



## ARTIGO DE PESQUISA

### PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM PRESCRITAS PARA PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*STANDARDIZATION OF NURSING ACTIONS PRESCRIBED FOR CLINICAL AND SURGICAL PATIENTS AT A UNIVERSITY HOSPITAL*

*LA NORMALIZACIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERIA PRESCRITA A LOS PACIENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA*

*Lara Adrienne Garcia Paiano<sup>1</sup>, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos<sup>2</sup>, Maria Aparecida Andriolo Richetti<sup>3</sup>, Ana Cristina Geiss Casarolli<sup>4</sup>, Débora Tatiane Feiber Girardello<sup>5</sup>, Halana Batistel Barbosa<sup>6</sup>, Thaís Dresch Eberhardt<sup>7</sup>, Débora Cristina Ignácio Alves<sup>8</sup>*

#### RESUMO

O objetivo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é identificar as respostas dos indivíduos referentes aos problemas de saúde e estabelecer um plano de cuidados de enfermagem que alcancem os resultados esperados por meio de uma linguagem padronizada. Pensando na contribuição da SAE para a atuação do enfermeiro e nos benefícios para a instituição hospitalar e para o paciente, enfermeiros do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná vêm desenvolvendo, desde 2009, estratégias para implantar a SAE no HUOP. A maior dificuldade vivenciada foi a padronização da linguagem referente às ações de enfermagem. Foi criado um Grupo de Estudo para Padronização das Ações de Enfermagem que realizava reuniões semanais para discussão dos diagnósticos de enfermagem e suas respectivas ações. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi padronizar as ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos. Foram discutidos e revisados 35 diagnósticos e 238 ações de enfermagem. Esse trabalho de revisão e padronização foi considerado uma etapa fundamental para que a implantação da SAE no HUOP tenha continuidade, contribuindo para a organização e sistematização do cuidado.

**Descritores:** Avaliação em enfermagem; Cuidados de enfermagem; Planejamento de assistência ao paciente.

#### ABSTRACT

The goal of the Systematization of Nursing Care (SNC) is to identify the responses of individuals regarding health problems and establish a plan of nursing care that reaches the expected results using a standardized language. Thinking about the contribution of SNC to the nurse's performance and the benefits for the hospital and patient, nurses of the University Hospital of the West of Paraná (UHWP), teachers and students of the Nursing Course of the State University of the West of Paraná, have been developing, since 2009, strategies to implement the SNC in the UHWP. The greatest difficulty experienced was the standardization of language referring to the nursing actions. Thus, a Study Group was created for the Standardization of Nursing Actions which had weekly meetings to discuss the nursing diagnoses and their respective actions. In this context, the goal of this study was to standardize the nursing actions prescribed for medical and surgical patients. 35 nursing diagnoses and 238 nursing actions were discussed and reviewed. This review work and standardization was considered a fundamental step for the implementation of SNC in HUWP to be continued, contributing to the systematization of care provided by nurses. **Descriptors:** Nursing assessment; Nursing care; Patient care planning.

#### RESUMEN

La finalidad de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) es identificar las respuestas de los individuos frente a los problemas de salud y establecer un plan de cuidados de enfermería que alcance los resultados esperados por medio de un lenguaje normalizada. Pensando en la contribución de la SAE para la actuación del enfermero y en los beneficios para el hospital y el paciente, los enfermeros de lo Hospital Universitario del Oeste de Paraná (HUOP), los maestros y alumnos de Enfermería de la Universidad Estadual del Oeste de Paraná, vienen desarrollando desde 2009, estrategias para implementar la SAE en el HUOP. La mayor dificultad experimentada fue la normalización de lenguaje referente a las acciones de enfermería, así, fue creado un Grupo de Estudio para la Normalización de las Acciones de Enfermería que se reunían semanalmente para discutir los diagnósticos y sus respectivas acciones. El

objetivo del estudio fue normalizar las acciones de enfermería prescritas a los pacientes clínicos y quirúrgicos. Fueron discutidos y revisados 35 diagnósticos y 238 acciones de enfermería. Este trabajo de normalización fue un paso fundamental para que la implantación de la SAE en el HUOP tuviese continuidad, contribuyendo para la sistematización de la atención prestada.

**Descritores:** Evaluación en enfermería; Atención de enfermería; Planificación de atención al paciente.

---

<sup>1</sup> Enfermeira especialista pelo Programa de Pós-Graduação de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. <sup>2</sup> Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto e Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. <sup>3</sup> Enfermeira do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, especialista em Controle de Infecção Hospitalar e em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem. <sup>4</sup> Enfermeira especialista pelo Programa de Pós-Graduação de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. <sup>5</sup> Enfermeira especialista pelo Programa de Pós-Graduação de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Enfermeira Responsável Técnica Universidade. <sup>6</sup> Enfermeira especialista pelo Programa de Pós-Graduação de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. <sup>7</sup> Enfermeira especialista pelo Programa de Pós-Graduação de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. <sup>8</sup> Mestre em Enfermagem Fundamental e Doutoranda em Saúde do Adulto. Professora Assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

## INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um modelo assistencial que tem sido o foco das discussões de enfermeiros e instituições de saúde nas últimas décadas. O objetivo da SAE é identificar as respostas dos indivíduos referentes aos problemas de saúde e estabelecer um plano de cuidados de enfermagem que alcance os resultados esperados por meio de uma linguagem padronizada<sup>(1-2)</sup>.

