

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INSTITUTO "DANTE PAZZANESE" DE CARDIOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vera Lúcia Regina Maria *

Adria Marli de Camargo Dias **

Célia Hiromi Shiotsu ***

Fernanda Anajas Caldas Farias ****

MARIA, V.L.R.; DIAS, A.M. de C.; SHIOTSU, C.H.; FARIAS, F.A.C. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia: relato de experiência. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo 21(nº/especial):77-87, 1987.

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia de São Paulo foi implantada em 1979, fluindo da crença do Serviço, cuja filosofia implícita reconhece e acredita na integração das áreas de assistência, ensino e pesquisa, para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada na Instituição. Esta filosofia se faz sentir nas ações do grupo de trabalho de enfermagem:

- pela responsabilidade dos enfermeiros no planejamento, execução e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes e familiares;
- pelos programas de ensino desenvolvidos pela Seção de Educação Continuada, principalmente a Residência de Enfermagem em Cardiologia;
- pelos trabalhos técnicos e científicos realizados pelos enfermeiros e
- pela participação dos enfermeiros em reuniões científicas de enfermagem.

1.1 *Histórico da SAE*

O Serviço de Enfermagem do Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia (IDPC) foi organizado pela enfermeira Berenice Martinez Pe-lares em 1973, data da inauguração da Unidade de Internação, com

* Enfermeira encarregada de Educação Continuada do Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia, relatora do trabalho.

** Enfermeira Chefe do Ambulatório do Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia.

*** Enfermeira Pesquisadora Científica Nível I do Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia.

**** Enfermeira encarregada das Unidades de Terapia Intensiva do Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia.

capacidade para 100 (cem) leitos, sendo dirigido posteriormente pelas enfermeiras Gilka Sampaio Garcia de 1974 a 1983 e Theresinha Ávila Lim a partir de 1984, que apoiaram a Sistematização de Enfermagem.

Os registros de enfermagem foram propostos inicialmente com Kardex, contendo entrevista, problemas e plano de cuidado diário, que foram executados com muitas dificuldades. Após análise desta prática por MARIA et alii. (1977) ³, com levantamento dos seus aspectos desfavoráveis, foi formado um grupo de estudo em 1979, constituído por quatro enfermeiros, para propor uma nova metodologia assistencial.

O grupo, representado pela enfermeira chefe do ambulatório, chefe da unidade de internação, encarregada das terapias e encarregada de educação continuada, analisou os modelos nacionais de HORTA (1979) ², DANIEL (1977) ¹ e PAIM (1978) ⁴, tendo optado pelo Processo de Enfermagem de WANDA DE AGUIAR HORTA, por tê-lo considerado o mais viável de utilização e adaptação à prática e por ser o mais difundido entre os enfermeiros do IDPC. Foram adotadas, três etapas das seis que compõem o Processo: histórico, evolução e prescrição de enfermagem, sendo introduzido em 1984 o plano assistencial, que está sendo atualmente substituído pelo mapa de problemas.

Segundo HORTA (1979) ² *processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano*. Incorporando este conceito, mas não tendo adotado as seis fases propostas, o grupo decidiu posteriormente denominar o planejamento de Sistematização da Assistência de Enfermagem que passou a ser a aplicação do Processo de Enfermagem de HORTA simplificado, adaptado e dirigido aos pacientes com afecções cardiovasculares.

Com a implantação da SAE era esperado que:

- direcionasse as ações do grupo de trabalho de enfermagem;
- assegurasse uma assistência individualizada e humanizada;
- melhorasse a qualidade da assistência de enfermagem e
- proporcionasse condições para auditoria e pesquisa.

2. METODOLOGIA

2.1 *Planejamento*: agosto a outubro de 1979.

2.1.1 Escolha de novo modelo: Processo de Enfermagem de HORTA (1979), nas fases de histórico, evolução e prescrição.

2.1.2 Levantamento de recursos humanos: o Serviço contava na época com um grupo de 30 (trinta) enfermeiros, 31 (trinta e um) auxiliares de enfermagem e 32 (trinta e dois) atendentes de enfermagem, para 100 (cem) leitos, número este que foi considerado suficiente.

2.1.3 Escolha do grupo de pacientes para início do projeto: foi escolhido o grupo de pacientes cirúrgicos dos setores de valvopatia e con-

gênito, com internações programadas, o que permitia a abordagem inicial pela enfermeira do ambulatório.

2.1.4 Reuniões com o grupo de trabalho de enfermagem para expor a nova metodologia e levá-lo a conscientizar sobre sua importância e necessidade.

2.1.5 Reuniões com chefias: médicas, do serviço de nutrição e serviço social para comunicar as mudanças no sistema de registro de enfermagem.

2.2 *Execução e avaliação*

A partir de novembro de 1979, as três fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem passaram a ser executadas. O histórico era baseado no modelo III de HORTA (1979)², sem modificações e, era feito pela enfermeira do ambulatório, no ato da internação do paciente e os problemas de enfermagem destacados com um grifo. Considerava-se problema de enfermagem toda alteração bio-psico-social-espiritual relatada pelo paciente ou detectada pelo enfermeiro que fosse cabível uma intervenção de enfermagem.

