacientes e o tempo de internação gerando implicações ético-legais e elevados custos hospitalares (NASCIMENTO, 2008).

No ambiente da qualidade, a dimensão humana é considerada o centro das discussões gerenciais, uma vez que a satisfação dos profissionais constitui-se em aspecto de fundamental importância para o alcance das metas organizacionais. A carga excessiva de trabalho pode conduzir à exaustão e à insatisfação profissional, o que aumenta a taxa de absenteísmo e de rotatividade, comprometendo as metas e a imagem institucional (CUCOLO; PERROCA, 2010).

É preciso que se pense na realização de estudos para melhor avaliar o dimensionamento existente na unidade e propor mudanças para solucionar essas situações desagradáveis que prejudicam a saúde física e psíquica do profissional e põem em risco a segurança do paciente com jornadas de trabalho duplicadas e profissionais exaustos.

4.5 A aplicabilidade da SAE no processo de trabalho do enfermeiro em UTI

Muitos estudos na atualidade têm tratado da importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma metodologia que, se aplicada corretamente, proporciona uma maneira sistematizada, individualizada e organizada de trabalho em enfermagem.

Se relacionarmos com a qualidade da assistência em saúde, podemos perceber que a SAE se configura em ferramenta que potencializa as ações da equipe de enfermagem, contribuindo para um cuidado seguro.

Assim sendo, sistematizar o cuidado implica o emprego de um método de trabalho pautado num modelo teórico-científico, que visa solidificar a enfermagem enquanto profissão. Tal prática visa possibilitar a visibilidade da profissão diante das ações desempenhadas pelo enfermeiro e sua equipe, direcionando-o ao desenvolvimento do conhecimento e permitindo caracterizar a enfermagem como disciplina e ciência, com conhecimento próprio e específico (TRUPPEL *et al*, 2009).

O processo de enfermagem (PE) objetiva organizar o cuidado profissional de enfermagem na perspectiva de um processo complexo, sendo definido como o trabalho da equipe de enfermagem visando à satisfação das necessidades de saúde da pessoa, família ou comunidade, implicando o reconhecimento de uma situação e conseqüentemente na geração de um planejamento, intervenção e avaliação de resultados (SILVA, 2012).

Na unidade em estudo existe um formulário para a documentação da SAE no prontuário do paciente, o que é um avanço, porém somente o impresso não garante que a sistematização está sendo realizada de maneira efetiva, como relatado pelos entrevistados:

A equipe de enfermagem trabalha com a SAE, quer dizer, temos um impresso da SAE, mas muita gente não o utiliza da maneira que realmente deveria ser. (E-05, E-06)

Para que se possa desenvolver o PE na prática, é necessário empreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é definida como a organização do cuidado profissional da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo a viabilizar a realização deste, buscando pôr em prática as etapas inter-relacionadas do PE pautado num método científico, direcionado ao sujeito desse cuidado a pessoa, família ou comunidade, visando melhorar sua qualidade de vida ou lhes proporcionar uma morte com dignidade quando a cura ou a recuperação não for mais possível e a vida estabelecer os seus limites (LEOPARDI, 2006).

Relacionando as falas dos enfermeiros e as observações realizadas em campo, podemos constatar realmente que a presença do impresso para registro da SAE não configura que esta está sendo implementada de forma correta para que atingir sua finalidade.

Os registros das fases da SAE em prontuário estavam frágeis como demonstrado anteriormente nos gráficos 1, 2 e 3. Além disso, durante as observações foi constatada a falta de compromisso e o modo mecanizado de como esse impresso era preenchido, muitas vezes antes mesmo da interação prévia com o paciente a fim de buscar suas reais necessidades ou, também erroneamente, preenchido ao final do plantão quando todas as atividades de enfermagem já tinham sido realizadas de forma não sistematizada e sem foco na individualidade do paciente.

Com o desenvolvimento da ciência, muitos conhecimentos foram produzidos pela Enfermagem, como o processo de enfermagem, que pode ser descrito como um instrumento utilizado para as ações do cuidado. É através dele que o enfermeiro percebe os problemas de saúde, planeja, implementa as ações e avalia os resultados. Entretanto, em virtude dos modelos de saúde dominantes, a Enfermagem adequou o processo de trabalho aos procedimentos, técnicas e rotinas institucionalizadas nos serviços, distanciando-se do cuidado, e das mudanças que seriam necessárias no cotidiano da assistência e do cuidado, do ensino e da pesquisa para a valorização e crescimento do PE como instrumento para sua prática (PEREIRA *et al*, 2009).

A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem (TRUPPEL *et al*, 2009) Oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde.

Em estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de Fortaleza-CE, foi observado que, na prática, a não aplicabilidade do processo de enfermagem, conduz a prevalência de ações embasadas no senso comum e não na

cientificidade. Assim, com a falta de planejamento das ações, não há harmonia entre ciência e prática, o que dificulta o crescimento científico da Enfermagem (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Como mencionado anteriormente, a UTI conta com formulários para a realização da SAE desde 1995, porém alguns pontos foram apontados pelos enfermeiros por provocar dificuldades na aplicabilidade dessa metodologia.

Quanto às dificuldades, acredito que estão relacionadas ao pouco tempo que temos para nos dedicar a individualizar a sistematização e de aplica-la ao longo do plantão (E-01, E-02) e, muitas vezes, de conhecimento para a execução das etapas e de recursos humanos. (E-02)

A falta de tempo, aliada ao pouco conhecimento das fases da SAE e o quantitativo de profissionais foram apontadas pelos enfermeiros como dificuldades encontradas na sua rotina de trabalho que prejudicam a implementação dessa metodologia.

Muitos das dificuldades encontradas para a implementação da SAE são advindas de problemas na base da formação do enfermeiro durante o curso de graduação. Este ensino ainda caracteriza-se fortemente pelo modelo biomédico, centrado na estrutura biológica afetada e na fisiopatologia da doença (TAKAHASHI, 2008). Não desconsideramos aqui a importância de o enfermeiro ter o conhecimento desses aspectos, porém ele não pode direcionar sua prática voltada essencialmente para a doença, e sim voltada para um olhar holístico ao indivíduo e suas necessidades biopsicossociais e espirituais.

Segundo a Resolução COFEN-358 de 2009, o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Nesse sentido, o graduando deve adquirir durante o curso conhecimento e habilidades para produzir o cuidado ao paciente de forma crítica e sistematizada, começando pelos conhecimentos de semiologia e semiotécnica importantes para a investigação de suas necessidades. Autores (FONTES; LEAEBRAL; FERREIRA, 2010) demonstram que poucos alunos julgam ter conhecimento e habilidade para realizar uma coleta de dados de qualidade e estabelecer julgamento criterioso e determinar as respostas do cliente que exijam intervenções, o que demonstra a baixa criticidade na implementação das etapas do PE.

Essa falta de sintonia entre teoria e prática não ocorre somente na graduação, ela se estende, muitas vezes, no ambiente de trabalho provavelmente pelo excesso de ações

administrativas a que o enfermeiro é submetido, restando pouco tempo para o cuidado direto ao paciente, sendo ele delegado aos técnicos e auxiliares de enfermagem (FONTES; LEADEBRAL; FERREIRA, 2010), como relatado por E-01 e E-04:

Além disso, a sobrecarga ocorre também em função da resolução de problemas muitas vezes que não correspondem às atribuições apenas do enfermeiro. (E-01)

Alguns processos burocráticos e atividades não privativas do enfermeiro, mas que assim mesmo são delegadas a ele acaba sobrecarregando o processo de cuidado do profissional. (E-04)

O excesso de realização de atividades não privativas do enfermeiro associado à falta de conhecimento e habilidade teórico e práticas para exercer as atividades de enfermagem, pode provocar nos enfermeiros sensações de estresse, desencadeando práticas não seguras e eventos adversos. E essa pouca capacitação profissional é oriunda sobretudo das bases acadêmicas dos curso de graduação em Enfermagem.

Em estudo realizado para analisar a abordagem do ensino do PE em instituições de ensino superior, os resultados evidenciaram que as disciplinas têm natureza prevalentemente teórica, apresentam ementas e bases conceituais com ênfase no suporte teórico-filosófico do processo de enfermagem, bem como no estudo das fases que o compõe, sendo a metodologia tradicional a utilizada pelos docentes (LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010). Tal conclusão corrobora com as ideias anteriormente mencionadas de distanciamento entre teoria e prática associadas a uma metodologia de ensino que não estimula o desenvolvimento de pensamento crítico por parte do discente.

Neste contexto, a profissão deve ter estratégias que promovam de modo revolucionário e dinâmico a real interligação da teoria à prática, a fim de que consigamos proteger os valores essenciais da enfermagem, de centrar ações no paciente e família de modo integral e individual, o que distingue as ações de enfermagem das realizadas por outros profissionais de saúde (PEDREIRA, 2009).

Novas experiências didáticas devem ser desenvolvidas e disseminadas nos meios científicos para que os futuros enfermeiros percebam a complexidade e a responsabilidade do status profissional, desenvolvendo sua arte e ciência do cuidar como realmente deve ser, pautada em teorias, raciocínio crítico e conhecimento científico, a fim de obter um cuidado seguro e de qualidade.

O pouco conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de enfermagem e suas fases reflete também no olhar que os técnicos de enfermagem tem relacionado a SAE, como demonstrado na fala a seguir:

Os técnicos e auxiliares de enfermagem deveriam prestar cuidado aos pacientes, guiados pela prescrição de enfermagem e sob a supervisão e orientação dos enfermeiros assistencial e coordenador (E-03)

[...] porém eles também não valorizam, veem aquilo como a folha que eles têm que evoluir os pacientes, checam os aprazamentos automaticamente, sem nem ler. (E-03, E-05, E-07)

A fase da implementação da assistência de enfermagem é realizada não só pelo enfermeiro, mas também pelos técnicos de enfermagem que se configuram como peça fundamental na prestação de cuidados ao paciente crítico. Muitas das atividades planejadas pelo enfermeiro dependem total ou parcialmente da colaboração de toda a equipe, sendo necessário que se faça os devidos esclarecimentos sobre a metodologia de enfermagem também para os profissionais de nível técnico, para que o cuidado possa ser realizado de maneira sistematizada e orientada pelas necessidades individuais de cada paciente.