A SAE possibilita que a equipe de enfermagem tenha uma visão integral, contínua e documentada do processo que envolve o cuidado de enfermagem, visando manter, promover e restaurar de forma segura a saúde do indivíduo. Ela consiste em um instrumento norteador da prática clínica do enfermeiro, que contribui significativamente para o avanço do ensino e da pesquisa<sup>(3)</sup>.

A implantação da SAE proporciona aproximação do profissional com o paciente, promovendo a qualidade do cuidado de enfermagem prestado<sup>(4)</sup>.

O processo de sistematização do cuidado de enfermagem é constituído pelas seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação das ações planejadas e Avaliação<sup>(1)</sup>.

A partir do levantamento dos dados do paciente, obtido por meio do histórico de enfermagem e do exame físico, são estabelecidos os diagnósticos de enfermagem reais e potenciais que, por sua vez, servem de base para o planejamento e implementação das intervenções de enfermagem. Tais intervenções devem indicar os cuidados prioritários ao paciente. A avaliação do cuidado prestado é etapa fundamental para verificar se as ações realizadas foram eficazes para a obtenção dos resultados desejados<sup>(1-2)</sup>.

Pensando na contribuição da SAE para a atuação do enfermeiro e nos benefícios, tanto para a instituição hospitalar quanto para o paciente, enfermeiros do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), em parceria com docentes da área de clínica médica e cirúrgica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná

(UNIOESTE), Campus de Cascavel, vêm desenvolvendo desde, 2009, um projeto de extensão com o intuito de implantar a SAE na prática clínica de enfermagem.

Ressalta-se que em 2011 foram inseridos nesse projeto alunos de graduação do quinto ano de enfermagem, que corresponde ao último período da grade curricular e enfermeiros residentes do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* do Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, o que propiciou avanço nas discussões já iniciadas e o fortalecimento de uma proposta interdisciplinar.

O projeto de extensão foi planejado para ser executado em seis fases, sendo elas: Fase I - Formação do grupo facilitador; Fase II - Revisão bibliográfica das principais Teorias de Enfermagem para a seleção da(s) mais apropriada(s) ao contexto do referido hospital, sendo selecionadas as teorias de Wanda Horta e de Dorothea Orem; Fase III - Capacitação dos enfermeiros quanto à realização das etapas da SAE (histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem e avaliação de enfermagem); Fase IV - Levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem presentes nas unidades de internação e suas respectivas intervenções de enfermagem; Fase V - Implantação da SAE na prática clínica; e Fase VI - Avaliação.

Paralelamente aos trabalhos de implantação da SAE, ocorreu a implantação de um sistema de gerenciamento

informatizado, que contempla, dentro do prontuário eletrônico, um módulo específico para a SAE. Essa transição entre registros manuais para registros eletrônicos dificultou o processo de implantação da SAE, uma vez que ambos (a nova metodologia de trabalho e a nova ferramenta de trabalho) necessitavam de treinamentos e adaptações.

É importante salientar que a maior dificuldade encontrada até o momento foi a padronização da linguagem referente às ações de enfermagem que seriam prescritas pelos enfermeiros, visto que ao longo dos trabalhos surgiram muitas ações com os mesmos significados, mas redigidas de formas diferentes.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi padronizar as ações de enfermagem prescritas para pacientes adultos, clínicos e cirúrgicos, em um hospital universitário público.

Observa-se que cada vez mais os pacientes têm exigido uma assistência de enfermagem especializada por apresentarem necessidades mais complexas. Tais fatores favorecem a busca de estratégias que visem à melhoria na qualidade da assistência, como a implantação da SAE, objeto deste estudo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Parecer nº 131 de agosto de 2013, atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A referida instituição de saúde consiste em um hospital de ensino, localizado no interior do Estado do Paraná, com 195 leitos. É centro de referência para traumatologia, gestação de alto risco, acidente com material biológico e presta assistência hospitalar e ambulatorial em várias especialidades médicas. É uma instituição de saúde considerada de alta complexidade destinada à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão, atendendo exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(5)</sup>.

Uma das fases mais complexas do projeto de implantação da SAE, e que ainda se encontra em andamento, é a Fase IV, na qual tem sido realizado o levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem e suas respectivas ações de enfermagem em cada unidade assistencial. Os diagnósticos de enfermagem foram elencados com base na classificação da *North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I)*<sup>(6)</sup> e as intervenções de enfermagem foram elencadas de acordo com a *Nursing Intervention Classification (NIC)*<sup>(7)</sup>.

