

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GRACIELE SIQUEIRA DE CAMPOS

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:
PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO**

FLORIANÓPOLIS/SC

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GRACIELE SIQUEIRA DE CAMPOS

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:
PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Fernanda Maria
Vieira Pereira**

FLORIANÓPLOIS/SC

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO** de autoria da aluna Graciele Siqueira de Campos foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem.

Profa. Fernanda Maria Vieira Pereira
Orientadora da Monografia

Profa.Dra.VâniaMarli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS/SC

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus colegas de profissão que trabalham no Atendimento Pré-Hospitalar que não medem esforços para prestar atendimento às vítimas de fatalidades e que enfrentam e superam as dificuldades do dia-a-dia para garantir uma assistência digna e de qualidade àquelas pessoas que muitas vezes nunca mais veremos, mas que temos a certeza que fizemos o melhor por elas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu a Vida e que me sustenta.

Agradeço ao meu esposo e aos meus filhos pela paciência e pela compreensão que tiveram durante este trabalho.

Agradeço a Prefeitura Municipal de Curitiba por me proporcionar este curso de Pós-Graduação que muito me ensinou.

Agradeço a UFSC pelo comprometimento com os alunos, pela competência e qualidade na oferta e administração deste curso.

Agradeço a minha orientadora Professora Fernanda Maria Vieira Pereira pela paciência, incentivo, orientação e correção sempre presente durante a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVO	11
3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE	12
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 Redes de Atenção à Saúde e de Urgência e Emergência no SUS.....	14
4.2 O Processo de Enfermagem.....	15
5 PLANO DE AÇÃO	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi a criação de um impresso para implantação do Processo de Enfermagem no Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O impresso contém informações pessoais, queixa principal, exame físico, diagnóstico de enfermagem, alterações observadas no paciente durante o atendimento e o registro de enfermagem. Estas informações serão úteis à equipe multidisciplinar que continuará o tratamento deste paciente no serviço de saúde, no qual este será encaminhado. A criação deste impresso auxiliará e orientará o enfermeiro na assistência prestada à vítima, garantido agilidade no processo e a legitimidade da sua função legal. Além disso, o profissional estará seguro de que seu processo de trabalho está sendo devidamente registrado e anexado ao prontuário do paciente garantindo a legalidade do exercício da profissão, permitindo o registro do atendimento, ações e procedimentos realizados além de proporcionar mais segurança ao paciente da assistência prestada.

1 INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação. Pode variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando à manutenção da vida e/ou a minimização das sequelas (LOPES; FERNANDES, 1999).

A história do APH teve seu início com outros profissionais que não eram da saúde, os militares bombeiros. Somente em 1955, na França, foram criadas as primeiras equipes móveis de reanimação para promover assistência médica às vítimas de acidentes de trânsito e para a manutenção da vida dos pacientes transferidos. Na década de 60, ainda na França, tem-se a criação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (LOPES, FERNANDES, 1999).

O SAMU no Brasil nasce de um acordo bilateral com a França, adotando o modelo Francês de Atendimento em que há a presença do Médico nas unidades avançadas diferentemente do modelo americano onde as equipes são formadas por paramédicos (profissionais que não existem no Brasil) (LOPES, FERNANDES, 1999).

O funcionamento e a normatização da estrutura dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móveis no Brasil, deu-se no ano de 2002, por meio da portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, ou seja, mais de uma década após sua implantação. (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de estabelecer normas para a organização dos serviços, incluindo o APH foi criada em setembro de 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003).

Com a instituição da PNAU surgiu o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) por meio da Portaria 1863 de 2003 estabelecendo dois serviços: a central de Regulação Médica e o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar, serviços estes coesos e interligados. As equipes são compostas, por profissionais específicos e qualificados para o serviço (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e socorristas). (BRASIL, 2003).

Atentando exclusivamente aos enfermeiros, a Portaria 2048 descreve quais competências dever ter o profissional enfermeiro para atuar em APH, sendo elas:

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas (BRASIL, 2002, cap.IV; BRASIL, 2006, p.83).