A evolução era feita em conjunto com as anotações sem diferenciação entre elas e, as prescrições muitas vezes eram referentes apenas aos cuidados comuns a todos os pacientes cardíacos; prescrições estas que não exigiam do enfermeiro o exame físico sumário do paciente para sua elaboração.

Em 1980 o projeto foi ampliado para todos os pacientes internados nas unidades de: Adultos, Terapia Intensiva e Pediatria. Neste mesmo ano sofremos perda de aproximadamente 30% do número de enfermeiros, sem reposição até 1984, o que dificultou o andamento do projeto, já que o enfermeiro é o elemento central da SAE.

Em 1984, novo grupo foi formado para avaliação da SAE implantada.

O histórico foi considerado amplo, com levantamento de muitos problemas que não eram trabalhados durante a internação por não serem prioritários. O histórico foi reestruturado (anexo 1) e dirigido para o levantamento de problemas que pudessem sofrer a intervenção do enfermeiro no período de hospitalização do paciente e foi elaborado um guia instrucional para seu preenchimento. O histórico após reestruturação foi colocado em teste e já se encontra em fase de reavaliação.

O enfermeiro utilizava muitas vezes o histórico apenas para conhecer o paciente e na tentativa de levá-lo a trabalhar os problemas de enfermagem levantados, foi introduzido o plano assistencial (anexo 2), contendo listagem dos problemas e propostas globais das ações de enfermagem, que deveriam aparecer também na prescrição diária, à medida em que fossem abordados.

Foi observado ainda que pela prioridade no atendimento da necessidade física afetada, muitas vezes, os problemas levantados não eram abordados durante a internação, saindo o paciente com alta médica mas dependente da assistência de enfermagem, o que nos tem levado a pensar na possibilidade de implantar a consulta de enfermagem a nível ambulatorial, para prosseguimento desta assistência.

A evolução foi caracterizada como análise das respostas do paciente frente aos cuidados de enfermagem nas vinte e quatro horas e diferenciada das anotações que passaram a ser o registro simples das respostas dos pacientes frente aos cuidados da enfermagem e das intercorrências em cada plantão.

Quanto a prescrição, já sentia-se toda dificuldade para a sua execução, devido ao grau insuficiente de conhecimento dos enfermeiros para assumir uma conduta de enfermagem e as suas conseqüências. Percebia-se que, muitas vezes os enfermeiros por medo desta responsabilidade, adotaram o caminho mais fácil de deixar a decisão para o médico.

No sentido de uniformizar a execução da SAE, os Padrões Mínimos foram definidos. As bases, as normas e os roteiros para a execução do histórico, evolução e prescrição foram estabelecidos nas unidades de Adulto e Terapias.

2.2.1 Caracterização das fases da SAE

2.2.1.1 Histórico de enfermagem: consiste no levantamento de dados do paciente que sejam significativos para enfermagem.

Normas

- deve ser feito pelo enfermeiro;
- deve ser feito até vinte e quatro horas após internação;
- grifar os problemas de enfermagem;
- deve conter a assinatura, número e local do COREN.

Roteiro

- seguir o guia instrucional.

2.2.1.2 Plano assistencial: é a determinação das ações globais de enfermagem que vão abordar os problemas levantados no histórico.

Base

- histórico de enfermagem.

Normas

- deve ser feito pelo enfermeiro;
- listar e numerar os problemas;

- as ações devem expressar o grau de dependência do paciente com relação a enfermagem, em termos de: fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar;
- deve conter assinatura, número e local do COREN.

2.2.1.3 Evolução de enfermagem: é análise das respostas dos pacientes frente às prescrições de enfermagem a cada vinte e quatro horas.

Tipos

- evolução de enfermagem de entrada — feita no ato de internação, com característica de coleta de dados prioritários;
- evolução de enfermagem diária — feita a cada vinte e quatro horas.

Bases

- evolução, prescrição e anotação anterior;
- ficha balanço;
- prescrição médica;
- exames solicitados;
- histórico de enfermagem.

Normas

- deve ser feito diariamente pelo enfermeiro;
- deve anteceder a prescrição de enfermagem;
- grifar os problemas levantados;
- deve seguir o roteiro de seqüência;
- deve conter assinatura, número e local do COREN.

Roteiro

- dias e motivo da internação e diagnóstico de base;
- dias do pós-operatório e tipo de cirurgia;
- atividade física;
- dependência para higiene e alimentação;
- sinais vitais;
- diurese;
- função intestinal;
- aceitação alimentar;
- assistência espiritual;
- participação da família;
- exame físico sumário;

- queixas;
- exames solicitados e medicações especiais;
- problemas do histórico a serem abordados no dia.

2.2.1.4 Prescrição de enfermagem: é um roteiro diário dos cuidados de enfermagem que deverão ser prestados ao paciente nas vinte e quatro horas.