Em estudo realizado com técnicos de enfermagem sobre a SAE sugeriu que a participação desses profissionais ainda é limitada, pois existem lacunas, na sua formação inicial e ao longo da sua trajetória profissional, sobre a concepção da SAE, dificultando seu entendimento e valorização. Dessa forma, o pouco conhecimento favoreceu sua desvalorização, principalmente nas equipes de enfermagem onde parece haver espaço limitado para discussões acerca da metodologia (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

É importante que se desenvolvam espaços de diálogos frequentes entre a equipe de enfermagem, incluindo os técnicos, para que eles possam vislumbrar a contribuição da SAE na organização das ações de cuidado da equipe de enfermagem.

Alguns enfermeiros, por desconhecimento do que realmente seja a SAE e sua importância para a execução segura do plano de cuidados ao paciente e para a visibilidade da profissão, ainda a veem como um método mecanizado e otimizado dos afazeres do dia-a-dia e considerado como muito burocrático (MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008), além de não despertarem o interesse para o aperfeiçoamento do conhecimento adquirido sobre o assunto, como demonstrado nas falas a seguir:

As dificuldades são que eu acho que muitos enfermeiros não sabem nem pra que estão fazendo a SAE, na verdade preencher o papel não é fazer SAE, e o que acontece na verdade é isso, falta interesse dos enfermeiros. (E-04, E-05)

“O processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência” (PUNTEL; ROCHA, 1997, p.23). A valorização da prática de uma profissão deve partir dos próprios profissionais que a compõem, caso contrário fica difícil mostrar qual a sua importância social e para que ela é útil para a população. Pelo relato podemos evidenciar que o desinteresse em relação a SAE parte da própria enfermagem, e aqui destaco o enfermeiro.

Esse profissional da enfermagem tem nível superior, e supõe-se que tenha conhecimentos científicos e raciocínio crítico obtidos durante a academia. Por isso, menos ainda que os técnicos de enfermagem, não deveriam manter essa postura em relação a sua metodologia de trabalho.

Quando questionados sobre como vem ocorrendo a SAE na UTI, surgiram as seguintes respostas:

Bom, é triste, mas se resume ao preenchimento do papel, só mais um papel a ser preenchido pela gente. (E-03, E-05, E-06) A maioria dos profissionais não valoriza, não tem tempo de realmente desenvolver a SAE. A maioria das pessoas preenche o papel no início do plantão, mas tem umas enfermeiras que preenchem no final ou nem preenchem quando esquecem. (E-03, E-05)

Alguns enfermeiros, mesmo tendo a dimensão do quão essencial os formulários de histórico de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem são para um processo de trabalho de qualidade na UTI, relatam que em sua prática diária não os veem como *“documentos que causem ação dentro do plantão, tornando-se mais um papel para fazer volume ao prontuário”* (E-02).

Porém, uma crítica apareceu na fala de uma enfermeira que questionou a não existência de espaço para registrar no formulário possíveis diagnósticos evidenciados, diferente dos já pré-estabelecidos, prejudicando a documentação de novos registros de enfermagem.

Nós temos um impresso que já nos ajuda a lembrar alguns pontos comuns de paciente de UTI, considero este o principal fator facilitador nesse processo. (E-01, E-05, E-06, E-09), porém nesse impresso não há espaço para acrescentarmos os nossos diagnósticos e intervenções.(E-09)
Uma facilidade é o formato simplificado que temos na unidade com informações mais relevantes. (E-04)

O formulário existente na UTI é visto como ponto positivo para a implementação da SAE, porém ele deve dar mais autonomia ao enfermeiro para deixá-lo evidenciar novos diagnósticos e intervenções que se adequem às necessidades dos pacientes. Afinal cada ser tem peculiaridades e o enfermeiro deve ser preparado para realizar uma coleta de dados completa a fim de atender as reais demandas de cuidado para cada paciente, que muitas vezes pode não está expressa no formulário existente na unidade.

A padronização é válida, porém é necessário estimular os enfermeiros na sua rotina de trabalho a pensarem criticamente em quais as melhores decisões a serem tomadas visando o cuidado seguro e de qualidade.

Desde o advento dos processos de Acreditação Hospitalar, o discurso em defesa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e metodologias para implementação

do processo de enfermagem em unidades hospitalares, vem ganhando adeptos. Tal movimento cresce tendo em vista que o emprego de metodologias para a organização do trabalho da enfermagem faz-se essencial para obtenção desses certificados de acreditação hospitalar. Atualmente a implementação da SAE, mais do que uma opção para a organização do trabalho do enfermeiro, apresenta-se como uma questão deontológica para a enfermagem. (FULY; LEITE; LIMA, 2008), e E-08 aponta isso em sua fala:

A aplicabilidade da SAE tem muita resistência por parte da equipe. Mas devemos trabalhar dia-a-dia para que esse cenário mude, para que nosso cuidado seja vislumbrado por todos e que nossa categoria adquira maiores dimensões. (E-08)

Na fala de E-08 é entendido que a resistência na aplicação correta da SAE por parte dos profissionais ainda é grande no ambiente de trabalho, mas deixa transparecer a preocupação de uma necessidade de mudança na prática diária e de trabalho contínuo para sensibilização da importância dessa metodologia para a visibilidade do cuidado prestado e o reconhecimento profissional da enfermagem.

A observação de enfermagem, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação dos pacientes, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos e de comunicação e interação com os pacientes, enfermagem e entre os diversos profissionais são, entre outros, alguns dos instrumentos de trabalho do cuidar em enfermagem (PUNTEL; ROCHA, 1997).

Percebe-se que o enfermeiro da UTI pratica o seu cuidado perpassando pelas cinco fases da SAE, porém, o que acontece e deve ser corrigido é a maneira empírica e desprovida de pensamento crítico que alguns deles desenvolvem essa prática, além da falha nos seus registros e a valorização da técnica em detrimento da ciência.

No ambiente de UTI é impossível distanciar-se da técnica, e nem é o que estou propondo aqui, pelo contrário, a habilidade técnica sempre foi e será um dos pontos para uma prática de enfermagem de qualidade. Já diziam Almeida e Rocha (1986) que “as técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular o seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem”.

Mas chamo atenção para que essa técnica não sobreponha a ciência do cuidar planejado, individualizado, sistematizado, pautado em raciocínio crítico. A técnica pela técnica, realizada sem o conhecimento de seus verdadeiros fins, não elevará a enfermagem como profissão nem trará a tão esperada valorização.

Por esse motivo, é necessário primeiramente que os próprios enfermeiros se apropriem e valorizem a SAE como ferramenta essencial para o cuidado seguro e de qualidade, para então colher os resultados positivos desse processo de trabalho.

4.6 Qualidade do cuidado e segurança do paciente em UTI

A qualidade do cuidado e a segurança do paciente estão implicadas em todo o processo de investigação, no entanto fez-se necessário elaborar uma categoria específica para desdobrar as questões aqui apreendidas nos depoimentos dos enfermeiros.

Tendo a segurança do paciente como um dos pilares da qualidade, foi perguntado aos enfermeiros como eles avaliam a segurança do paciente na UTI, surgindo as seguintes falas:

Acredito que nossos pacientes estão bem assistidos, a maioria dos profissionais busca desenvolver um serviço de qualidade, na busca de garantir o conforto desse paciente. (E-01) Existe uma boa comunicação e entrosamento entre a equipe. (E-03) o ambiente é favorável, temos equipamentos modernos. (05, E-07) por isso acho que aqui é seguro (E-02, E-07)

Os enfermeiros consideraram alguns pontos principais para concordarem que o seu ambiente de trabalho é favorável para promover a segurança do paciente, dentre eles foram destacados o desempenho profissional de qualidade, a boa comunicação entre a equipe, a estrutura física e a aparelhagem moderna presentes no ambiente de trabalho. Destaco aqui, que a SAE não foi mencionada pelos enfermeiros como ponto que favorece a segurança do paciente e que auxilie no cuidado de qualidade.

Para a OMS (2012) os alvos principais para a segurança do paciente a serem considerados são erros de medicação, infecções associadas ao cuidado, complicações cirúrgicas, complicações com equipamentos, erros de identificação do paciente/doente, morte evitável. Embasados por essas definições e colocações, consideramos a terapia intensiva um local onde a segurança do paciente e os eventos adversos (EA) necessitam de análise particular, por tratar-se de uma unidade cuja dinâmica de trabalho e volume de recursos tecnológicos associados às características diferenciadas dos pacientes graves tornam essas unidades mais suscetíveis à ocorrência de erros.

Uma assistência segura é responsabilidade de cada profissional, contudo, além do fator humano nos eventos adversos, as condições de trabalho, aspectos estruturais e atividades desenvolvidas estão associados ao desencadeamento de erros (BECCARIA et al., 2009).

Ao indagar acerca de como ocorre o cuidado ao paciente na UTI, algumas ideias relacionadas à qualidade da assistência vieram à tona nas falas dos enfermeiros.

[...] prestar assistência a pacientes críticos requer excelência no cuidado. (E-02)

Todos os procedimentos devem ser realizados com margem de erro zero, pois tudo é denominado de alta complexidade, desde um simples registro de temperatura a uma intubação [...] (E-04)

[..] envolve atenção, habilidade, agilidade e gerenciamento de riscos.(E-06)

Os enfermeiros relatam que prestar assistência ao paciente crítico requer busca da excelência de suas ações. Podemos considerar que a excelência da assistência está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da instituição. No caso do HGF, é uma instituição hospitalar de referência em procedimentos de alta complexidade que tem como missão prestar assistência à saúde da população ofertando serviços humanizados, seguros e de boa qualidade.

