

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA ÁREA DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

*Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz**
*Floracy Gomes Ribeiro***
*Vanderli de Oliveira Dutra****
*Liris Therezinha Caracciolo*****

CRUZ, D. de A.L.M. da; RIBEIRO, F.G.; DUTRA, V. de O.; CARACCILO, L.T. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação da saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 21(nº/especial):68-76, 1987.

I — Introdução

A atual situação da enfermagem exige que o profissional se fundamente cientificamente e que sua atuação deixe de ser empírica e intuitiva. Exige também que, como profissional, o enfermeiro defina e assuma o seu papel e responsabilidade na assistência que presta ao paciente.

A sistematização da assistência da enfermagem tem sido vista como uma das formas de se atender a essas exigências. Tem como finalidade organizar as ações do enfermeiro através da metodologia de resolução de problemas.

Tal organização permite uma abordagem global e personalizada do paciente, impele o enfermeiro a responsabilizar-se pela assistência no que se refere à enfermagem e favorece o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

O principal enfoque sobre o assunto, na literatura brasileira de enfermagem, é fornecido por HORTA⁶ que propõe uma metodologia de assistência baseada na "Teoria das Necessidades Humanas Básicas" e conceitua processo de enfermagem como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas visando a assistência ao ser humano.

Várias propostas de modelos para a sistematização da assistência de enfermagem referem-se a tentativas de aplicação prática da metodologia proposta por Horta⁶.

Conforme DANIEL², a sistematização da assistência de enfermagem consiste na elaboração de um planejamento terapêutico das ações utilizando essencialmente os elementos da metodologia científica, não

* Enfermeira Encarregada - Educação Continuada — Instituto do Coração HC-FMUSP.

** Enfermeira Chefe — Instituto do Coração HC-FMUSP.

*** Assistente da Diretoria Executiva — Instituto do Coração HC-FMUSP.

**** Diretora da Divisão de Enfermagem — Instituto do Coração HC-FMUSP.

importando “o quão simplificado seja o plano de cuidados, desde que conduza a atender as necessidades específicas dos indivíduos entregues à responsabilidade do enfermeiro”.

Muitos esforços se têm realizado com o objetivo de implantar uma metodologia de assistência de enfermagem, visando propiciar melhor assistência aos indivíduos que a ela se submetem, mas são esforços isolados que ainda não estão incorporados ao fazer do enfermeiro.

É importante que cada serviço faça proposta, aplicação e avaliação de modelos* de sistematização da assistência de enfermagem, de acordo com as condições existentes.

O planejamento da assistência foi considerado uma das condições necessárias para implantação dos Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde¹, determinados em 1977 por um grupo de enfermeiros representando a enfermagem brasileira, criado pelo Ministério da Saúde e pela área V da OPAS — OMS no estado de São Paulo. Foram, então, elaborados por representantes da área de ensino e da assistência de Projetos de Implantação dos Padrões da Saúde⁴ e um deles refere-se ao Planejamento da Assistência de Enfermagem.

Esse projeto foi desenvolvido tendo como objetivo, entre outros, implantar planejamento da assistência, de forma que se aplicasse ao ensino e à assistência, identificando as forças restritivas e propulsoras à essa implantação³.

O Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor — HC-FMUSP) foi campo para o desenvolvimento desse projeto e, a participação de um professor do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina permitiu que fossem considerados aspectos relacionados ao ensino do planejamento da assistência.

Desde a elaboração do modelo houve a participação de enfermeiros da instituição e cada fase foi estudada em função das condições existentes, tanto quanto a pessoal como quanto a material, rotinas e estrutura organizacional da Divisão de Enfermagem e do InCor — HC-FMUSP, foram escolhidas as unidades de internação de adultos e pediátricas e unidades de terapia intensiva, com o objetivo de verificar a aplicabilidade do modelo.

II — *Elaboração do Modelo*

A determinação das fases da sistemática de assistência, assim como a relação entre elas teve como fundamento os trabalhos de Horta⁶, as abordagens de DANIEL² sobre o planejamento de enfermagem e de WEED⁸ sobre o prontuário orientado para problemas.