No SAMU há dois tipos de viaturas, uma de suporte básico de vida (SBV-BRAVO) e outra de suporte avançado de vida (SAV-ALFA). O enfermeiro faz parte da equipe Alfa, juntamente com o médico e com o socorrista. Prestando atendimento de maior complexidade, com manobras invasivas.

A presença do enfermeiro, como citado anteriormente, é prevista por Lei, tanto pela portaria 2048/2003 quanto pela Lei do exercício profissional de enfermagem (Lei 7498/86), a qual garante o direito ao Enfermeiro em seu Art 11 privativamente: consulta e prescrição de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida (morte) e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, entre outros.

O enfermeiro tem participação ativa na equipe de atendimento pré-hospitalar, sobretudo na assistência prestada às vítimas juntamente com os outros profissionais. Sua atuação abrange ambientes diversos, tais como onde há restrição de espaço físico e situações que exigem limite de tempo. Neste sentido, o enfermeiro deve ter conhecimento para realizar avaliações rápidas imediatas e precisas (RAMOS-SANNA 2005).

Denominada como sinônimo do PE a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona aos pacientes um atendimento individualizado e de qualidade (CUNHA, BARROS, 2005).

Embora haja uma preocupação crescente na implementação do PE e SAE nos serviços de saúde, o APH constitui-se uma exceção, uma vez que a natureza dos atendimentos, a demanda, a rapidez e a agilidade constituem fatores dificultadores para que a SAE seja realizada de forma sistemática. Para tanto, a criação de um instrumento

próprio poderá auxiliar o enfermeiro no desenvolvimento do processo de enfermagem nestes serviços.

2 OBJETIVO

- ✚ Criar um impresso para a implantação do processo de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O SAMU de Curitiba localizado no estado do Paraná foi criado em 26 de julho de 2004. Conta atualmente com aproximadamente: 54 enfermeiros, 100 auxiliares de enfermagem e 60 médicos. Possui oito unidades móveis de atendimento de suporte avançado de vida (SAV-ALFA) e 15 unidades móveis de atendimento de suporte básico de vida (SBV) (CURITIBA, 2014).

O SAMU, em Curitiba, integra o Sistema de Urgência e Emergência do Município, composto por: oito UPA (Unidades de Pronto Atendimento), uma central de ambulâncias para transporte sanitário, um complexo de regulação médica, um helicóptero para resgate e remoção (parceria entre o ministério da saúde, polícia rodoviária federal e prefeitura municipal de Curitiba), além das ambulâncias de SAV e SBV (CURITIBA, 2014).

O SAMU faz dois tipos de atendimentos: atendimento básico prestado pela ambulância suporte básico de vida (Bravo - equipe composta pelo técnico/auxiliar de enfermagem e pelo socorrista/conductor) e pelo suporte avançado de vida (Alfa - equipe composta pelo médico, enfermeiro e socorrista/conductor). Os atendimentos prestados pela Alfa são geralmente atendimentos em que há risco de morte ou atendimentos que necessitam de cuidados intensivos que devem ser prestados pelo médico e pelo enfermeiro.

Os atendimentos realizados pela alfa contemplam as emergências clínicas, obstétricas e traumáticas, atendimentos de saúde mental e pediátricos, além de transferências entre hospitais e entre instituições de saúde.

Nestes atendimentos há uma ficha a ser preenchida durante a ocorrência, com dados pessoais da vítima, como nome, data de nascimento, endereço da ocorrência, dados clínicos, sinais vitais, intercorrências, terapêutica utilizada, sinais e sintomas, entre outros. Além de dados sobre a equipe que realizou o atendimento. Esta ficha de atendimento é denominada RAME (Registro de Atendimento Médico e de Enfermagem), porém, na maioria das vezes, somente o médico efetua o registro. Já o enfermeiro, apesar de também poder realizar esse preenchimento, não tem um local apropriado para documentar suas anotações sobre o paciente e sobre o atendimento prestado.

Com a prática e experiência vivenciada há alguns anos no SAMU, foi possível perceber a ausência do registro de enfermagem nas ocorrências atendidas pelas unidades

móveis. Com isso, geraram alguns desconfortos e problemas no que diz respeito à assistência prestada e aos procedimentos realizados, principalmente após a troca de plantão quando o médico regulador solicitava informações adicionais de alguma ocorrência e/ou paciente atendido no plantão anterior.