Com o serviço de qualidade fazendo parte da missão dessa instituição, reflete também para os gerentes, funcionários e profissionais da saúde, que trabalham buscando a minimização de erros e o cuidado de qualidade. A enfermagem da UTI exercita uma prática do cuidado sempre em busca de subsídios para a excelência do fazer profissional.

Atualmente é inaceitável a ideia de cuidar do outro sem qualidade, que nada mais é do que colocar o cliente em posição de destaque em todos os processos assistenciais, atendendo-o da melhor maneira possível e isso apenas se faz praticável por meio de uma interligação dos processos e da estrutura institucional, capaz de fornecer a melhor assistência ao paciente (D'INNOCENZO, 2006).

Como qualidade é um conceito abstrato, ela vem sendo definida de diversas maneiras, de acordo com as necessidades de cada empresa e dos seus objetivos para se trabalhar dentro de padrões reconhecidos. Assim, todas as significações se complementam, representando a qualidade como um termo de excelência, de valor, de conformidade a critérios a serem seguidos e de satisfação dos clientes usuários dos serviços de saúde (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Trabalhar com uma equipe capacitada e preparada para lidar com as diversas situações de cuidado ao paciente é essencial para a minimização dos erros e a qualidade dos serviços em UTI, por isso alguns enfermeiros mencionaram em suas falas o qual importante é a escolha dos profissionais para atuar nesse serviço.

Alguns profissionais acomodados atrapalham na segurança, seja retardando procedimentos, exames, medicamentos e até esquecendo de higienizar as mãos (E-03).

Eu vejo a segurança do paciente através da responsabilidade dos profissionais com todo o seu processo de cuidado, e nesta unidade vejo na maioria da equipe o compromisso com o paciente (E-09).

O profissional de saúde deve ter noção de que tem em suas mãos o cuidado a um ser vulnerável, principalmente quando se trata de um paciente em UTI. Por esse motivo, é que deve ser cultivado em cada profissional a importância da cultura de segurança, considerada como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, através da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas (OMS, 2012).

A cultura de segurança no ambiente de trabalho, ocorre também de forma em que os erros possuam uma abordagem não punitiva, em que o foco está em buscar como e porque as barreiras de proteção falharam, e não quem é o culpado (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Para os profissionais de enfermagem a segurança do paciente não é um fenômeno novo. Constitui a própria essência do trabalho que transparece em fazeres e atitudes comuns do cotidiano, como a lavagem das mãos, as orientações aos pacientes e familiares, o processo de educação continuada junto à equipe de enfermagem, a adequada iluminação e ventilação do ambiente físico, entre outras medidas, que sequer são percebidas como medidas proativas de segurança para o paciente, tanto na esfera física quanto na emocional (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

A busca por segurança e qualidade na assistência ao paciente grave deve ser assumida como um compromisso ético dos profissionais da área de saúde, que participam direta ou indiretamente da assistência na UTI.

A carga excessiva de atividades a serem realizadas na rotina diária de um profissional de UTI foi mencionada como prejudicial à segurança dos pacientes atendidos.

A segurança é relativamente boa. Apesar do correto dimensionamento de pessoal, a demanda de trabalho intensivo compromete um pouco a segurança do paciente, mas não vejo sérios problemas. (E-01, E-04)

O paciente em UTI necessita de cuidados intensivos que demandam dos profissionais habilidades técnicas e científicas e agilidade em sua realização. Atrelado a isso foi apontado pelos enfermeiros a grande demanda de trabalho que esse paciente necessita e

embora as intervenções terapêuticas sejam realizadas com o objetivo de melhorar as condições de saúde e aliviar o sofrimento dos pacientes, o fato é que a natureza complexa do atendimento e do sistema em que ocorre pode causar ou tem o potencial de causar danos ou eventos adversos, mesmo com a devida capacitação dos profissionais.

Para o Instituto de Medicina, o evento adverso é uma injúria causada pelo tratamento médico não relacionado à doença do paciente, e o erro é definido como a falha no planejamento ou na execução de uma ação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) confirma essa afirmação, definindo os eventos adversos como ocorrências que acarretam danos e resultam em doenças, injúrias, sofrimentos, incapacidades e morte, podendo ser da esfera física, social ou psicológica. Os eventos adversos também são definidos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes acometidos, prolongamento do tempo de internação, e/ou morte (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Ainda quanto à definição de eventos adversos, existe um consenso entre diversas organizações voltadas a segurança do paciente e diferentes autores, que o consideram um evento prevenível, não intencional e de natureza prejudicial ao paciente, que compromete a sua segurança (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010)

No Brasil, em 2003 um estudo do tipo caso-controle realizado na UTI do serviço de emergência de um hospital universitário, com uma amostra de 468 pacientes, revelou que 70% dos pacientes falecidos sofreram ao menos um evento adverso durante a internação na UTI. Do total de 1218 eventos adversos, 55.2% foram relacionados aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e aos cuidados de enfermagem (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Quanto questionados sobre como é relacionada a SAE com a segurança do paciente e a qualidade do cuidado, evidenciou-se as seguintes falas:

A sistematização do cuidado permite que as atividades sejam realizadas de forma mais completa, (E-01, E-03)

[...] conhecer as condições de saúde dos pacientes, propor o plano de cuidados/prescrição de enfermagem, elencando prioridade de assistência pelo enfermeiro aos pacientes críticos, (E-03)

[...] na busca pela garantia de um cuidado efetivo para esse paciente e, conseqüentemente, de sua segurança, considerando que a utilização da SAE eleva a qualidade da assistência de enfermagem. (E-01, E-03, E-04, E-07, E-09)

Acho que tudo (SAE, material, pessoal, equipamentos) junto deixa o cuidado seguro. Se a SAE fosse feita corretamente, com a proposta que realmente tem creio que o cuidado seria mais seguro e de qualidade. (E-05)

Para comentar sobre os relatos evidenciados, primeiramente faço um pequeno *link* com os primórdios da enfermagem que atendeu satisfatoriamente ao projeto político social vigente na época da guerra da Crimeia em consequência as ações de Florence, proporcionando à enfermagem a inserção no processo de trabalho em saúde. Em outras palavras, o trabalho de Florence na enfermagem respondeu satisfatoriamente ao novo modelo de saúde que se instalava na época, focado em organizar os hospitais militares para o cuidado do corpo dos soldados (PUNTEL, 1997).

Se pensarmos na atualidade, os esforços do setor saúde estão voltados para a qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atenção e em um de seus pilares que é a segurança do paciente. Refletindo sobre o que aconteceu nos primórdios da enfermagem com as ações de Florence e levando para o cenário de saúde atual, é preciso que as ações de enfermagem sejam voltadas para essas concepções de qualidade e segurança presentes no modelo de saúde atual.

Para avançar nesse sentido destaco a SAE como ferramenta fundamental no processo de permanência ativa do profissional enfermeiro no atendimento de qualidade por ser uma metodologia que possibilita a organização do cuidado de enfermagem, de forma sistemática e dinâmica, visando atender as reais necessidades de cuidado em saúde apresentadas pela pessoa, família ou comunidade.

A aplicação dos princípios de cada uma das cinco etapas do PE visa organizar e priorizar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, baseado nos princípios da integralidade, de modo a manter o foco nos resultados que se pretende alcançar. Espera-se que, ao aplicar esses princípios de maneira organizada, o enfermeiro desenvolva habilidades e competências para sistematizar e estabelecer prioridades acerca do cuidado, mantendo o foco deste sobre o estado de saúde da pessoa e sua qualidade de vida a partir do raciocínio clínico (PIMPÃO et al, 2010).

No entanto, percebe-se pelas falas, que mesmo com o reconhecimento da maioria dos profissionais de que a SAE é uma ferramenta para a produção de um cuidado seguro e de qualidade, ela ainda não está implementada na UTI da maneira para vir a viabilizá-la como tal, não tendo credibilidade entre alguns profissionais.

Sei que a SAE tem sua ação também voltada para este enfoque, porém, como não a vejo verdadeiramente aplicada, não sinto que ela influencie a segurança dos meus pacientes, é indiferente. (E-02)

Dentre as dificuldades para implementação está a execução de algumas etapas específicas. Os enfermeiros expressaram suas dificuldades por meio das falas, e mencionaram a fase da coleta de dados, dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções e da avaliação como difíceis para a implementação do processo de enfermagem. Somente a fase da implementação não foi citada como dificuldade.

Considerando a fase de coleta de dados, a dificuldade relatada teve relação à falta de tempo para realizar esta fase de maneira efetiva e o pouco conhecimento quanto à realização do exame físico.

Acredito que minhas maiores dificuldades se encontram na coleta de dados, com a realização do exame físico, pois não tenho muito tempo para fazer (E-01)
A minha maior dificuldade é o exame físico, pois não costumo parar para realizá-lo, pela grande demanda de transferências e admissões que temos que fazer durante o dia e somado a todas as outras atividades (E-01, E-03, E-05)
[...] também falta capacitação específica (E-01, E03)

Percebeu-se que o enfermeiro tem utilizado o histórico de enfermagem de forma parcial, priorizando as outras atividades do dia-a-dia e diferentes demandas de cuidados biológicos exigidos em UTI. Isso contribui para a fragmentação dos cuidados prestados e descaracteriza a individualização da assistência ao cliente, dificultando a assistência de qualidade. O conhecimento a respeito da realização do exame físico também se mostrou como um empecilho para a implementação da primeira fase da SAE, sendo um fator contribuinte dos relatos de dificuldade.