Para direcionar as atividades dessa fase, o grande grupo foi dividido em subgrupos por áreas afins (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia; Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto; Unidade de Terapia Intensiva Geral e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica e Unidade de Neurologia e Ortopedia; Psiquiatria; Pediatria; Pronto-Socorro;

Centro Cirúrgico e Recuperação Pós Anestésica; Ambulatório e Banco de Leite Humano).

Cada subgrupo levantou o perfil/diagnóstico da clientela atendida nas referidas unidades. Tal levantamento foi feito com base nos registros de internamento, nos diagnósticos médicos e no levantamento bibliográfico acerca dos principais diagnósticos de enfermagem específicos de cada unidade.

Para a seleção das intervenções de enfermagem e cadastro no sistema informatizado, foi disponibilizado aos subgrupos uma tabela na qual os enfermeiros deveriam relacionar os sinais e sintomas, o diagnóstico de enfermagem correspondente e as respectivas ações de enfermagem.

Com o objetivo de desenvolver o raciocínio clínico e científico dos enfermeiros, ficou definido que cada diagnóstico de enfermagem e as ações elencadas nos subgrupos seriam apresentados e discutidos no grande grupo semanalmente.

As atividades de implantação da SAE seguiram a referida estratégia de trabalho até 2013, quando o grupo de enfermeiros facilitadores evidenciou a necessidade de alteração dessa estratégia devido à falta de padronização da linguagem utilizada pelos enfermeiros para descrever as ações de enfermagem.

A partir dessa avaliação, as reuniões para discussão dos diagnósticos das unidades assistenciais foram suspensas e foi criado o

Grupo de Estudo para Padronização das Ações de Enfermagem.

Foram realizadas reuniões semanais para revisão das ações de enfermagem elencadas desde o início do projeto. Os arquivos impressos que continham as ações de enfermagem já discutidas pelas unidades assistenciais foram distribuídos entre os participantes do grupo, os quais comparavam a redação das ações de enfermagem prescritas a fim de padronizá-las e avaliavam a pertinência destas com o diagnóstico de enfermagem correspondente. As discussões eram baseadas na literatura e pautadas na realidade da prática assistencial vivenciada na instituição.

No presente estudo serão apresentados os diagnósticos de enfermagem selecionados e as respectivas ações de enfermagem padronizadas para os pacientes adultos internados da Unidade de Internamento de Clínica Médica e Cirúrgica e da Unidade de Internamento de Neurologia e Ortopedia, que foram unidades piloto para o projeto de implantação da SAE.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Unidade de Internamento de Clínica Médica e Cirúrgica possui capacidade para 28 leitos, dos quais 13 são destinados a pacientes clínicos e 15 a pacientes cirúrgicos. A Unidade de Internamento de Neurologia e Ortopedia possui capacidade para 26 leitos, dos quais dez são designados a pacientes da ortopedia e 16 a pacientes neurológicos.

Ambas as unidades atendem pacientes que requerem cuidados mínimos até cuidados intensivos. São pacientes em pré e pós-operatório de cirurgias de pequeno, médio e grande porte. As unidades também atendem pacientes em tratamento clínico por períodos prolongados, o que demanda alta carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Durante os trabalhos do Grupo de Estudo para Padronização das Ações de Enfermagem foram discutidos e revisados 35 diagnósticos de enfermagem e 236 ações de enfermagem, conforme apresentado nos quadros 1, 2, 3 e 4.

O número total de ações refere-se ao número de vezes em que elas foram discutidas, já que algumas destas foram elencadas para mais de um diagnóstico de enfermagem. As ações foram listadas e codificadas conforme programação do sistema informatizado do prontuário eletrônico do paciente utilizado na instituição, o que resultou em 110 ações padronizadas listadas.

As ações de enfermagem foram elaboradas de maneira que possam atender as necessidades básicas do paciente adulto, clínico e cirúrgico, baseadas nas prioridades de cuidado, redigidas de forma clara, concisa e objetiva.