De acordo com a teoria acima e condições do serviço, estabeleceram-se as seguintes fases: histórico de enfermagem com listagem de iden-

* Modelo — utilizado como o significado de “impresso com dizeres apropriados para cada fim, utilizado em escritórios, empresas, bancos, etc.⁵

tificação de problemas, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e anotações de enfermagem. Estas fases são interrelacionadas da seguinte maneira: o histórico de enfermagem é feito na internação do paciente cujos problemas são identificados e listados em impresso próprio. A partir dos problemas listados é feita a prescrição de enfermagem, que também inclui as ações de enfermagem que não se referem aos problemas, mas que sejam indicadas pelo enfermeiro. Diariamente é feita a evolução de enfermagem em função das reações do paciente às ações de enfermagem prescritas e implementadas. Para a evolução, o enfermeiro realiza a visita ao paciente, que inclui um exame físico dirigido à sua situação específica, verifica a ocorrência de novos problemas e a resolução dos anteriores, reportando-se à listagem de problemas para atualizá-la, o que gera nova prescrição de enfermagem.

As anotações de enfermagem referem-se aos registros feitos por todos os elementos de enfermagem sobre condições dos pacientes e procedimentos realizados com ele, por ele e todas as intercorrências. Considera-se também anotações, as "checagens" que são feitas na prescrição de enfermagem.

Os instrumentos para aplicação da sistemática proposta foram elaborados especificamente para a instituição, considerando suas peculiaridades e possível aplicabilidade do ensino.

1. *Histórico de Enfermagem*

"O Histórico de Enfermagem consiste no levantamento sistemático de informações do paciente, família e comunidade e observações feitas através do exame físico."

Características:

- A aplicação é de competência exclusiva do enfermeiro na sua totalidade;
- deve ser assinado e carimbado (COREn);
- deve ser executado até 24 h após a internação;
- deve ficar no prontuário do paciente.

2. *Elenco de Problemas*

A partir do histórico de enfermagem, dos registros já existentes e da evolução de enfermagem dos pacientes, são listados em impresso próprio os problemas identificados.

Conforme HORTA⁶, problema "é todo sinal ou sintoma que manifestam uma necessidade básica" e conforme DANIEL² é uma "condição do paciente ou sua família que pode ser auxiliado pelo enfermeiro através de sua atuação profissional; é toda situação que requer atendimento à necessidade". Problema é uma situação difícil que requer atendimento e não deve ser confundido com termos como: "banho", "prótese", "dieta", "paciente acamado", "dreno"; estes exemplos não são problemas mas recomendações.

Constituem problemas quando existe alguma situação difícil relacionada a estes. Assim sendo, recomenda-se o uso de um termo descritivo para esclarecer a natureza e localização do problema.

Características:

- o registro dos problemas é de competência exclusiva do enfermeiro;
- deve ser anotada a data de identificação do problema e indicado seu número de ordem;
- deve ser indicada a ação a ser desempenhada para cada problema (FAZER, AJUDAR, ORIENTAR, SUPERVISIONAR OU ENCAMINHAR);
- deve ser indicada a data de início da ação, isto é, do dia em que houve prescrição para o problema e a data de fim do problema, através de análise diária do Elenco de problemas de cada paciente;
- deve ficar no "Kardex" junto com a prescrição de enfermagem;
- Deve ser atualizado continuamente.

3. *Prescrição de Enfermagem*

A prescrição de enfermagem consiste na recomendação dos cuidados que devem ser dispensados pela equipe de enfermagem, com base na determinação prévia dos problemas elencados e classificados ou apenas em situações especiais dos pacientes, não caracterizados como problema", mas que requerem cuidados de enfermagem, com base na limitação que a própria patologia condiciona.