Muitos das dificuldades encontradas para a implementação da SAE são advindas de problemas na base da formação do enfermeiro durante o curso de graduação. Este ensino ainda caracteriza-se fortemente pelo modelo biomédico, centrado na estrutura biológica afetada e na fisiopatologia da doença (TAKAHASHI, 2008). Não desconsideramos aqui a importância de o enfermeiro ter o conhecimento desses aspectos, porém ele não pode direcionar sua prática voltada essencialmente para a doença, e sim voltada para um olhar holístico ao indivíduo e suas necessidades biopsicossociais e espirituais.

Segundo a Resolução COFEN-358 de 2009, o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Nesse sentido, o graduando deve adquirir durante o curso conhecimento e habilidades para produzir o cuidado ao paciente de forma crítica e sistematizada, começando pelos conhecimentos de semiologia e semiotécnica importantes para a investigação de suas

necessidades. Autores demonstram que poucos alunos julgam ter conhecimento e habilidade para realizar uma coleta de dados de qualidade e estabelecer julgamento criterioso e determinar as respostas do cliente que exijam intervenções, o que demonstra a baixa criticidade na implementação das etapas do PE (FONTES; LEADEBRAL; FERREIRA, 2010).

Não diferente da coleta de dados, a fase dos diagnósticos de enfermagem também foi referida como difícil para a implementação da SAE.

A minha maior dificuldade é domínio para realização de diagnóstico de enfermagem, acho que não conheço bem os diagnósticos nem tenho o devido preparo para evidenciá-los (E-03, E-04, E-06, E-08)

O termo diagnóstico é utilizado como a segunda fase do processo de enfermagem, correspondendo à análise dos dados coletados e à avaliação do estado de saúde do cliente; como um julgamento clínico em que se descreve o estado de saúde do paciente e como afirmativa diagnóstica, quando se utiliza uma taxonomia para identificar um diagnóstico de enfermagem que explicita a situação de saúde de um cliente. Sendo assim, é descrito como o resultado de um Processo Diagnóstico, o qual é definido como um modo de determinar um problema de saúde do cliente e de avaliar os fatores etológicos que o estão determinando.

Assim, entende-se que a tomada de decisão quanto ao diagnóstico de enfermagem envolve habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes do profissional (LUNNEY, 2010).

O pensamento crítico se apresenta como aptidão essencial no processo diagnóstico em enfermagem. Consiste, ainda, na capacidade de saber questionar e responder às questões que requerem habilidades para analisar, sintetizar e avaliar informações, sendo entendido como uma habilidade que pode ser aprendida e desenvolvida. Na enfermagem, o pensamento crítico é considerado um componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

No ensino de enfermagem, em específico do processo diagnóstico em enfermagem, observam-se dificuldades no desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico. Percebe-se que ainda há um maior interesse de discentes em execução de técnicas de enfermagem em detrimento de atividades que exijam habilidades cognitivas, críticas, humanísticas e de relacionamento interpessoal. (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013), o que pode justificar os relatos de E-01 e E-03 que afirmam não ter capacitação suficiente para evidenciar os diagnósticos de forma correta, dificultando o processo de enfermagem no tangente a essa fase.

Além da formação acadêmica, esses profissionais também devem contar com o setor de educação permanente do hospital, que deve proporcionar momentos de discussão dentro do ambiente de trabalho, a fim de elencar as necessidades de aprendizado por parte da equipe de enfermagem, fortalecendo o pensamento crítico e a participação ativa desses profissionais no seu processo de cuidado, visando minimizar as dificuldades existentes.

O setor de educação continuada do hospital deve procurar meios de melhor implementar a SAE na UTI, visto que essa unidade conta com profissionais capacitados e com formulários para registros institucionalizado, sendo estas potencialidades facilitadores desse processo.

O ensino do processo diagnóstico em enfermagem, no curso de graduação em enfermagem, encontra-se fragmentado entre as disciplinas do currículo, dificultando a consolidação dos fundamentos teóricos desse processo e de sua aplicação na prática clínica de modo formal ou informal. (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013). Como resultado de lacunas no ensino do processo diagnóstico em enfermagem, os discentes apresentam dificuldades em exercer o pensamento crítico e tendem a centrar-se no uso de taxonomias, desconsiderando o contexto de atuação da prática clínica e, principalmente, as necessidades do paciente que, muitas vezes, não são expressas pelo diagnóstico de enfermagem selecionado.

Infere-se que a interpretação e o agrupamento dos dados, no processo diagnóstico em enfermagem, representam um desafio no seu ensino devido à necessidade de avaliação de dados relevantes e ao entendimento da relação coerente entre eles, tendo em vista o levantamento de evidências para identificação do diagnóstico de enfermagem. (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013). Essa dificuldade existente na academia, estende-se para a vida profissional dos enfermeiros como evidenciado pelos entrevistados.

O momento de intervir foi visto como difícil para os enfermeiros pelo fato de ser a fase em que [...] *não depende apenas de um profissional e sim de toda a equipe* (E-09). Essa fase, como supracitado não se caracteriza apenas ao profissional de nível superior, mas também aos técnicos de enfermagem e aos outros membros da equipe multiprofissional. Sendo uma fase dependente do trabalho em equipe de forma engajada e cooperativa para obtenção dos resultados esperados.

A última fase da SAE, a avaliação, também foi mencionada por E-01 como difícil pela [...] *falta de estratégias capazes de medir o cuidado prestado* (E-07).

A enfermagem esta continuamente prestando cuidados ao paciente em UTI e certamente tem grande parcela de responsabilidade da melhora ou piora do quadro clínico do

paciente crítico. Tendo isso em mente, é necessário que esses profissionais registrem melhor suas atividades e desenvolvem meios para avaliar sua assistência e as mudanças no estado de saúde do paciente dependentes desse cuidado.

Para avaliar os resultados da sistematização assistência de enfermagem é necessário embasamento em informações fidedignas e que traduzam a realidade dessa assistência e sua organização de forma direta ou indireta, permitindo comparabilidade e refletindo os diferentes contextos de sua prática profissional. Destaco aqui a utilização de indicadores de qualidade em saúde como principal forma de avaliação desse cuidado de enfermagem, tendo o enfermeiro obrigação de se apropriar dessas informações para melhor direcionar suas ações dentro da UTI.

Para uma avaliação adequada em qualquer dessas dimensões é imprescindível a utilização de indicadores, pois proporcionam uma medida e permitem o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade. Consiste numa maneira efetiva de avaliação do desempenho dos serviços de enfermagem e de sua gestão, demonstrando sua evolução ao longo do tempo, permitindo a comparação com referenciais internos e externos (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Um indicador é uma expressão qualitativa e quantitativa observável, que permite descrever características, comportamentos e fenômenos da realidade através da evolução de uma variável e do estabelecimento de uma relação entre variáveis, que comparada com períodos anteriores, produtos similares ou uma meta e compromisso, permite avaliar o desempenho e sua evolução no tempo (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Os indicadores de qualidade nos permitem objetivar situações relacionadas com a segurança clínica, objetivando reduzir os riscos a qual se expõe o paciente que se relaciona com o sistema sanitário. É utilizado como guia para controlar e validar a qualidade dos aspectos importantes da prática assistencial e têm a vantagem de medir aspectos concretos e específicos da assistência. São dados válidos, confiáveis e objetivos, mostram resultados quantitativos e nos dão a possibilidade de comparação ao dispor de padrões de conformidade que nos determinam se os resultados obtidos em nosso serviço são corretos ou não, e nos permite realizar ações de melhora (ORTELLS ABUYE; PAGUINA, 2012).

Quando focalizada a utilização de indicadores no âmbito da enfermagem hospitalar verifica-se que, definir indicadores que avaliam a qualidade da assistência, sempre foi um desafio que está ligado à necessidade de disponibilizar para os enfermeiros indicadores que sejam por eles validados. O propósito é uniformizar e tornar o processo

de avaliação do cuidado uma parte integrante da assistência de enfermagem e não apenas mais uma tarefa a ser cumprida ou mais um papel a ser preenchido. Trata-se de disponibilizar os resultados como ferramenta para que ocorra a avaliação sistemática do processo de assistência de enfermagem de maneira efetiva.

Na UTI em estudo, ocorre a monitorização pelas coordenadoras de enfermagem da unidade de alguns indicadores como taxa de incidência de úlcera por pressão, taxa de absenteísmo, taxa de extubações acidentais, dentre outros. Porém, a divulgação dos resultados dessa monitorização ocorre de forma esporádica com fixação dos resultados em flanelógrafos e pouca participação ativa dos profissionais da ponta da assistência nesse processo, o que minimiza o interesse desses profissionais sobre a existência e os resultados desses indicadores mensurados.

A aplicabilidade de indicadores previamente existentes e a criação de novos deve ser estimulada entre os profissionais, a fim de transformá-los em seres ativos no gerenciamento de suas ações de cuidar e evidenciarem os resultados concretos de seu processo de trabalho.

As dificuldades apontadas para a execução da SAE foram muitas relacionadas às suas fases, porém um dos enfermeiros entrevistados considerou o formulário para registro da SAE (Anexo B) existente na UTI como um ponto facilitador no processo de trabalho.

Já que em nossa UTI já temos padronizado impresso com os possíveis diagnósticos com as prescrições possíveis para cada item selecionado, não tenho dificuldade em implementá-lo, no entanto, sinto que acabo deixando de pesquisar mais os diagnósticos. (E-07)

Ao mesmo tempo em que foi considerado um porto forte, formulário foi apontado como uma maneira de acomodação por parte do enfermeiro que não é estimulado a detectar novos diagnósticos de enfermagem possíveis para o paciente, ficando fixado aos diagnósticos pré-estabelecidos, não proporcionando o maior pensamento crítico e conhecimento sobre a linguagem da profissão.

Essa fala pode ser confirmada pela coleta de dados realizada nos prontuários dos pacientes hospitalizados na UTI, que não houve a evidencia de registro de diagnóstico de enfermagem além dos já estabelecidos no formulário (Anexo B).