Figura 1 - Ações de enfermagem padronizadas para pacientes clínicos e cirúrgicos quanto aos domínios Nutrição (Domínio 02) e Eliminação e Troca (Domínio 03) da Nanda<sup>(6)</sup>.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE ENFERMAGEM
Deglutição prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar nível de consciência, reflexo de tosse e náusea.</li> <li>2. Inspeccionar cavidade oral.</li> <li>3. Manter decúbito elevado à ( ) 30° ( ) 45°.</li> <li>4. Observar, registrar e comunicar alterações na mastigação e deglutição.</li> <li>5. Observar, registrar e comunicar sinais de fadiga durante a alimentação oral.</li> <li>6. Oferecer os alimentos em pequenas porções.</li> <li>7. Orientar a família/cuidador quanto ao posicionamento durante a alimentação do paciente.</li> <li>8. Orientar/auxiliar na dieta via oral.</li> <li>9. Solicitar avaliação do serviço de fonoaudiologia.</li> </ol>
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar aceitação/quantidade e tolerância da dieta diária.</li> <li>2. Estimular/Auxiliar dieta via oral.</li> <li>3. Priorizar as preferências alimentares.</li> <li>4. Promover aleitamento materno.</li> <li>5. Promover ingesta alimentar conforme a idade.</li> <li>6. Registrar o peso.</li> <li>7. Solicitar avaliação do serviço de nutrição.</li> <li>8. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.</li> </ol>
Constipação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar ruídos hidroaéreos.</li> <li>2. Estimular a ingesta de alimentos ricos em fibras.</li> <li>3. Estimular ingesta hídrica.</li> <li>4. Estimular/auxiliar mobilização física e deambulação.</li> <li>5. Remover a impaction fecal manualmente.</li> <li>6. Solicitar avaliação do serviço de nutrição e dietética.</li> </ol>
Diarreia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estimular ingesta hídrica.</li> <li>2. Monitorar gotejamento/velocidade de infusão da dieta enteral.</li> <li>3. Observar, comunicar e registrar frequência, volume, cor e consistência das fezes.</li> <li>4. Observar, registrar e comunicar aspecto da região de fralda ou perineal.</li> <li>5. Observar, registrar e comunicar aspectos gerais da pele (turgor da pele e região perineal).</li> <li>6. Solicitar avaliação do serviço de nutrição e dietética.</li> </ol>
Eliminação urinária prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar frequência e débito urinário e suas características.</li> </ol>
Incontinência urinária funcional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter comadre/papagaio próximos ao leito.</li> <li>2. Manter uso ( ) fralda ( ) coletor de urina externo.</li> <li>3. Orientar eliminações urinárias mais frequentes.</li> <li>4. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.</li> </ol>
Incontinência urinária reflexa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter comadre/papagaio próximos ao leito.</li> <li>2. Manter uso ( ) fralda ( ) coletor de urina externo.</li> </ol>
Incontinência urinária total	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter comadre/papagaio próximos ao leito.</li> <li>2. Manter uso ( ) fralda ( ) coletor de urina externo.</li> </ol>
Retenção urinária	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar paciente/cuidador para sondagem vesical intermitente/autocateterismo de alívio.</li> <li>2. Proporcionar privacidade e medidas que estimulem eliminação urinária espontânea (compressas mornas, bolsa de água quente, estímulo auditivo de água corrente, banho morno, irrigação em região genital com água morna).</li> <li>3. Realizar cateterismo vesical de alívio.</li> </ol>

Figura 2 - Ações de enfermagem padronizadas para pacientes clínicos e cirúrgicos quanto aos domínios Atividade/Repouso (Domínio 04) da Nanda<sup>(6)</sup>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE ENFERMAGEM
Capacidade de transferência prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escolher técnica de transferência mais adequada ao paciente.</li> <li>2. Orientar sobre técnica de transferência adequada de uma área para outra.</li> <li>3. Travar as rodas da cama, maca e cadeira de rodas durante a transferência do paciente.</li> </ol>