Características:

- sua elaboração é de competência exclusiva do enfermeiro;
- diária e ininterrupta;
- preferencialmente matinal;
- devem ser utilizados verbos indicando ação;
- deve conter assinatura e COREn do enfermeiro, data e hora;
- deve ficar no "Kardex" de prescrição de enfermagem junto com o elenco de problemas;
- deve ser checada pelos Auxiliares, Atendentes e Enfermeiros conforme a competência de cada elemento e a realização da ação;
- deve ser realizada sempre após a evolução de enfermagem, exceto na admissão do paciente.

A prescrição de enfermagem tem como recursos para sua elaboração a evolução de enfermagem, o elenco de problemas, as anotações e prescrição de enfermagem do dia anterior, a prescrição médica, grá-

fico de sinais vitais, folha de balanço, solicitações de exames e basicamente, a visita diária da paciente, além das informações de passagem de plantão.

4. *Evolução de Enfermagem*

Conforme HORTA ⁶, evolução “é o relato diário ou periódico das mudanças que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. É uma síntese da avaliação da prescrição de enfermagem”.

A evolução de enfermagem deve referir-se a todos os itens da prescrição de enfermagem e deve conter os novos problemas identificados a partir da visita diária.

Uma vez identificados, os novos problemas além de constarem na evolução, devem ser registrados no impresso de elenco de problemas.

Características:

- seu registro é de competência exclusiva do Enfermeiro;
- deve ser datada, assinada e idnicar o horário;
- deve referir-se a todos os itens da prescrição anterior;
- deve ser realizada antes da prescrição de enfermagem;
- deve ser feita na coluna própria do impresso único de evolução, prescrição e anotações.

4.1. *Visita diária feita pelo Enfermeiro*

A visita diária tem por finalidade avaliar a reação do paciente à assistência prestada e verificar a ocorrência de situações significativas para a adequação da prescrição de enfermagem. O Enfermeiro utiliza o seguinte roteiro, aprofundando-se mais ou menos em cada item conforme a situação do paciente exigir.

- a) observar condições de higiene;
- b) perguntar sobre o sono e repouso;
- c) perguntar sobre a alimentação;
- d) observar o nível de consciência;
- e) examinar: pele, anexos e músculo — esquelético;
- f) examinar: olhos, ouvidos, nariz e boca;
- g) examinar e ou perguntar sobre aparelho digestivo e eliminações;
- h) examinar e ou perguntar sobre aparelho cárdio-respiratório (tose, respiração, expectoração, arritmia);
- i) perguntar e examinar aparelho gênito-urinário (alimentação, menstruação, dor, secreções);

- j) obter dados sobre preocupações, ansiedades, adequação ao hospital, recreações e outros.

De acordo com as condições do paciente e com a avaliação do enfermeiro, o momento da visita é utilizado para fazer as orientações necessárias.

Novos problemas identificados ou fim de problemas já trabalhados são registrados no elenco de problemas, o que, por sua vez, altera a prescrição de enfermagem.

5. *Anotações de Enfermagem*

A anotação de enfermagem é dever de todo pessoal de enfermagem, conforme as disposições legais para o exercício da enfermagem. OGUISSO⁷ afirma que o conteúdo das anotações “não é só das coisas essenciais ou das julgadas importantes, mas de tudo que se relacionar com o doente e a enfermagem”, o que inclui “dados da identificação do paciente, aspectos sócio-culturais e psico-físicos, cuidados prestados, resultados da observação sistematizada, sem exageros e omissões quanto a evolução da doença, bem como quaisquer intercorrências havidas”.

Este conceito abrange os registros a serem feitos em todas as fases da sistemática de assistência. Porém, para distinguir os registros feitos por todos os elementos da equipe de enfermagem daqueles de competência exclusiva do enfermeiro, consideramos anotações de enfermagem o registro de todos os elementos da equipe de enfermagem sobre todos os cuidados prestados, sobre as observações feitas, sobre as informações prestadas pelo paciente e sobre as intercorrências e impossibilidade de prestar algum cuidado prescrito.