Os fatores que facilitam e dificultam a implementação da SAE na UTI foram discutidos, porém é importante saber o que os enfermeiros acreditam ser necessário para mudar essa realidade encontrada atualmente e proporcionar a utilização dessa metodologia de trabalho de forma efetiva e correta.

Conscientizar e sensibilizar os profissionais da importância do processo de enfermagem e da SAE. Porque o conhecimento insuficiente torna-se uma barreira para a implantação, adesão e execução da mesma. É de extrema importância e necessário que sejam realizadas capacitações, treinamentos, palestras, pois existe muito déficit em relação a essa problemática. (E-01, E-03, E-05, E-07)

A necessidade de capacitar os profissionais da Enfermagem para uma assistência sistematizada, de qualidade, tem sido objeto de preocupação, tanto de instituições formadoras quanto das entidades de classe. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), por meio da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem (Portaria Nº 002/2008), participa do esforço para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. Parte-se do princípio que a SAE contribui para organizar o cuidado, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem e, dessa forma, dando visibilidade à contribuição da Enfermagem no âmbito da atenção à saúde, em qualquer ambiente onde a prática profissional ocorra, seja em instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, ou em serviços ambulatoriais, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros.

Nesse contexto, é preciso ter em conta que o cuidado profissional de Enfermagem não é um fenômeno natural e, sim, resultante de um empreendimento humano, ou seja, é um instrumental tecnológico desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoado em atividades de educação permanente, que resultem numa prática reflexiva e crítica dos profissionais da enfermagem (MALUCELLI *et al*, 2010).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se de forma mais satisfatória à proposta de facilitação do processo de trabalho e qualidade da assistência a ser oferecida, por embasar suas intervenções com base na realidade vivida pelos profissionais, o diálogo e a criticidade.

Foi proposta pelo Ministério da Saúde em 2004, sendo destinada a construir um novo estilo de administração em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social fossem construídos coletivamente a partir do diálogo e da reflexão sobre a prática (GUIMARÃES *et al*, 2010; AMESTOY *et al*, 2010).

Ela funciona como uma ferramenta valiosa para o diagnóstico das necessidades, permite explorar as necessidades a partir do ponto de vista dos trabalhadores em função dos problemas de sua prática diária. Orienta-se pela análise crítica da realidade por meio da problematização das vivências dos profissionais e visa a capacitação de todos os profissionais de um mesmo serviço, sendo uma tarefa permanente e com participação multidisciplinar. (GUIMARÃES *et al*, 2010).

A Educação Permanente em Saúde quando adotada nos serviços de saúde proporciona conhecimento, crescimento, atualização e aperfeiçoamento profissional, fazendo com que os sujeitos-trabalhadores da saúde se percebam como cidadãos e possam assumir maior controle sobre seu processo de trabalho. Também, associados aos preceitos teóricos, busca integrar prática e teoria no processo educativo, criando um movimento dinâmico de fazer e refazer-se. Essas contribuições repercutem na melhoria das competências organizacionais e dos serviços e oferecem uma melhor satisfação dos usuários do serviço (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008; SILVA *et al*, 2010; SILVA *et al*, 2010).

Desenvolve-se pelo princípio da descentralização do conhecimento, planejamento das práticas a partir da realidade do processo de trabalho e estabelecimento da ação e reflexão da realidade vivida no cotidiano de serviços dos trabalhadores da saúde; propiciando a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (SILVA *et al*, 2010; SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008; GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

A educação faz cada vez mais parte da vida das pessoas em um mundo onde a rapidez das mudanças se conjuga com o fenômeno da globalização, o que exige uma rápida e constante atualização das pessoas que fazem parte do mundo do trabalho (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Esse fenômeno ocorre também nos serviços de saúde, em que tanto há a necessidade do manuseio de tecnologias duras que aumentam as chances de cura das pessoas, como a necessidade do uso de tecnologias de relações que valorizam e fornecem uma maior qualidade de vida para pacientes, família e profissionais que estão envolvidos no processo de cuidar.

O desenvolvimento científico e tecnológico na sociedade atual vem exigindo um profissional com um perfil aberto, crítico, capaz de adaptar-se às mudanças e motivado a continuar aprendendo ao longo da vida. Nesse contexto, está o profissional de enfermagem que se vê na necessidade incorporar a tecnologia no seu processo de trabalho, sem, no entanto, considerá-la recurso primordial. Portanto, a EPS insere-se como alternativa de transformação do trabalho na área da saúde, aderindo a novas atividades como a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente. (GUIMARÃES *et al*, 2010; AMESTOY *et al*, 2010).

O enfermeiro inserido no processo de educação permanente deve ser capacitado para desempenhar o papel de educador, devendo buscar continuamente o

autodesenvolvimento, sendo capaz de influenciar as pessoas na busca do conhecimento e compartilhar seu trabalho com todos os envolvidos na assistência de enfermagem nas instituições de saúde (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, p.54, 2008).

Além da necessidade de treinamento e adesão de maior conhecimento para a aplicabilidade da SAE, a informatização dos registros foi vista como uma ideia para vislumbrar no futuro melhores práticas. Porém, a própria enfermeira adverte sobre a possibilidade de resistência à adesão do modelo informatizado.

Informatizar seria muito bom, porém teria muita resistência por parte dos profissionais. (E-03)

Alguns hospitais contam com sistemas de informatização para registros dos prontuários, no entanto, o HGF ainda não conta com esse serviço. A implantação do prontuário eletrônico poderia facilitar a documentação das fases da SAE, bem como contar com programas que facilitassem a visualização de todos os possíveis diagnósticos e intervenções ao invés de contar apenas com uma listagem impressa de poucos.

Todavia, caso considerem a implantação dos sistemas de informação, é preciso atentar para a importância da participação efetiva de profissionais da área de enfermagem na construção desse sistema, em todas as etapas do seu desenvolvimento. Isto torna este sistema mais aderente à prática destes profissionais, assegurando maior usabilidade da ferramenta.

Para os profissionais que desenvolvem o sistema, a referida participação aumenta a chance de se ter um produto de qualidade, com conseqüente satisfação do usuário do sistema (MALUCELLI et al, 2010).

Seja com capacitações, treinamentos, sistemas de informação, o que importa é que viva dentro dos enfermeiros essa vontade de seguir em direção ao sucesso e reconhecimento da profissão e que essa vontade transcenda o corpo e se faça presente em ações que busquem a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade dos serviços de saúde e do cuidado de enfermagem na UTI é complexo ficando na dependência de vários fatores relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado.

No que se refere à implementação da SAE na UTI, algumas lacunas foram evidenciadas como contribuintes para o seu desenvolvimento incorreto. Em relação à estrutura, foram observados fatores como o dimensionamento de profissionais de enfermagem e o formulário de registros construído de maneira preditiva. Os problemas evidenciados no processo deram-se pela falta de interesse e conhecimento de alguns profissionais em relação às fases da SAE e o excesso de atividades destinadas ao enfermeiro, mas que não configuram sua prática privativa. Quanto aos resultados, evidenciou-se a falta de avaliação contínua da forma de aplicação da SAE por parte da gerência de enfermagem, a inexistência de mensuração de indicadores que possam medir os resultados na prática do cuidado relacionados com a aplicabilidade da SAE no processo de trabalho do enfermeiro, bem como a divulgação dos resultados encontrados.

Para alcançar a segurança do paciente, um dos pilares da qualidade, também é preciso trabalhar na dependência desses fatores. Nesse estudo pude investigar um pouco mais sobre uma das ferramentas que julgo essencial para a produção de um cuidado de enfermagem seguro em Unidade de Terapia Intensiva que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O paciente hospitalizado numa UTI necessita de cuidado especializado, com técnicas diagnósticas avançadas, tecnologias modernas e profissionais de saúde capacitados para trabalhar em prol do restabelecimento de sua saúde, pois o mesmo encontra-se debilitado, frágil, susceptível a instabilidades hemodinâmicas e está em risco iminente de morte.

Diante do grau de complexidade do paciente crítico, espera-se dos enfermeiros, que trabalham diretamente para manter sua vida, ferramentas que auxiliem na manutenção de um cuidado seguro, aqui foi destacado a SAE.

O estudo me proporcionou o maior conhecimento de como ocorre a SAE no ambiente de terapia intensiva e de como os enfermeiros vivenciam esse processo de cuidar ao paciente crítico tendo em mão a SAE institucionalizada. Porém, o fato de ter formulários que ajudam nos registros do processo de enfermagem não garantiu que sua execução fosse

realizada de maneira plena, baseada em conhecimento científico e possibilitando um cuidado seguro e de qualidade.

A documentação dos registros do processo de trabalho dos enfermeiros em UTI ainda é falha, muitas atividades que são realizadas por eles visando o bem-estar e a melhora do quadro clínico do paciente são perdidas e pouco valorizadas quando não são registradas em prontuário, tornando o processo de avaliação desse serviço mais complicado e dificultando a visualização dos resultados inerentes à prática de enfermagem.

Sem a visualização dos resultados, não se chega à valorização, que ainda é pequena com relação à aplicabilidade da SAE por parte de alguns dos enfermeiros que não realizam suas fases aplicando conhecimento científico de forma racional, sistematizada e fundamentada em raciocínio crítico.

Os enfermeiros ainda não tem a capacitação e algumas habilidades específicas para a realização das fases da SAE, principalmente no que se refere à coleta de dados e evidencição dos diagnósticos de enfermagem, mesmo muitos tendo concluído pós-graduações na área.

Por outro lado, eles consideraram a UTI um ambiente seguro com o desempenho profissional de qualidade, a boa comunicação entre a equipe, a estrutura física e a aparelhagem moderna presentes no ambiente de trabalho, sem mencionar que a SAE fosse ponto determinante para o cuidado seguro e de qualidade.