Deambulação prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encorajar/auxiliar deambulação.</li> <li>2. Estimular a paciente a usar calçados que facilitem a deambulação.</li> <li>3. Orientar e proporcionar mecanismos de apoio para deambulação (escadinha, andador, barra de segurança, bengala, muleta, entre outros).</li> </ol>
Débito cardíaco diminuído	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar condições de circulação periférica (pulso, edema, enchimento capilar, cor, temperatura das extremidades).</li> <li>2. Orientar o paciente a relatar dor/desconforto torácico.</li> </ol>
Déficit no autocuidado para alimentação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auxiliar o paciente a vestir-se.</li> <li>2. Estimular a participação do paciente e cuidador nas atividades de autocuidado.</li> <li>3. Manter acompanhante.</li> </ol>
Déficit no autocuidado para banho/higiene	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar a aceitação da dieta.</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar presença de resíduos alimentares na secreção traqueal.</li> <li>3. Estimular/auxiliar dieta via oral.</li> <li>4. Orientar a família/cuidador quanto ao posicionamento durante a alimentação do paciente.</li> <li>5. Posicionar o paciente sentado no leito durante a alimentação.</li> </ol>
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auxiliar/realizar higiene oral com escova e pasta dental (um terço das cerdas) e enxague com solução de gluconato de clorexidine a 0,12 %.</li> <li>2. Auxiliar/realizar higiene oral com escova e pasta dental (um terço das cerdas).</li> <li>3. Encaminhar/auxiliar/realizar as atividades de banho e higiene corporal.</li> <li>4. Orientar e auxiliar cuidados com o períneo (higienização e trocas de absorventes).</li> <li>5. Orientar lavagem das mãos após as eliminações, cuidados com o RN e antes das refeições.</li> <li>6. Orientar puérpera sobre os cuidados de higiene, vantagens, desvantagens, corrigir conceitos errôneos ou informações incorretas.</li> <li>7. Realizar banho no leito.</li> <li>8. Realizar higiene do couro cabeludo a cada dois dias + S/N.</li> <li>9. Realizar higiene do meato urinário com clorexidine degermante.</li> <li>10. Realizar higiene do pavilhão auricular.</li> <li>11. Realizar higiene em região perineal a cada troca de fraldas.</li> <li>12. Realizar higiene ocular com soro fisiológico.</li> <li>13. Realizar tricotomia facial a cada dois dias + S/N.</li> <li>14. Realizar tricotomia ungueal.</li> </ol>
Mobilidade física prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar mecanismos para impedir queda plantar.</li> <li>2. Assegurar o posicionamento correto do peso da tração, cordas, roldanas e membro fraturado.</li> <li>3. Auxiliar/realizar na mudança de decúbito mantendo o alinhamento corporal.</li> <li>4. Avaliar, registrar e comunicar alteração de perfusão periférica.</li> <li>5. Manter a tração em membro fraturado.</li> <li>6. Manter alinhamento corporal.</li> <li>7. Manter colchão de ar.</li> <li>8. Manter meias antitrombóticas.</li> <li>9. Orientar e proporcionar mecanismos de apoio para deambulação (escadinha, andador, barra de segurança, bengala, muleta, entre outros).</li> <li>10. Orientar familiares/acompanhante sobre a importância do uso das meias antitrombóticas.</li> <li>11. Proporcionar medidas de conforto no leito e/ou poltrona.</li> <li>12. Proteger proeminências ósseas.</li> <li>13. Prover medidas de controle da dor antes de realizar atividades físicas.</li> <li>14. Sentar em poltrona 02x dia.</li> </ol>
Padrão respiratório ineficaz	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter decúbito elevado à ( ) 30° ( ) 45°.</li> <li>2. Aspirar vias aéreas.</li> <li>3. Avaliar, registrar e comunicar características e quantidade de secreções das vias aéreas.</li> <li>4. Instalar, manter e registrar oximetria.</li> <li>5. Manter sistema de O2 e aspiração das vias aéreas acessível para uso imediato.</li> <li>6. Avaliar, registrar e comunicar nível de consciência e padrão respiratório: ritmo e frequência respiratória, profundidade, esforço respiratório, níveis de saturação de O2 e cianose.</li> <li>7. Realizar higiene das narinas com 05 ml de SF 0,9%.</li> </ol>
Perfusão tissular periférica ineficaz:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auxiliar/realizar na mudança de decúbito mantendo o alinhamento corporal.</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar condições de circulação periférica (pulso, edema, enchimento capilar, cor, temperatura das extremidades, parestesia).</li> <li>3. Comunicar se PAM &lt; 60mmHg.</li> <li>4. Envolver com algodão hidrófilo e atadura - (INDICAR TOPOGRAFIA).</li> <li>5. Manter meias antitrombóticas apropriada para o uso durante o período transoperatório.</li> </ol>

	6. Manter meias antitrombóticas. 7. Manter membro(s) elevado(s) - (INDICAR TOPOGRAFIA). 8. Orientar familiares/acompanhante sobre a importância do uso das meias antitrombóticas.
Risco de síndrome do desuso	1. Aplicar apoio contínuo sob a planta dos pés. 2. Estimular/auxiliar mobilização física e deambulação. 3. Manter rolo na palma das mãos. 4. Orientar/auxiliar o paciente e cuidador a fazer exercícios ativos e passivos de membros e flexão das costas.