Características

- é obrigação legal de todo pessoal de enfermagem,
- toda anotação deve ser feita imediatamente após a realização do cuidado ou da observação e deve conter:
 - data e horário;
 - registro das observações feitas;
 - registro das necessidades sentidas e identificadas pelo paciente (informação do paciente);
 - registro das providências tomadas, das atividades realizadas do que foi feito com ou para o paciente;
 - registro dos encaminhamentos e intercorrências;
 - assinatura (rubrica) do funcionário que anotou;
- É atividade de todos os elementos da equipe de enfermagem.
- Deve ser feita 24 horas do dia.

- Deve traduzir as situações reais.
- Deve ser feita no local próprio do impresso da evolução, prescrição e anotações.
- São consideradas anotações as checagens das prescrições médicas e de enfermagem.

Itens que devem ser anotados:

- a) cuidados de higiene;
- b) aceitação de dietas;
- c) encaminhamentos feitos;
- d) intercorrências com o paciente;
- e) intercorrências durante a prestação de algum cuidado prestado;
- f) impossibilidade de se prestar algum cuidado prescrito;
- g) nota de admissão;
- h) nota de transferência;
- i) nota de alta;
- j) nota de óbito.

III — *Controle da Sistemática de Assistência de Enfermagem*

Desde a sua implantação em 1983 a Sistemática de Assistência de Enfermagem (S.A.E.) tem sido avaliada continuamente e a divisão de enfermagem tem formulado estratégias para guiar, incentivar e supervisionar a execução desta sistemática a fim de atingir eficiência na aplicação do modelo. Como estratégia utilizamos relatórios diários dos históricos realizados e não realizados, estudos mensais sobre assistência de enfermagem a pacientes das diversas unidades, onde há oportunidade para discussões sobre a operacionalização das fases e condutas de enfermagem. Há um formulário específico para análise de prontuários que permite avaliar o interrelacionamento das fases, preenchimento de itens no histórico, total de itens prescritos, em que área de necessidade o paciente recebe maior número de ações, e outros, porém ainda não nos permite a avaliação das condutas de enfermagem. Acreditamos também que o envolvimento do enfermeiro-chefe deve ser direcionado para uma observação direta e constante da sistemática, orientando e estimulando os enfermeiros para sua execução. Com isso verificamos um aperfeiçoamento na aplicação do processo bem como o desenvolvimento profissional do enfermeiro.

IV — *Situação Atual da Sistemática de Assistência de Enfermagem* — *SAE*

Nestes anos de aplicação do modelo, temos observado e confirmado os pontos positivos descritos pela literatura e experimentado outros. O paciente recebe maior número de ações de enfermagem e é atendido

de forma individualizada. A melhor qualidade e quantidade de registros de enfermagem desperta em outros membros da equipe multiprofissional o interesse e necessidade de consultá-los.

Temos observado o interesse de escolas em utilizar nosso campo para estágio, pois a integração da prática com o ensino teórico favorece o aprendizado. Observamos também a necessidade e interesse de enfermeiros em aprofundar seus conhecimentos científicos a fim de direcionar melhor as ações de enfermagem. Contamos com a colaboração de outros serviços como o Serviço de Arquivo Médico e Estatística na conferência de prontuários além da exigência de histórico e prescrição de enfermagem para liberação do paciente no momento de alta hospitalar.

As dificuldades também estão presentes, São obstáculos, porém, não intransponíveis. Identificá-las, ajuda-nos a propor mudanças para aperfeiçoamento de nossas atividades. Muitas vezes o enfermeiro não realiza o histórico no momento da admissão, por razões justificáveis ou não. Existe uma dificuldade geral na atualização do elenco de problemas, porém encontramos casos isolados de enfermeiros que atualizam os elencos diariamente segundo as orientações, mantendo as fases interrelacionadas. Um questionamento para o que ainda não temos respostas ou não queremos aceitá-las é: por que alguns conseguem realizar a operacionalização proposta com interesse e outros colocam obstáculos infinitos para realizá-la? Desinteresse? Falta de conhecimento científico? Não acreditam ser esta a melhor maneira de trabalhar com o paciente? Acham excesso de registro?