Base

- evolução do dia.

Normas

- deve ser feita pelo enfermeiro;
- deve considerar os problemas grifados na evolução do dia;
- deve responder: o que, como, quando;
- deve utilizar verbo no infinito que indique o grau de dependência do paciente;
- caracterizar a prioridade de execução com estabelecimento de horário;
- os padrões mínimos só deverão ser prescritos quando não forem executados e/ou anotados;
- deve conter assinatura, número e local do COREN.

Roteiro

- seguir a ordem dos problemas levantados e grifados na evolução do dia.

2.2.2. Anotações de enfermagem

Consistem no registro das respostas do paciente frente aos cuidados gerais (Padrões Mínimos), aos cuidados individualizados prescritos e das intercorrências com o paciente observadas pelos enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem no seu período de trabalho.

Bases

- padrões mínimos ou cuidados gerais de enfermagem;
- prescrições individualizadas;
- intercorrências com o paciente.

Normas

- deve ser feita por todo o grupo de enfermagem;
- colocar horário antecedendo a anotação;
- deve ser clara e concisa;
- deve conter nome e função.

3. CONCLUSÃO

Após sete anos de aplicação da SAE no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia, o grupo de enfermeiros acredita que este é o caminho para a estruturação das condutas de enfermagem e para a formação do seu corpo de conhecimentos específicos.

Tem-se sentido que as dificuldades são muitas, porém parece que as vantagens tem mostrado que esta metodologia pode conduzir a uma solidificação da ciência própria de enfermagem.

Concluindo, ressaltam-se os aspectos que foram considerados como vantagem e as maiores dificuldades dentro de nossa experiência:

3.1 *Vantagens*

3.1.1 As ações de enfermagem são direcionadas, controlando os cuidados prestados.

3.1.2 Assegura uma assistência individualizada.

3.1.3 Facilita a passagem de plantão.

3.1.4 Favorece o reconhecimento da pessoa do enfermeiro pelos pacientes e familiares.

3.1.5 Estimula os enfermeiros a aperfeiçoarem seus conhecimentos.

3.1.6 Os pacientes tornam-se mais orientados ao auto cuidado.

3.1.7 Oferece subsídios para pesquisa e auditoria.

3.2 *Dificuldades*

3.2.1 A redução no número de enfermeiros que acarretou a sobrecarga de funções.

3.2.2 A desvalorização da SAE por alguns enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem.

3.2.3 A indefinições do âmbito das ações do enfermeiro e condutas de enfermagem.

3.2.4 A fundamentação científica insuficiente por parte do enfermeiro para fazer a prescrição.

3.2.5 As prescrições médicas abrangendo os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DANIEL, Líliliana Felcher. A enfermagem planejada. São Paulo, 1977.
2. HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
3. MARIA, Vera Lúcia Regina; IWAKURA, Kazumi Horigoshi; LIM, Therezinha Avila; MEDEIROS, Sonia Lima. Evolução do paciente: anotações de enfermagem no Kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional. *Rev. Bras. Enf.* 30:237-243, 1977.
4. PALM, Rosalda. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, União dos Cursos Cariocas, 1978.

ANEXO I

SERVIÇO DE ENFERMAGEM - EDUCAÇÃO CONTINUADA SISTEMÁTICA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

I — HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ R.G. _____

Escolaridade _____ Idade _____

Data de admissão: _____

2. DIAGNOSTICO MEDICO _____

3. CIRURGIAS REALIZADAS _____

4. EXAME FISICO

4.1 — GERAL: Nível de consciência _____

Postura física _____

Estado emocional _____

Peso _____ Altura _____

Sinais vitais: T _____ PA _____ FC _____ RC _____

Respiração _____

4.2 — SEGMENTOS

cabeça e pescoço _____

tronco:

tórax anterior _____

abdome: _____

genitais: _____

tórax posterior: _____

membros SS e II _____

5. HABITOS

- 5.1 — Higiene _____

- 5.2 — Sono e repouso _____

- 5.3 — Alimentação _____

- 5.4 — Recreação e lazer _____
- 5.5 — Atividade física _____
- 5.6 — Religião _____
- 5.7 — Vícios _____
- 5.8 — Função intestinal _____
- 5.9 — Vida sexual _____

6. O QUE SABE SOBRE SUA DOENÇA E TRATAMENTO

7. ALERGIAS

8. ALTERAÇÃO NOS HABITOS DE VIDA CAUSADAS PELA DOENÇA

9. CONSTITUIÇÃO FAMILIAR E PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

10. RECURSOS DE SAÚDE UTILIZADOS

11. DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES

DATA: _____/_____/_____

Assinatura: _____

COREN _____

ANEXO II

SERVIÇO DE ENFERMAGEM - EDUCAÇÃO CONTINUADA SISTEMÁTICA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

II — PLANO ASSISTENCIAL

Problemas Levantados

Ações de Enfermagem



Nome do Paciente _____

Registro _____ Quarto _____ Leito _____