Figura 3 - Ações de enfermagem padronizadas para pacientes clínicos e cirúrgicos quanto aos domínios Percepção/Cognição (Domínio 05), Autopercepção (Domínio 06) e Enfrentamento/Tolerância ao estresse (Domínio 09) da Nanda<sup>(6)</sup>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE ENFERMAGEM
Comunicação verbal prejudicada	1. Identificar-se, falar devagar, com clareza e concisão, usando palavras simples e frases curtas, mantendo contato visual. 2. Orientar paciente e acompanhante a ocluir a TQT durante a fala. 3. Propor formas alternativas de comunicação e expressão das necessidades (estimular expressão corporal, gestos, lápis e papel). 4. Solicitar avaliação do serviço de fonoaudiologia.
Confusão aguda	1. Avaliar, registrar e comunicar a condição da pele nos locais de contenção como lesões e perfusão capilar. 2. Avaliar, registrar e comunicar alteração no nível de consciência. 3. Explicar à família/acompanhante sobre a necessidade da contenção. 4. Explicar com clareza e segurança todos os procedimentos a serem realizados e possíveis sensações que o paciente possa ter durante o procedimento. 5. Manter acompanhante. 6. Manter grades laterais do leito elevadas. 7. Manter sistema de O2 e aspiração das vias aéreas acessível para uso imediato. 8. Realizar contenção física atentando para não amarrar as contenções nas grades da cama, somente em casos de manutenção da segurança, sem finalidade de punição. 9. Registrar detalhadamente os motivos para o uso da contenção. 10. Remover todos os objetos próximos ao leito que o paciente possa utilizar para causar dano a si ou a outrem. 11. Solicitar acompanhante. 12. Solicitar avaliação do serviço de psicologia. 13. Usar mecanismo de proteção como rolo de conforto.
Memória prejudicada	1. Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas. 2. Estimular a memória repetindo as últimas verbalizações e acontecimentos. 3. Manter acompanhante. 4. Observar e corrigir com o paciente os erros de orientação.
Baixa autoestima situacional	1. Auxiliar a paciente a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal. 2. Avaliar e orientar quanto à adaptação da paciente a mudanças na imagem corporal. 3. Avaliar e orientar quanto às expectativas da paciente em relação à imagem corporal com base no estágio do desenvolvimento. 4. Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas. 5. Encorajar o contato visual na comunicação com a paciente. 6. Estimular a participação do paciente e cuidador nas atividades de autocuidado. 7. Propiciar experiências que aumentem a autonomia do paciente. 8. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.
Distúrbio da imagem corporal	1. Auxiliar a paciente a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal. 2. Avaliar e orientar quanto à adaptação da paciente a mudanças na imagem corporal. 3. Avaliar e orientar quanto às expectativas da paciente em relação à imagem corporal com base no estágio do desenvolvimento. 4. Identificar/orientar as estratégias de enfrentamento usadas pelos pais/familiares. 5. Propiciar experiências que aumentem a autonomia do paciente. 6. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.
Ansiedade	1. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. 2. Estimular e realizar atividades recreativas. 3. Explicar com clareza e segurança todos os procedimentos a serem realizados e possíveis sensações que o paciente possa ter durante o procedimento.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Identificar, registrar e comunicar alterações nos níveis de ansiedade.</li> <li>5. Oferecer informações reais sobre diagnóstico, cuidados, tratamento e prognóstico.</li> <li>6. Orientar os familiares a permanecer com o paciente.</li> <li>7. Ouvir atentamente o paciente.</li> <li>8. Permitir visita de representante espiritual.</li> <li>9. Proporcionar tranquilidade e conforto.</li> <li>10. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.</li> <li>11. Solicitar avaliação do serviço social.</li> </ol>
Ansiedade relacionada à morte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.</li> <li>2. Explicar com clareza e segurança todos os procedimentos a serem realizados e possíveis sensações que o paciente possa ter durante o procedimento.</li> <li>3. Oferecer informações reais sobre diagnóstico, cuidados, tratamento e prognóstico.</li> <li>4. Ouvir atentamente o paciente.</li> <li>5. Permitir visita de representante espiritual.</li> <li>6. Proporcionar tranquilidade e conforto.</li> <li>7. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.</li> </ol>
Enfrentamento familiar comprometido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabelecer uma relação de confiança com cada familiar.</li> <li>2. Estimular a participação do paciente e cuidador nas atividades de autocuidado.</li> <li>3. Flexibilizar visita de familiares.</li> <li>4. Oferecer informações reais sobre diagnóstico, cuidados, tratamento e prognóstico.</li> <li>5. Orientar e corrigir conceitos errôneos ou informações incorretas.</li> <li>6. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.</li> <li>7. Solicitar avaliação do Serviço Social.</li> </ol>
Enfrentamento ineficaz	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estimular a participação do paciente e cuidador nas atividades de autocuidado.</li> <li>2. Flexibilizar visita de familiares.</li> <li>3. Oferecer informações reais sobre diagnóstico, cuidados, tratamento e prognóstico.</li> <li>4. Orientar e corrigir conceitos errôneos ou informações incorretas.</li> <li>5. Solicitar acompanhante.</li> <li>6. Solicitar avaliação do serviço de Psicologia.</li> <li>7. Solicitar avaliação do Serviço Social.</li> </ol>

Figura 4 - Ações de enfermagem padronizadas para pacientes clínicos e cirúrgicos quanto aos domínios Segurança/Proteção (Domínio 11) e Conforto (Domínio 12) da Nanda<sup>(6)</sup>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE ENFERMAGEM
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspirar vias aéreas.</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar características e quantidade de secreções das vias aéreas.</li> <li>3. Avaliar, registrar e comunicar nível de consciência e padrão respiratório: ritmo e frequência respiratória, profundidade, esforço respiratório, níveis de saturação de O<sub>2</sub> e cianose.</li> <li>4. Estimular ingestão hídrica.</li> <li>5. Estimular/auxiliar mobilização física.</li> <li>6. Estimular/orientar tosse/expectoração.</li> <li>7. Manter decúbito elevado à ( ) 30° ( ) 45°.</li> <li>8. Manter sistema de O<sub>2</sub> e aspiração das vias aéreas acessível para uso imediato.</li> <li>9. Realizar ausculta pulmonar.</li> <li>10. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, mantendo o alinhamento corporal.</li> <li>11. Sentar paciente O<sub>2</sub> x ao dia.</li> </ol>
Hipertermia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar compressas frias (em região cervical posterior, axilar e inguinal).</li> <li>2. Encaminhar/auxiliar para o banho de aspersão.</li> <li>3. Estimular ingestão hídrica (obs.: líquidos frios).</li> <li>4. Instalar e manter dispositivo para monitorização da temperatura corporal.</li> <li>5. Monitorar perda de líquidos.</li> <li>6. Monitorar sinais vitais de hipertermia maligna (hipercarbia, elevação da temperatura, taquicardia, taquipneia, arritmias, cianose, pele moteada, rigidez, transpiração profusa, pressão sanguínea instável).</li> <li>7. Observar, registrar e comunicar aspectos gerais da pele (turgor da pele, umidade e coloração).</li> <li>8. Observar, registrar e comunicar o anestesiológico e o cirurgião se hipertermia.</li> <li>9. Promover medidas que diminuam a temperatura corporal (retirar excesso de roupas e cobertores, arejar ambiente).</li> <li>10. Realizar banho no leito.</li> </ol>