Percebemos também que enfermeiros recém admitidos sentem dificuldades na aplicação da SAE: parece-nos que poucos enfermeiros têm uma formação dirigida para trabalhar com uma metodologia de assistência, ainda não existe intimidade do enfermeiro com a sistematização da assistência, talvez pela falta de oportunidade de ter vivenciado a aplicação da teoria.

Vencendo a barreira da operacionalização do modelo, vamos nos deparar com a qualidade do conteúdo, com as ações e condutas de enfermagem. Ainda não temos segurança em definir condutas para os problemas levantados, e muitas vezes as prescrições ficam na ação "observar". Sentimos necessidade de desenvolver nosso conhecimento para que possamos associar o saber teórico ao saber prático favorecendo a escolha da melhor solução para os problemas levantados.

Sabemos que o processo de desenvolvimento do enfermeiro com relação a S.A.E. não ocorrerá da noite para o dia; sua base está na formação do enfermeiro e seu sucesso dependerá do interesse da administração dos Serviços de Enfermagem e apoio Administrativo.

CONCLUSÃO

A sistematização da assistência de enfermagem permite baseá-la em método próprio, utilizando uma abordagem mais personalizada para o

paciente, o que lhe assegura melhor qualidade de assistência, através de planejamento, implantação e avaliação, além de favorecer o desenvolvimento técnico-científico da enfermagem.

A sistemática da assistência de enfermagem no InCor — HC-FMUSP foi implantada em 1983 e tem merecido constantes avaliações para seu aperfeiçoamento.

Além de favorecer o desenvolvimento da enfermagem da Instituição, permite que estudantes de enfermagem vivenciem o trabalho sistematizado, diminuindo assim a distância entre a teoria e a prática, o que traz vantagens para o ensino e para a assistência.

A sistematização da assistência deve ser considerada fundamental para a organização de serviços de enfermagem, pois além de nortear a caracterização dos recursos materiais e humanos facilita a avaliação da assistência prestada, o que permite verificar o alcance dos Padrões Mínimos de Assistência, oferecendo subsídios aos indicadores de custos e rendimentos, indicando também áreas que eventualmente requeiram aprimoramento.

Além de retratar a qualidade do atendimento que é dado ao paciente, acreditamos que a sistematização da assistência de enfermagem reflete o grau de preparo da equipe; favorece a continuidade do trabalho, tanto nos diferentes plantões quanto nas diferentes áreas onde o paciente é assistido na Instituição de acordo com a complexidade requerida. Permite também, a coleta de dados e análise estatística; fornece elementos para pesquisa de enfermagem; é um instrumento de supervisão; contribui para a orientação de funcionários novos e alunos de cursos de enfermagem; subsidia a administração do serviço de enfermagem, auxilia os elementos da equipe da saúde no desenvolvimento de suas funções.

É fundamental que enfermeiros, docentes e assistenciais e alunos de enfermagem experimentem e pesquisem sobre o trabalho sistematizado para que o mesmo seja aprimorado e incorporado à prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Padrões de assistência de enfermagem na recuperação da saúde: informe final*. Brasília 1977.
2. DANIEL, L. *A enfermagem planejada*. São Paulo, EPU, 1981.
3. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. *Planejamento da assistência de enfermagem: implantação em uma unidade de recuperação da saúde*. São Paulo, 1983.
4. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. *Projetos de implantação dos padrões de assistência de enfermagem à comunidade na recuperação da saúde*. São Paulo, 1980.
5. FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, A.d.
6. HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU, 1979.
7. OGUISSO, T. *Os aspectos legais da amotação de enfermagem no prontuário do paciente*. São Paulo, 1975. 116 p. (Tese de Docência-Livre, Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ).
8. WEED, L.L. Medical records that guide and teach. *New Engl. J. Med.* Boston, 27(8): 593-600, 1969.