Como não há a obrigatoriedade de se realizar os registros de enfermagem e nem um documento próprio e exclusivo para os enfermeiros registrarem suas ações, alguns dados eram perdidos.

Essa falta de registro referente ao atendimento prestado prejudica o enfermeiro, uma vez que suas ações não estão sendo descritas, ele deixa de realizar sua competência legal e privativa, o que impossibilita à equipe de saúde de saber qual seu papel no atendimento realizado. Outro agente importante nesta lacuna é o próprio paciente que muitas vezes fica prejudicado em seu tratamento pela falta de informações acerca das intervenções realizada no APH.

O PE constitui-se um elemento importante na assistência de enfermagem, porém, sua não obrigatoriedade durante os atendimentos no APH constitui-se uma lacuna no cuidado prestado pelo profissional enfermeiro deixando-o vulnerável na questão legal do exercício de sua profissão. Essas anotações são uma forma de comunicação entre as equipes e são peças importantes para o registro da assistência prestada. Assim, o registro claro e conciso em um documento próprio poderá possibilitar a continuidade da assistência e/ou tratamento adequado para o paciente no momento de sua transferência para o estabelecimento de saúde.

Aliado a esta falta de obrigatoriedade tem-se a falta de um documento próprio e exclusivo do enfermeiro. Neste sentido é imprescindível que se tenha um impresso para que o enfermeiro possa realizar o processo de enfermagem documentando de maneira ética e legal suas ações a fim de que possa garantir ao paciente a legitimidade da assistência a ele prestada.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Redes de Atenção à Saúde e de Urgência e Emergência no SUS

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é formada por relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária. Estes pontos de atenção são entendidos como sendo desde a residência até os centros especializados de saúde. A estruturação da RAS segue uma hierarquização. Após a criação da RAS foi a vez da criação da RAU – rede de atenção às urgências – pela Portaria 1.600 de 2011, com a finalidade de articular e integrar o conjunto de tudo aquilo que serve para prover os serviços de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o atendimento de forma humanizada e integral aos cidadãos que necessitem de atendimento de emergência, garantindo agilidade neste atendimento prestado pelo SUS (BRASIL, 2011).

São componentes desta rede de assistência às urgências: as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Estratégia Saúde da Família (ESF); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); serviços de apoio, diagnóstico e tratamento; SAMU 192; ambulâncias da iniciativa privada; rede hospitalar de média e alta complexidade, reabilitação e serviço de atenção domiciliar (BRASIL, 2002).

A implantação da rede de atenção às Urgências e Emergências, conforme preconiza o Ministério da Saúde deverá investir em melhorias das estruturas físicas e de equipamentos – ampliação de leitos de UTI adulto, neonatal e pediátrica; Assim como implantar um programa de capacitação permanente dos profissionais de saúde (médico e enfermeiros) que atuam nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2002).

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) divide-se em vários componentes como promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, SAMU, UPA, força nacional do SUS, conjunto de serviços 24 horas, hospitais e atenção domiciliar. Estes serviços de diferentes pontos de atenção devem se relacionar de forma complementar e regulados pelo sistema de referência e contra referência sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento quando não dispuser de recursos necessários a tal atendimento. Assim, a articulação do

Estado, municípios e regiões de saúde deve permitir uma resposta equânime às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2002).

O enfrentamento das causas de urgências requer ações de promoção intersetoriais de saúde, envolvendo conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros. Para isso, a organização de um sistema de resposta baseia-se em algumas premissas: gravidade, tempo de resposta, concentração de recursos (escala), descentralização de transporte e um potente sistema de regulação assistencial que permitirá a gestão de casos e o encaminhamento dos pacientes para o ponto de atenção mais adequado de acordo com as suas necessidades.

Para realizar um atendimento de qualidade e efetivo às equipes de atendimento de urgência e emergência devem estar preparadas e devidamente capacitadas para realizar esses atendimentos.