Porém, quando indagados diretamente sobre a relação da SAE com a segurança do paciente, muitos concordaram que, em teoria, ela torna o cuidado mais completo, elencando prioridades de assistência ao paciente e garantindo a qualidade no cuidado. Na prática ela ainda não está implementada na UTI da maneira para vir a viabilizá-la como tal, diminuindo seu valor de ferramenta para a segurança do paciente.

Mesmo com as dificuldades encontradas na sua aplicação, alguns enfermeiros acreditam que a força da enfermagem encontra-se na sistematização da assistência, que sem ela não haverá a devida valorização e crescimento profissional.

A SAE não demonstrou na UTI em estudo que é uma ferramenta ativa na promoção da segurança do paciente, sendo pouco valorizada, aplicada de modo indevido e sem exercer impacto positivo no cuidado de enfermagem de qualidade e seguro. Os formulários para seu registro não são considerados documentos que causem ação dentro do plantão e direcionem o cuidado ao paciente crítico.

É preciso que haja educação permanente e sensibilização a respeito da importância da aplicabilidade da SAE para o cuidado sistematizado, crítico e de qualidade,

que contribua para uma prática segura. Esse pensamento foi compartilhado entre muitos enfermeiros que realmente acreditam na potência da SAE para valorização e ascensão profissional, bem como forma de colher os frutos de uma assistência de qualidade.

A enfermagem precisa se apoiar no seu conhecimento científico para crescer como profissão, tendo em vista que representa grande parte da força de trabalho em saúde e deve ser responsável por disseminar uma prática de qualidade e pautada nos preceitos do SUS, para isso, os enfermeiros devem se apegar e valorizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Esse estudo não teve a intenção de esgotar o conhecimento a cerca da temática, nem se propôs a responder todas as questões inerentes à aplicabilidade da SAE como ferramenta para o cuidado seguro no ambiente de UTI, sendo necessárias mais investigações a respeito.

No entanto, pude comprovar que a SAE não vem sendo operada de forma a produzir a qualidade da assistência e a garantir a segurança do paciente dentro da perspectiva do SUS, nem vem sendo discutida e avaliada entre os enfermeiros no âmbito da assistência e da gestão do cuidado na UTI.

Pretende-se socializar os resultados obtidos com esse estudo tanto para a comunidade científica como para os profissionais que produzem o cuidado na UTI, a fim de somar esforços para a investigação da temática e propor soluções para os problemas encontrados, de modo que a SAE venha a ser aplicada como ferramenta que proporcione a qualidade do cuidado e a segurança do paciente crítico.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O Saber de Enfermagem e Sua Dimensão Prática**. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 1989, 128p.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997, 295p.
- ALVES, A.R.; LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.4, p. 649-55, 2008.
- ATRUPEL, T.C.; MELER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERRUZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2010.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284p.
- _____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**. São Paulo, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARNUM, B.J.S. **Nursing theory analysis: application evalaution**. 5 ed. New York: Lippincott Company, 1998, 280p.

BARRA, D.C.C.; SASSO, G.T.M.D.; MONTICELLI, M. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa para enfermeiros. **Rev. eletrônica enferm**, v.11, n. 3, p. 579-89, 2009.

BAUER, M.W. **Análise de conteúdo clássica: uma revisão**. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.189-217.

BITTENCOURT, G.K.G.D.; CROSSETTI, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 341-7, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Resolução COFEN nº 293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [citado 2006 Out]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. Parecer nº3, de 7 de novembro de 2001 – institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 2001.

BRASIL. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 fev. 2010.

BRITO, C. M. Monitorização Hemodinâmica Invasiva In: PADILHA, K. G.; VATTIMO, M. F. F.; da SILVA, S. C.; KIMURA, M. Enfermagem em UTI: Cuidando do Paciente Crítico. 1. ed. Barueri, São Paulo: Editora Manole. 2010. p. 245-81.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** 22 ed. São Paulo: Cultrix;1999, 444p.

CARRARO, T.E.; KLETEMBERG, D.F.; GONÇALVES, L.M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n.5, p. 499-501, 2003.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 13ª ed. Artmed. 2011. 1026 p.

CARVALHO, V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 420-8, 2003.

CAVALCANTE, T.F.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M.V.O. Demographic factors and risk indicators of stroke: comparison between inhabitants of Fortaleza municipal district and the national profile. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.4, p. 703-8, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. Indicadores e dados básicos para a saúde. 2005. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=136&Itemid=278>. Acesso em: 16/11/2012.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Dochterman, J.M. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

CHAVES, L. D. **SAE – Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. Editora: Martinari, 2009.

CHAVES, L.D.P.; LAUS, A.M.; CAMELO, S.H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):671-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>.

CORBELLINI, V.L.; SANTOS, B.R.L.; OJEDA, B.S.; GERHART, L.M.; EIDT, O.R.; STEIN, S.C.; MELLO, D.T. Nexos e desafios na formação do profissional enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.4, p. 555-60, 2010.

COSTA, S.P.; PAZ, A.A.; SOUZA, E.N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 62-9, 2010.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN no 272/2002. Art. 1º: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 outubro 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.

CROSSETTI, M.G.O.; RODEGHERI, M.; D'ÁVILA, M.L.; DIAS, V.L.M. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.55, n.6, p. 705-8, 2002.

CRUZ, A.M.P.; ALMEIDA, M.A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** v. 44, n. 4, p. 921-7, 2010.

CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, 9 telas, 2010.

D'INNOCENZO, M.; FELDMAN, L.B.; FAZENDA, N.R.R.; HELITO, R.A.B.; RUTHES, R.M. **Indicadores, Auditorias, Certificações – Ferramentas de qualidade para Gestão em Saúde**. São Paulo: Martinari; 2006.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 1, p. 84-8, 2006.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. **Health Administration Press**, p. 77-125, 1980.

DONABEDIAN, A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? **Milbank Mem Fund Quart**, v.44, p. 167-70, 1986.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. **Rev Calidad Asistencial**, v.16, p. 11-27, 2001a.

DONABEDIAN, A. La Calidad de la Atención Médica. **Rev Calidad Asistencial**, v.16, p. 529-538, 2001b.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4.ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2009, 2120p.

FERREIRA, M. de A. A autonomia no cuidado: questões éticas implicadas na relação entre a enfermeira e o cliente hospitalizado. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 15.; JORNADA NAC. HISTÓRIA ENF., 11.; ENCONTRO NAC. FUNDAMENTOS CUID. ENF., 8., 2008, [S.l.]. **Apresentação...** [S.l.], 2008a.

_____. A interação como princípio fundamental para o exercício do cuidado: contribuição conceitual para os fundamentos da enfermagem. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 15.; JORNADA NAC. HISTÓRIA ENF., 11.; ENCONTRO NAC. FUNDAMENTOS CUID. ENF., 8., 2008, [S.l.]. **Apresentação...** [S.l.], 2008b.

FONTES, W.D.; LEADEBRAL, O.D.C.P.; FERREIRA, J.A. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. **Rev Rene.**, v. 11, n. 3, p. 86-94, 2010.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes e pensamentos nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev bras enferm**, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.

GAIDZINSKI, R.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem**. In: Kurcgant P, organizadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 91-6.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GUIMARÃES, E.M.P; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2. p. 25-33, 2010.

GOMES, V.L.O.; SCHUBERT BACKES, V.M.; SOUZA PADILHA, M.I.; CERAZ VAZ, M.R. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Educación, Medellín**, v.25, n.2, p. 108-115, 2007.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. 40 anos de história. Disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/>> Acesso em : 19/11/2012.

HOUAISS, A.; SALLES, V.M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001, 3000p.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p.379-84, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE. To err is Human: Building a safer Health System. Washington, D.C.: Nacional Academia Press, 1999.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Cuidado, as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 91-102.

LANG, N.M.; MAREK, K.D. The classification of patient outcomes. *Journal of Professional Nursing*, v. 6, p.153-163, 1990

LEADEBAL, O.D.C.P.; FONTES, W.D.; SILVA, C.C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 190-8, 2010.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001, 344p.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2a ed. Florianópolis (SC): Soldasof; 2006.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.1, p. 103-5, 2005.

LUIZ, F.F.; PADOIN, S.M.M.; NEVES, E.T.; RIBEIRO, A.C.; TRONCO, C.S. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf.**, n.12, v. 4, p. 655-9, 2010.

LUIZARI, M.R.F.; OHARA, C.V.S.; HORTA, A.L.M. Avaliando a aprendizagem do exame físico de enfermagem no contexto da semiologia pediátrica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 1, p. 66-71, 2008.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 21, n. 2, p.82-8, 2010.

MALUCELLI, A.; OTEMAIER, K.R.; BONNET, M.; CUBAS, M.R.; GARCIA, T.R. Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p.629-36, 2010.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENEZES, P.I.F.B; A D`INNOCENZO, M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p.571-7, 2013.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MILLENSON, M.L. Pushing the profession: how the News media turned patient safety into a priority. **Qual Saf Health Care**, v. 11, p. 57-63, 2008.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 244p

MOURA, A.C.F.; RABÊLO, C.B.M.; SAMPAIO, M.R.F.B. A prática profissional e metodológica assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 4, p. 476-81, 2008.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação - 1999-2000*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação - 1999-2000*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NASCIMENTO, C.C.P.; TOFFOLETTO, M.C.; GONÇALVES, L.A.; FREITAS, W.G.; PADILHA, K.G. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 4, p.746-51, 2008.

NETO, J.S.M. **Gestão do cuidado e educação permanente sob o paradigma da linguagem e do agir comunicativo**. In: Pinheiro R; Silveira R; Lofego J; Junior AGS; organizadores. Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

NEVES, R.S., SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. enferm.** v. 63, n. 2, p. 222-9, 2010.

NISHIDE, V. M.; MALTA, M. A.; AQUINO, K. S. Aspectos Organizacionais em UTI In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. 1. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000. p. 13-14 .

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2ª ed, ABEn, 2009. 232 p.