Integridade da pele prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar alterações da pele (coloração, edema, textura, calor, umidade, ulceração).</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar alterações do estado nutricional.</li> <li>3. Avaliar, registrar e comunicar alterações no processo cicatricial (retardo na cicatrização, presença de exsudato, odor e sinais flogísticos).</li> <li>4. Avaliar, registrar e comunicar aspecto da incisão cirúrgica (coloração, edema, calor, exsudato, hiperemia, deiscência, evisceração).</li> <li>5. Manter pele hidratada.</li> <li>6. Monitorar ressecamento e umidade excessiva da pele.</li> <li>7. Orientar a família/cuidador sobre os cuidados com a pele e/ou feridas.</li> <li>8. Realizar banho de luz com lâmpada 40w incandescente a 30cm.</li> <li>9. Realizar curativo.</li> <li>10. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, mantendo o alinhamento corporal.</li> <li>11. Usar recursos de proteção sobre o leito ou poltrona (colchão de ar, almofadas de gel, rolos de conforto).</li> </ol>
Integridade tissular prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar, registrar e comunicar alterações da pele (coloração, edema, textura, calor, umidade, ulceração).</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar alterações do estado nutricional.</li> <li>3. Avaliar, registrar e comunicar alterações no processo cicatricial (retardo na cicatrização, presença de exsudato, odor e sinais flogísticos).</li> <li>4. Avaliar, registrar e comunicar aspecto da incisão cirúrgica (coloração, edema, calor, exsudato, hiperemia, deiscência, evisceração).</li> <li>5. Manter mucosa ocular umidificada com SF 0,9%.</li> <li>6. Manter pele hidratada.</li> <li>7. Manter região ocular ocluída com papel filme.</li> <li>8. Monitorar ressecamento e umidade excessiva da pele.</li> <li>9. Orientar a família/cuidador sobre os cuidados com a pele e/ou feridas.</li> <li>10. Realizar banho de luz com lâmpada 40w incandescente a 30cm.</li> <li>11. Realizar curativo.</li> <li>12. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, mantendo o alinhamento corporal.</li> <li>13. Usar recursos de proteção sobre o leito ou poltrona (colchão de ar, almofadas de gel, rolos de conforto).</li> </ol>
Dor aguda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assegurar-se de que o paciente não seja alérgico ao analgésico.</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar a eficácia das medidas utilizadas para o controle da dor.</li> <li>3. Avaliar, registrar e comunicar local, características, início, duração, frequência, intensidade e os fatores desencadeantes da dor.</li> <li>4. Estimular e realizar atividades recreativas.</li> <li>5. Manter alinhamento corporal.</li> <li>6. Observar, registrar e comunicar indicações não verbais de dor (expressão facial, gestos protetores, taquicardia, sudorese, hipertensão).</li> </ol>
Dor crônica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assegurar-se de que o paciente não seja alérgico ao analgésico.</li> <li>2. Avaliar, registrar e comunicar a eficácia das medidas utilizadas para o controle da dor.</li> <li>3. Avaliar, registrar e comunicar local, características, início, duração, frequência, intensidade e os fatores desencadeantes da dor.</li> <li>4. Manter alinhamento corporal.</li> <li>5. Observar, registrar e comunicar efeitos colaterais de medicações (constipação, alergias e sedação).</li> <li>6. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.</li> </ol>
Náusea	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar posicionamento e fixação de sondas gástricas e enterais.</li> <li>2. Identificar fatores que predispõe náusea (medicações, dor, procedimentos).</li> <li>3. Interromper a dieta.</li> <li>4. Manter cabeça lateralizada.</li> <li>5. Manter decúbito elevado à ( ) 30° ( ) 45°.</li> <li>6. Observar, comunicar e registrar a intensidade e frequência das náuseas.</li> <li>7. Ofertar dieta fracionada durante as refeições.</li> <li>8. Ofertar líquidos frios durante as refeições.</li> </ol>

Nas instituições em que esta proposta gerencial tem sido implantada, tal processo tem-se apresentado moroso e com muitas dificuldades, porque envolve mudanças na

organização do trabalho de um considerável quantitativo de profissionais<sup>(3)</sup>. Ao comparar o processo de implantação desta proposta gerencial no hospital em questão com outras

instituições, relatos na literatura apontam que as dificuldades são semelhantes. O receio e a incerteza dos profissionais quanto à operacionalização da SAE, a falta de conhecimento do conteúdo teórico sobre o processo, a resistência à nova proposta com a justificativa de que esta traria sobrecarga de trabalho para o enfermeiro, o número insuficiente de profissionais para desempenhar as atividades, as falhas na uniformização das condutas entre os enfermeiros do mesmo setor e a falta de correlação entre as fases do processo de enfermagem são algumas dificuldades descritas na literatura<sup>(3,8-13)</sup>.