4.2 O Processo de Enfermagem

O PE vem sendo amplamente estudado e aplicado nos serviços de saúde no Brasil e no mundo. No Brasil, o modelo mais conhecido para a implantação do PE é o proposto por Horta (1979 p.22)

“O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. Distinguem-se seis fases ou passos. A interrelação e a igual importância destas fases no processo podem ser representadas graficamente por um hexágono, cujas faces são vetores bi-orientados, querendo-se assim mostrar também a reiteração eventual de procedimentos. No centro deste hexágono situar-se-ia o indivíduo, a família e a comunidade”

No Brasil o PE foi regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na resolução nº 272/2002 que instituiu a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde públicos e privados. Atualmente esta resolução foi revogada pela resolução COFEN nº 358/2009.

O COFEN define que “o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem”.

Segundo Horta (1979) o PE é composto por seis fases: Histórico, diagnóstico, plano assistencial. Plano de cuidados, evolução e prognóstico. No entanto, o resolução COFEN nº 358/2009 determina que SAE seja realizada em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento; implementação e avaliação. Estas etapas, são descritas abaixo:

I- Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, concretizado com o auxílio de métodos e técnicas distintas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009).

Dentre as etapas propostas para a realização da SAE, para a realização do diagnóstico de enfermagem utiliza-se a utiliza-se a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que tem como objetivo propor uma taxonomia padronizada para os diagnósticos de enfermagem (GIL, 2006).

Assim, os diagnósticos são classificados considerando-se a coleta de dados e as necessidades do paciente. Desta forma, tem-se utilizado o modelo proposto por Horta (1979) que baseia-se na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que considera a hierarquia das necessidades acerca do comportamento humano. A teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) pode ser utilizada por enfermeiros na realização do cuidado afim de compreender as relações e reconhecer necessidades humanas observando suas prioridades.

Neste sentido, as NHB constituem-se em psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual e incluem: oxigenação; circulação; regulação térmica; hidratação; eliminação; integridade cutâneo-mucosa; cuidado corporal; integridade física; sono e

repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; segurança; amor; liberdade; comunicação; lazer; auto-estima; auto-realização; religião (HORTA, 1979).

Para Cyrillo et al. (2005) os objetivos do PE visam identificar as necessidades de cuidados do paciente, estabelecer as prioridades, traçar metas; descrever um plano de cuidados de enfermagem; realizar intervenções de enfermagem e avaliar a assistência de prestada.

Segundo Cunha e Barros (2005) dentre as diversas vantagens da SAE destaca-se a elevação da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, por meio de um atendimento individualizado, quanto o enfermeiro, mostrando a importância do PE. A SAE é imprescindível para o bom desempenho da assistência prestada pelo profissional enfermeiro que garante a qualidade do serviço prestado, traz segurança ao paciente e dá maior autonomia ao Enfermeiro.

Este processo, pode e deve ser utilizado em todos os atendimentos prestados pelo enfermeiro, porém cabe ressaltar as diferenças de trabalho/ações de enfermagem no âmbito pré-hospitalar quando comparado ao hospitalar. Tendo em vista que a urgência do atendimento, a alta rotatividade dos pacientes/vítima, o pouco tempo de permanência deste paciente com o enfermeiro e a falta de rotina (já que os atendimentos são variados em sua natureza) torna-se impraticável o planejamento prévio e a realização de algumas etapas. Mas isso não exime o enfermeiro de prestar assistência sistematizada mesmo na urgência, tendo em vista que todo procedimento realizado por ele deverá garantir uma assistência de qualidade, resolutiva e que garanta ao paciente/vítima um bom prognóstico.

A SAE, nos atendimentos pré-hospitalares, é definida por Cyrillo et al. (2005 p.56):

“A sistematização de enfermagem na prática clínica compõe o campo de ação da enfermagem científica, baseada nas evidências e na construção de um saber legítimo da profissão. Assim, identificar diagnósticos de enfermagem das vítimas de trauma, no APH avançado Móvel, possibilita aos enfermeiros que atuam neste cenário detectar e controlar os riscos precocemente e planejar individualmente o cuidado prestado a esses pacientes por meio de intervenções específicas, fundamentadas cientificamente, capazes de proporcionar ações eficazes e imediatas.”