OLIVEIRA, E.B.; SOUZA, N.V.M. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 457-62, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 59ª Assembleia Mundial da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf/files/WHA59/A59/22-sp.pdf>> Acesso em: 15/08/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.

Ortells Abuye, N., Paguina Marcos, M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. **Revista electrónica trimestral de Enfermería**, n 26, 2012.

PAIXÃO TEIXEIRA, C.; SILVA, L.D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. **Enfermeria Global**, n.15, 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50421/48421>>. Acesso em: 18/11/12.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). In: Gadet F, Hak T, organizadores. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 2a ed. Campinas (SP): Ed Unicamp; 1993. p.61-105.

PEDREIRA MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n.esp, p.880-1, 2009.

PENAFORTE, M.H.O.; MARTINS, M.M.F.P.S. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.1, [09 telas], 2011.

PEREIRA, M.J.B., FORTUNA, C.M., MISHIMA, S.M., ALMEIDA, M.C.P., MATUMOTOIET, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**, v.62, n. 5, p.771-7, 2009.

PIMPÃO, F.D.; LUNARDI FILHO, W.D.; VAGHETTI, H.H.; LUNARDI, V.L. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 18, p. 405-10, 2010.

PINHEIRO, R. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidar do cuidado**: responsabilidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2008.

Portaria Nº 002/2008, ABEn Nacional, Gestão 2007/2010. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/images/conteudo/PORTARIA_002.pdf

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Executiva Regional II. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>> Acesso em: 24/11/2012.

PUNTEL, M.C.P., MISHIMA, S.M., PEREIRA, M.J.B., PALHA, P.F., VILLA, T.C.S.V., FORTUNA, C.M., MATUMOTO, S. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev Bras Enferm.** v. 62, p.748-52, 2009.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2007. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=179&Itemid=7> Acesso em 24/11/2012

RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 – Revogada pela Resolução Cofen nº 358/2009 | Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html> Acesso em: 01/11/12.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 | Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html> Acesso em: 01/11/12.

SANTOS, V.E.P.; RADÜNZ, V. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. **Rev. enferm. UERJ**; v. 19, n. 4, p.616-20, 2011.

SATURNO, P.J. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importância para los programas de gestión de la calidad. Manual del Master em gestión de la calidad em los servicios de salud. Módulo 1: CONCEPTOS BÁSICOS, p 15. 2008.

SEGOVIANO, M.R. Siete Pasos Reino Unido. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponível em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/PlanCalidadSNS/pdf/excelência/opsc_SP5.pdf> Acesso em: 16 08 2012

SCHOUT, D.N.; NOVAES, H.M.D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.935-944, 2007.

SILVA, F.S. Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em unidade de terapia intensiva: necessidades de acolhimento e informações sobre saúde. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ; 2008.

SILVA, F.S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n. 2, p. 230-235, 2010.

SILVA, R.S.; SANTOS, M.H.E.R. Sistematização da assistência de enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro. **Nursing**. v. 36, p. 435-42, 2009.

SILVA, R.C.L.; PORTO, I.S.; FIGUEIREDO, N.M.A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n. 1, p.156-59, 2008.

SILVA, M.F.; CONCEIÇÃO, F.A.; LEITE, M.M.J.. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.32, n.1, p.47-55, 2008.

SILVA, R.S.; PEREIRA, A.; RIBEIRO, A.G.; MARINHO, C.M.S; CARVALHO, I.S.; RIBEIRO, R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 267-73, 2012.

SIMÕES E SILVA, C.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; ÉVORA, Y.D.M. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.2, p. 263-71, 2009.

SIVIERO, I.M.P.S.; TOLEDO, V.P.; FRANCO, D.A.S. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **Rev Enferm UERJ**, v.10, n.2, p.90-3, 2002.

STEFANELLI, M.C. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993.

TAKAHASHI, A.A.; BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J.L.M.; SOUZA, M.F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 1, p. 32-8, 2008.

TRIVINOS, A.N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992 (1987).

TRUPPEL, T.C.; MEIER, M.J.; CALIXTO, R.C.; PERUZZO, A.S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm.** v. 62, p.221-7, 2009.

UCHINO, K.; PARY, J.; GROTTA, J. **Acidente vascular encefálico**. University Texas-Houston Stroke Team. Rio de Janeiro: Revinter, 2008, 225 p.

VICTOR, M.; ROPPER, A.H. **Principles of neurology**. 7 ed. New York: Mcgraw-Hill professional, p. 468-72, 2000.

WALDOW, V.R. **Cuidado humanizado: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998, 202p.

WALDOW, V.R. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006, 190p.

WARLOW, C.; SUDLOW, C.; DENNIS, M.; WARDLAW, J.; SANDERCOCK, P. Stroke. **The Lancet**, v.362, p. 1211-24, 2003.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Revised Edition. Colorado: University Press of Colorado, 2008, 177p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. 2005. Geneva. Disponível em : <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf>. Acesso em: 13/11/12

ZOBOLI, E. Cuidado: praxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DOS ENFERMEIROS DA REDE SUS QUE ATUAM NA UTI**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Enfermeiros da rede SUS

O estudo pretende contribuir com a segurança do paciente e produção do cuidado clínico de enfermagem na perspectiva do SUS, e foi extraído do projeto de pesquisa intitulado Segurança do paciente e qualidade da gestão do cuidado em enfermagem: avaliação da estrutura, processos e resultados/CNPq, coordenado pela Prof^a Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas da UECE.

A pesquisa tem como objetivo: compreender a produção do cuidado clínico de enfermagem ao paciente em unidade de terapia intensiva na perspectiva do SUS; avaliar a sistematização da assistência para a produção do cuidado clínico de enfermagem e segurança ao paciente; descrever a estrutura relacionada à produção do cuidado de enfermagem; apreender a percepção dos enfermeiros sobre o processo de cuidado com Sistematização da Assistência de Enfermagem, e mapear os elementos interferentes na produção do cuidado de enfermagem na contribuição dos resultados do processo e gestão do cuidado.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: questionário, observação sistemática do cuidado de enfermagem na Unidade e levantamento documental, com a utilização de dados e registros nos prontuários.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos profissionais e gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Pesquisadora: Natália Pimentel Gomes Souza Tel. (85) 88094289 ou (85) 97744458

Fortaleza, CE, ___/___/___.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
E A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

EU, _____, aceito
participar da pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Fortaleza, CE, __/__/__

Ass./Rubrica do Participante

Ass. do Pesquisador

**APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DOS
PACIENTES INTERNADOS NA UTI**

Planilha “Ad hoc”

nº _____

1. Dados de identificação (nº prontuário: _____/nº leito: _____)

- 1.1. Nome:
1.2. Idade:
1.3. Sexo: ()F ()M
1.4. Diagnóstico de internação atual:
1.5. Ocupação:
1.6. Logradouro: ()capital ()interior do Ceará ()outro estado
1.7. Renda:

2. Sobre a SAE (do dia anterior a coleta: (____/____/____))

- 2.1. Existe SAE? ()S ()N

3. Sobre o Histórico de Enfermagem

- 3.1. Existe o histórico de enfermagem? ()S ()N
3.2. Se realiza o histórico na admissão? ()S ()N
3.3. Existem falhas? ()S ()N
Se sim, quais? _____

4. Sobre os Diagnósticos de Enfermagem

- 4.1. Os DE estão identificados? ()S ()N
4.2. Seguem a planilha? ()S ()N
Se não, quais partes não seguem? _____
4.3. Existem DE identificados além dos que estão preestabelecidos no impresso?
()S ()N Se sim, quais? _____

5. Sobre as Intervenções de Enfermagem

- 5.1. Realiza aprazamento das atividades planejadas? ()S ()N ()em parte

6. Sobre os Resultados de Enfermagem

- 6.1. Os resultados estão estabelecidos? ()S ()N
6.2. Os resultados são medidos? ()S ()N
6.3. Por escala? ()S ()N

7. Sobre a Evolução de Enfermagem

- 7.1. Existem outros padrões nas evoluções que não se encaixam no impresso?
()S ()N Se sim, quais? _____
7.2. O enfermeiro na sua prática diária identifica os padrões alterados por meio de:
()Inspeção. Sistema: _____
()Palpação. Sistema: _____
()Percussão. Sistema: _____
()Ausculta. Sistema: _____
()Não cita
7.3. Existe abordagem das dimensões psico espirituais? ()S ()N

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADO COM OS
ENFERMEIROS DA UTI**

Identificação (Iniciais):

Idade:

Anos de graduação:

Tempo de atuação na unidade:

Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado
área _____

Data da entrevista:

Local:

- Fale sobre a produção do cuidado ao paciente nesta UTI. Relate como ocorre o cuidado ao paciente nesta unidade.
- Quais facilidades e dificuldades que você encontra nesse processo de cuidado?
- Fale como vem ocorrendo a SAE nesta unidade?
- Como você avalia a segurança do paciente nesta unidade?
- Como você relaciona a SAE com a segurança do paciente?
- Quais as suas sugestões para a melhoria do processo de cuidado em Enfermagem e SAE?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

- Quantitativo de profissionais de enfermagem e de apoio
- Momento do preenchimento da SAE pelos enfermeiros
- Conduta da equipe de enfermagem com o paciente
- Relacionamento terapêutico junto a familiares, acompanhantes e visitantes.
- Comunicação entre a equipe de enfermagem e multiprofissional

ANEXO A – FORMULÁRIO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DA UTI DO HGF