Além das dificuldades já descritas, o grupo facilitador observou a falta de padronização das ações de enfermagem e a necessidade de revisar a redação destas. Tais atividades são justificadas pela preocupação dos enfermeiros em não deixar que as ações prescritas se limitem apenas a cuidados de rotina, mas que se tornem orientações de cuidados consistentes e pertinentes com os diagnósticos de enfermagem elencados.

A padronização das ações de enfermagem busca qualificar o cuidado prestado, ofertar atendimento planejado e individualizado, manter a organização do setor, otimizar o tempo identificando as prioridades para a tomada de decisões, promover a valorização do profissional enfermeiro e conseqüentemente a valorização da equipe.

Além disso, vale ressaltar que a instituição em questão é um hospital

universitário e, assim como observado em um estudo<sup>(9)</sup>, a assistência de enfermagem nesse ambiente deve conciliar as atividades assistenciais às atividades de ensino e pesquisa.

Na instituição em questão são desenvolvidas aulas práticas dos cursos de enfermagem de nível médio e de nível superior, portanto, se esta tivesse um modelo de assistência de enfermagem implantado contribuiria de forma efetiva no processo de formação desses profissionais que atuarão diretamente no desenvolvimento do processo de enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos de revisão e padronização das ações de enfermagem desenvolvidas pelo Grupo de Estudo para Padronização das Ações de Enfermagem constituiu uma etapa fundamental para que a implantação da SAE na referida instituição tenha continuidade.

A partir da padronização das ações de enfermagem aos pacientes adultos clínicos e cirúrgicos das duas unidades piloto, os enfermeiros facilitadores das demais unidades e áreas assistenciais que ainda estão desenvolvendo as atividades da Fase IV terão o referido material como referência e poderão usá-lo como recurso para guiar as discussões sobre as ações de enfermagem já padronizadas.

O objetivo da implantação da SAE na instituição é organizar e sistematizar o cuidado e o processo de trabalho da

enfermagem, contribuindo para que o enfermeiro amplie seu espaço e autonomia na assistência direta ao paciente, no gerenciamento do cuidado e na enfermagem como ciência.

No entanto, vivenciamos as dificuldades enfrentadas no processo de implantação da SAE na referida instituição de saúde, sendo estas associadas a fatores de ordem estrutural, gerencial, político e cultural.

Para a operacionalização e concretização do processo de implantação da SAE, é essencial que haja maior envolvimento e participação efetiva dos enfermeiros e que estes atuem com compromisso e responsabilidade, com ênfase na melhoria da qualidade da assistência a fim de proporcionarem um cuidado integral, individualizado e humanizado à clientela assistida.

## REFERÊNCIAS

1- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358 de 15 de outubro de 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, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html).

2- Ramos GS, Santana LC, Ferreira PHC, et al. Diagnósticos de enfermagem documentados em prontuários de pacientes

em unidade de terapia intensiva. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 maio-ago.; 3(2):679-686.

3- Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implantação do diagnóstico de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006; 40(1):111-6.

4- Mendonça NN, Dutra MD, Funghetto SS, et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hemodialíticos em uso do cateter duplo lúmen. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 maio-ago.; 3(2):632-644.

5- Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel: Unioeste, 2014. Disponível em: <http://www.unioeste.br/huop>.

6- NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2012-2014. Tradução: Garcez, RM; Revisão técnica: Barros, ALBL, et al. Porto Alegre: Artmed; 2013.

7- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

8- Castilho NC, Ribeiro PG, Chirelli MQ. Implementação da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar no Brasil. Texto Contexto Enferm. 2009 abr.-jun.; 18(2): 280-9.

9- Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2005 maio-jun.; 58(3): 325-9.

10- Gomes LA, Brito DS. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de

literatura. Revista Interdisciplinar UNINOVAFAP. 2010 jul.-ago.-set.; 5(30): 64-70.

11- Neves RS, Shimizu H. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. Rev Bras Enferm. 2010 mar.-abr.; 63(2): 222-9.

12- Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da Assistência de Enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev Bras Enferm. 2012 mar.-abr.; 65(2): 297-303.

13- Silva MM, Moreira MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2011; 24(2): 172-8.

**Recebido em:** 05/03/2014

**Versão final reapresentada em:** 10/10/2014

**Aprovado em:** 29/10/2014

**Endereço de correspondência**

Lara Adrienne Garcia Paiano

Endereço: Rua Sérgio Djalma de Holanda, 2243,

Bairro Neva, CEP: 85802-230 Cascavel - PR

E-mail: laraagp@hotmail.com