Destas etapas da SAE, há algumas diferenças e restrições. A primeira diferença encontrada, é que no APH o enfermeiro não tem uma equipe de enfermagem a quem ele destinará/delegará o plano da assistência. Outra diferença é que no atendimento de emergência o enfermeiro não tem tempo hábil para realizar a consulta de enfermagem

para a sistematização de todas as etapas. É importante ressaltar, que no APH não há um prontuário específico para o registro da SAE do paciente.

Desta forma, cabe ao enfermeiro realizar a SAE de maneira ágil e informal. Tendo em vista que, a anotação de enfermagem constitui elemento fundamental na documentação da assistência prestada em urgência e emergência. O PE tem sido o principal modelo metodológico utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem como instrumento para a organização e documentação da prática profissional (CUNHA, BARROS, 2005; GARCIA, NÓBREGA, 2009).

5 PLANO DE AÇÃO

Apresenta-se abaixo a organização da proposta (projeto) de intervenção:

Problema priorizado

A falta de um instrumento apropriado para realização do processo de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi o problema priorizado devido à sua importância para o atendimento prestado ao paciente.

Nós críticos

- ✓ Inexistência de um impresso específico para o processo de enfermagem nas unidades de atendimento móvel de urgência do SAMU/Curitiba;
- ✓ Não obrigatoriedade da anotação da equipe de enfermagem acerca do atendimento prestado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Objetivo

Propor a criação de um impresso para a implantação do processo de enfermagem no SAMU.

Ação

- ✓ Criar um impresso para implantação do Processo de Enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (ANEXO 1).
- ✓ Apresentar o impresso do Processo de Enfermagem para a equipe e destacar a importância e obrigatoriedade da anotação.

Atores sociais/ responsabilidades

Enfermeiros do APH/SAMU Curitiba

Recursos necessários

Papéis, Computador, Impressora

Gestão, acompanhamento e avaliação

Os enfermeiros, a princípio da unidade avançada denominada Alfa 7 (SAMU Curitiba) ficarão responsáveis pela realização da SAE durante os atendimentos por eles realizados e pelo preenchimento e das anotações referentes às ocorrências no impresso criado para esta finalidade. Após um período de três meses, os enfermeiros farão um feedback para expor suas experiências com o novo instrumento e para a viabilização do projeto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do PE constitui-se um desafio para os profissionais de enfermagem que atuam no APH, tendo em vista o tipo e frequência dos atendimentos realizados. Embora haja dificuldades em se planejar a assistência e implementar cuidados em situações de emergência a operacionalização do processo qualifica o cuidado em um menor tempo oferecendo maior eficiência.

A elaboração do impresso para a implantação do PE, trará mais autonomia para o enfermeiro garantindo a legalidade do exercício da profissão, permitindo o registro do atendimento, ações e procedimentos realizados além de proporcionar mais segurança ao paciente da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, R. C.; DALRI, M. C. B..Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.4, p.676-681. Out/Dez 2010.

BARROS, A. L. B. L.A.; LOPES, J. L. Legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco**, v.1, n. 2, p.63-65, 2010.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de Jun de 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília (DF): Editora MS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 25 Nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1863 de 29 de Setembro de 2003. Dispõe sobre a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 de Setembro de 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>. Acesso em: 25 Nov. 2013

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 5 de Novembro de 2002. Dispõe sobre a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da República do Brasil**, Brasília, DF, 6 de Novembro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em: 25 Nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1600 de 7 de Julho de 2011. Dispõe sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de Julho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 25 Nov. 2013.

COFEN. Resolução 358/09. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação. **Conselho Federal de Enfermagem**, Brasília, DF, 23 de Outubro de 2009. Disponível em: http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=337. Acesso em: 01 Dez. 2013.

_____. Resolução 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. **Conselho Federal de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, 27 de Agosto de 2002. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html Acesso em: 01 Jan.2014.