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - CTI



I. IDENTIFICAÇÃO

Hora: _____

Data: ____/____/____ Procedência (Leito de origem): _____

Nome: _____ Leito: _____

Idade: _____ Sexo: M () F () Religião: _____ Fone: _____

Profissão: _____ Diagnóstico médico: _____

II. ENTREVISTA

() Relato do paciente () Relato da família.- parentesco: _____

() Sem possibilidades de coleta

1. Alergias () Não () Sim (Medicamentos, Alimentação) _____

3. Deficiências:

() Auditiva () Visual () Locomoção () outras: _____

III. EXAME FÍSICO

1. Sinais Vitais:

Pressão Arterial: _____ Sat. O² _____ Temperatura: _____ Frequência

Cardíaca: _____ respiração: _____

2- Nível de consciência

() consciente () orientado () confuso () agitado () alerta () sonolento

() sedado () coma

ESCALA DE GLASGOW

Abertura ocular		Resposta verbal		Resposta motora	
Espontâneo	4	Orientado	5	Obedece às ordens	6
Atende ordem verbal	3	Confuso	4	Localiza a dor	5
Resposta a dor	2	Palavras inapropriadas	3	Retira membro, mas não localiza dor	4
Ausência de resposta	1	Sons incompreensíveis	2	Decorticação ao estímulo doloroso	3
		Ausência de resposta	1	Descerebração ao estímulo doloroso	2
				Ausência de resposta	1
TOTAL					

3. Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas

4. Couro cabeludo: () Sem alterações () Alopecia () Cicatriz () Pediculose

5. Olhos: () Sem alterações () Hiperemia () Uso de óculos/lente () Nistágno
 () Diplopia () Prótese globo ocular () Secreção () Edema palpebral () Icterícia
6. Nariz: () Sem alterações () Epistaxe () Obstrução () Tampões () Rinorragia
7. Pavilhão auricular: Acuidade auditiva: () Boa () Dificuldade () Ausente
 () Secreção () Sujidades () Deformidades () Lesões _____
8. Boca: () Normal () Hiperemia () Placas () Abscesso
 Dentição: () Completa () Incompleta () Próteses
9. Pele: () Sem alterações () Ictérica () Cianótica () Pálida () Corada
 () Hidratada () Desidratada () lesões: Quais? _____
10. Tórax: () Simétrico () Assimétrico () Deformidades
 Expansibilidade: () Normal () Alterada
 Mama () Simétrico () Assimétrico () Nódulos () Secreção mamilar
11. Coração:
 Frequencia cardíaca: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
12. Respiração: () Espontâneo () outros
 Padrão respiratório: () Eupneico () Bradpneico () Taquipneico
13. Abdome: () Plano () Distendido () Globoso () Timpânico
 () Gastrostomia () Jejunostomia () Colostomia () SNG () SNE
14. Sistema urinário: () SVD () Cistostomia () Urostomia () Diurese espontânea
15. Membros: () Edema () Plegia () Tremores () Próteses ()
 Deformidades _____

16. Genitália: () Sem alteração

OBS: _____

UPP

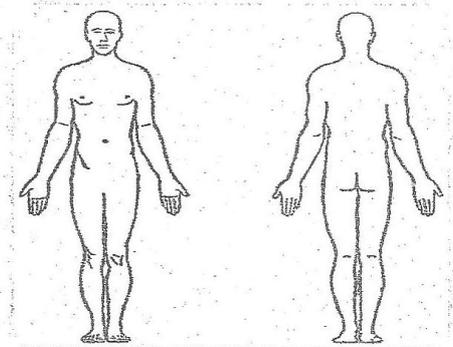
MARCAR →

Incisão cirúrgica

acesso venoso

Drenos

OBSERVAÇÕES: _____



ANEXO B – FORMULÁRIO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI DO HGF

HOSPITAL
GERAL
INFÂNCIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM- HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - UTI(s)



DATA: / /		PACIENTE:		LEITO:		PRONTUÁRIO:	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	ATIVIDADES	APRAZAMENTOS	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM		
1. Padrão respiratório ineficaz, relacionado a: dor (), fadiga da musculatura respiratória (), distúrbio neuro muscular (), hiperventilação (), síndrome da hipoventilação (), dano cognitivo /percepção ()	Assistência Ventilatória	1. Manter vias aéreas permeáveis 2. Posicionar paciente para alívio da dispnéia 3. Monitorar gasometria arterial 4. Encorajar respiração profunda 5. Auscultar sons respiratórios 6. Iniciar e manter O2 suplementar. 7. Assistir durante intubação 8. Fixar o tubo		Estado respiratório: ventilação 1. Estabelecer/ manter padrão respiratório eficaz com ausência de retrações/uso de musculatura acessória, cianose; gasometria/ saturação de O2 dentro da faixa aceitável. 2. Participar do desmame (conforme capacidade individual)			
2. Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionado a: secreções retidas (), via aérea artificial (), disfunção neuromuscular (), asma (), doença pulmonar obstrutiva crônica (), infecção ()	Monitoração Respiratória	1. Remover secreções, encorajando o tosse ou aspirando 2. Realizar aspiração endotraqueal 3. Trocar a fixação do TOT/TQT diariamente 4. Monitorar estado respiratório 5. Administrar aerosol /nebulização 6. Posicionar o paciente lateralmente para prevenir aspiração		Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas 1. Manter via aérea permeável sem ruídos adventícios 2. Expectorar/limpar as secreções e estar livre de aspiração			
3. Risco de integridade da pele prejudicada relacionada a: extremo de idade (), umidade (), circulação alterada (), estado nutricional desequilibrado (), imunência óssea (), medicamentos ()	Supervisão da Pele	1. Investigar áreas de hiperemia e ruptura da pele 2. Monitorar área de pressão/atribo 3. Inspeccionar ressecamento e umidade excessivos da pele 4. Examinar a presença de eliminação fisiológicas/fisiológicas (urinária, drenos e outros) 5. Fazer mudanças de decúbito		Integridade tissular: pele e mucosas 1. Manter a integridade da pele e mucosas			
4. Integridade da pele prejudicada relacionado a: circulação alterada (), estado nutricional desequilibrado (), proeminência óssea (), medicamentos (), umidade (), extremo de idade ()	Cuidados com Lesões	1. Avaliar e Registrar o local e aspecto da lesão 2. Fazer a troca de curativo 3. Remover a fixação do curativo sem causar trauma 4. Limpar a lesão com SF 5. Manter técnica asséptica 6. Aplicar cobertura apropriada ao estágio da lesão		Cicatrização de feridas: segunda intenção 1. Aliviar conveniente cicatrização da ferida livre de complicações			

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES	APRAZAMENTOS	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Déficit no autocuidado:</p> <p>para banho / higiene relacionado a arestas ambientais ()</p> <p>rejuízo cognitivo/perceptivo ()</p> <p>rejuízo neuromuscular ()</p>	<p>Banho</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar higiene ocular/oral 2. Barbear quando indicado 4. Banhar com água morna 5. Monitorar a condição da pele 6. Secar e hidratar a pele (hidratar + te) 7. Proteger a intimidade do paciente 8. Manter lençóis esticados 		<p>Nível de conforto e segurança</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar conforto livre de riscos e danos durante o banho 	
<p>Perfusão tissular: ineficaz:</p> <p>anal/cerebral/gastrointestinal</p> <p>erfúrio relacionada a:</p> <p>iminuição de Hb ()</p> <p>entilação/perfusão ()</p> <p>ipovolemia ()</p> <p>ierupção do fluxo sanguíneo ()</p> <p>entilação/perfusão ()</p> <p>ipoventilação ()</p>	<p>Controle hidroeletrólítico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar sinais vitais 2. Avaliar perfusão periférica 3. Manter registro do balanço hídrico 4. Manter registro do balanço hídrico 5. Avaliar extremidades inferiores 6. Monitorar eletrólitos séricos 7. Monitorar estado neurológico 8. Avaliar pupilas 9. Manter a cabeça em linha média 10. Hiperoxigenar o paciente antes da aspiração traqueal 11. Elevar a cabeceira à 30° 		<p>Hidratação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manter equilíbrio hídrico (débito urinário adequado/sinais vitais estáveis enchimento capilar imediato) Estado circulatório 1. Apresentar melhora da perfusão tissular(pulsos periféricos fortes, pele aquecida/seca) Condição neurológica 1. Apresentar sinais vitais estáveis e ausência de sinais de aumento/PIC 	
<p>Dor aguda relacionado a:</p> <p>gentes lesivos ()</p> <p>irímicos ()</p> <p>isões ()</p> <p>isicológicos ()</p> <p>iológicos ()</p>	<p>Promoção da perfusão cerebral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar sinais vitais 2. Documentar a eficácia e os efeitos colaterais/adversos da analgesia 4. Utilizar terapia não farmacológica no controle da dor 		<p>Nível de dor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar alívio/controle da dor 2. Paroecer relaxado, capaz de repousar/dormir. 	
<p>Risco de infecção relacionado a:</p> <p>solução de continuidade da pele ()</p> <p>stase dos líquidos corporais ()</p> <p>resença de contaminantes ()</p> <p>xposição ao ambiente ()</p> <p>ecidos traumatizados ()</p> <p>rocedimentos invasivos ()</p>	<p>Controle da infecção</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assegurar precauções padrão 2. Obter amostras para culturas 3. Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente 4. Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas 		<p>Controle da infecção</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar fatores de risco individuais e intervenções para reduzir o potencial para infecção. 2. Manter ambiente asséptico seguro 	
<p>Nutrição: desequilibrada:</p> <p>menos que a necessidade cor-oral relacionado à:</p> <p>ncapacidade de ingerir/digerir alimentos ()</p> <p>ncapacidade de absorver nutrientes ()</p> <p>demanda metabólica elevada ()</p>	<p>Terapia nutricional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auscultar sons intestinais 2. Monitorar drenagem da SNG 3. Monitorar a ingestão e eliminação 4. Manter cabeceira a 30° 5. Verificar resíduo gástrico antes da dieta 6. Administrar a dieta em BIC 7. Lavar sonda de 40 ml de água após dieta 8. Manter cuff insuflado 		<p>Estado nutricional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstrar progressão em direção ao ganho de peso desejável ou manutenção do peso, como apropriado individualmente. 	