COREN. Plenária Gestão 2008-2011. **Anotações de Enfermagem**. São Paulo, 2008 – 2011. Disponível em: <http://www.portaldafenmagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>. Acesso em: 11 de Jan. 2013

COSEMS/PR, FEMIPA, SESA. **Rede de atenção as Urgências e Emergências**. Curitiba, PR, 2010.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L.. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.5, p.568-572, 2005

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-pre-hospitalar>. Acesso em: 27 Jan. 2014.

CYRILLO, R. M. Z. et al. Diagnósticos de Enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, p.811-819, 2009. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a06.htm>. Acesso em: 24 Jan. 2014.

CYRILLO, R. M. Z; DALRI, M. C. B; CRISTINA, J. A; Construção e validação do instrumento de coleta de dados para a assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel avançado a vítimas de traumas. **Revista RENE**, v. 6, n. 2, p. 55-62, maio/agosto 2005.

DAL SASSO, G. T. M.; DARLI; M. C. B.; CHAVES, L. D. P. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem. Módulo 5. Classificação de Risco e Acolhimento**. Santa Catarina (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2013

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.13, n.1, p.188-193, Jan/Mar 2009.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1994. 206p.

HORTA W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU, 1979.

LOPES S. L. B., FERNANDES R. J. Uma breve revisão do atendimento pré-hospitalar. **Revista Medicina**, v.32, p.381-387, Out/Dez. 1999. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/viewFile/7740/9278> Acesso em: 20 Dez. 2013.

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

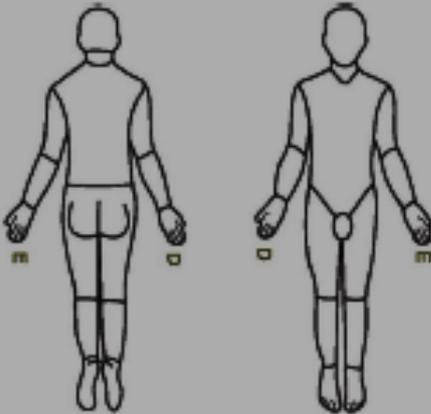
RAMOS, V. O.; SANNA, M.C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.3, p. 355-360, Maio/Junho 2005.

ANEXO 1



Impresso para sistematização da Assistencial de
Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar

Nome:		Data: __/__/__		Hora:			
Idade:	Pertences <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Objetos de valor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Diagnóstico:							
Queixa principal:							
Sinais vitais							
Horário	PA	P	T	R	Sat	Glic	Dor
Exame Físico							
Exame Físico	Não avaliado	Inalterado	Alterado	Observações			
Neurológico							
Respiratório							
Cardiovascular							
Gastrointestinal							
Geniturinário							
Extremidades							
Pele e Anexos							
Outros							
Diagnósticos de Enfermagem							
<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz de vias aéreas							
<input type="checkbox"/> Confusão Mental							
<input type="checkbox"/> Dor							
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz							
<input type="checkbox"/> Incapacidade de manter respiração espontânea							
<input type="checkbox"/> Risco para aspiração							
<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito							
<input type="checkbox"/> Hipotermia							
<input type="checkbox"/> Hipertermia							
<input type="checkbox"/> Risco para lesão							
<input type="checkbox"/> Síndrome pós-trauma							
<input type="checkbox"/> Excesso de volume de líquido							
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada							
<input type="checkbox"/> Ansiedade							
<input type="checkbox"/> Risco para agressão							
<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular ineficaz periférica, cerebral, vascular							

<input type="checkbox"/> Percepção sensorial perturbada visual, cinestésica, tátil <input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco para trauma <input type="checkbox"/> Risco para infecção <input type="checkbox"/> Risco para queda <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Outros _____		<p>Assinale os locais comprometidos</p> <p>Observações:</p> <hr/>
<p>Intervenções</p> <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal <input type="checkbox"/> Imobilização () Colar Cervical () Prancha () KED () Tala <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Respiração Mecânica <input type="checkbox"/> Punção Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Contenção mecânica/química. Medicação: _____ <input type="checkbox"/> Parto () Normal () Cesárea <input type="checkbox"/> Medicamentos: _____ <input type="checkbox"/> Outras: _____		
<p>Anotações:</p> 		

Enfermeiro: _____

COREN: _____