

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIELY MORAIS SOUZA

**ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO POR PROFISSIONAIS MÉDICOS E
ENFERMEIROS PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO NO SAMU/192 – CAMPO
GRANDE/MS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIELY MORAIS SOUZA

**REGISTRO DE ATENDIMENTO: ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO
POR PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS DO SAMU/192 – CAMPO
GRANDE/MS**

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

Profa. Orientadora: Msc. Aline Massaroli

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **REGISTRO DE ATENDIMENTO: ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO POR PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS DO SAMU/192 – CAMPO GRANDE/MS** de autoria do aluno **DANIELY MORAIS SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Msc. Aline Massaroli
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	06
2 MÉTODO.....	07
3 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS.....	13

RESUMO

Este trabalho surgiu da necessidade apresentada pelo serviço móvel de atendimento a urgência e emergência em atuo. Atualmente os registros são realizados individualmente por cada profissional, médico e enfermeiro, em formulários separados, para todos os pacientes atendidos pela Unidade de Suporte Avançado, sendo as duas fichas arquivadas em conjunto. O objetivo deste projeto é elaborar uma proposta de adaptação do formulário impresso para o registro de atendimento realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, unindo em um único impresso os dois registros de atendimento, enfermagem e médico, preservando o que é peculiar de cada profissional em uma estrutura bem definida, otimizando tempo de registros através de preenchimento único de informações básicas, minimizando desgaste da equipe e gasto desnecessário de papel e espaço de arquivo. Ambos os formulários de registro contêm campos que são preenchidos pelo médico e pelo enfermeiro como: número da ocorrência, horários de deslocamento, endereço, código de deslocamento, nome, idade, sexo, sinais vitais, achados clínicos e histórico prévio de saúde do paciente, que gerava registro de informações idênticas e duplicadas. No formulário proposto foram unificadas as informações de identificação, especificando um espaço para evolução do enfermeiro e médico, e anotação dos técnicos de enfermagem. Analisando o formulário elaborado avalia-se primariamente como uma ferramenta funcional, que facilita o preenchimento pelos profissionais, assim como a avaliação das informações por outras pessoas que necessitem, além de respeitar as legislações vigentes no que diz respeito ao prontuário do paciente.

1 INTRODUÇÃO

No segundo semestre de 2011 foi iniciado o processo de formalização da assistência de enfermagem prestada aos pacientes atendidos pelas Unidades de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) de Campo Grande-MS.

Foi elaborado catálogo com os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções pertinentes, levantados pelo grupo de enfermeiros intervencionistas, a partir da prática profissional no referido serviço. Além do catálogo foi implantado formulário de registro da assistência de enfermagem individual prestada aos pacientes.

O serviço já dispunha de formulário de registro de atendimento médico quando a assistência de enfermagem passou a ser registrada.

Atualmente os registros são realizados por cada profissional, médico e enfermeiro, em formulários separados, para todos os pacientes atendidos por USA, sendo as duas fichas arquivadas em conjunto. Os formulários de registro de atendimento médico e de enfermagem contêm campos que são preenchidos por ambos profissionais como: número da ocorrência, horários de deslocamento, endereço, código de deslocamento, nome, idade, sexo, sinais vitais, achados clínicos e histórico prévio de saúde do paciente. Isso gera, portanto, o registro de informações idênticas, duplicadas.

O objetivo deste projeto é elaborar uma nova proposta de impresso para o registro de atendimento realizado pelo SAMU, unindo em um único impresso os dois registros de atendimento, enfermagem e médico, preservando o que é peculiar de cada profissional em uma estrutura bem definida, otimizando tempo de registros através de preenchimento único de informações básicas, minimizando desgaste da equipe e gasto desnecessário de papel e espaço de arquivo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo definição do Conselho Federal de Medicina na Resolução n.º 1.638/02, prontuário é “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

De acordo com a Portaria 2048/02 do Ministério da Saúde, cada paciente deve possuir prontuário individualizado que contenha “informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento”.

Para a realização de tais registros nas viaturas de suporte avançado de vida o SAMU de Campo Grande/MS, que teve início em abril de 2005, instituiu primariamente um formulário que propunha campos para preenchimento de dados de identificação, anamnese e exame físico, evolução, prescrição de medicamentos e procedimentos, executados todos pelo profissional médico.

Em 2002 foi publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a resolução 272, que determinou a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em toda instituição de saúde, pública e privada. Orientou ainda que o registro seja feito formalmente no prontuário do paciente contendo histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução e relatório de enfermagem. Tal resolução foi revogada pelo COFEN, em 2009, pela de número 358.

Em cumprimento às legislações supracitadas, em 2011, iniciou-se o registro da SAE no SAMU de Campo Grande/MS, efetuada pelos enfermeiros das USA, em formulário específico e individualizado. Este processo se deu a partir de reuniões no formato de roda de conversa onde os enfermeiros assistenciais, juntamente com a chefia de enfermagem do serviço, discutiram os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem observadas no atendimento pré-hospitalar móvel, assim como o formato que seria dado ao instrumento de registro.

3 MÉTODO

Proposta de integração de formulário de atendimento médico e de enfermagem utilizado pelas equipes das USA do SAMU, serviço este vinculado à Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande/MS. Caracterizando assim este estudo como uma tecnologia de concepção.

Baseado nas legislações que regem o registro de atendimento tanto de profissionais médicos quanto de enfermeiros foi proposto no primeiro trimestre de 2014, a utilização dos formulários em folha única, visando a economia de tempo e o gasto desnecessário de folhas de papel, sem negligenciar espaço específico para registros pertinentes a cada profissional.

Por não se tratar de pesquisa o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e não foram utilizados dados relativos a sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais. Foi solicitada autorização à chefia do serviço para o desenvolvimento de tal projeto e após aprovação procedeu-se o início do mesmo.

Realizado levantamento bibliográfico sobre a composição e registros que devem constar no prontuário do paciente, além da legislação que rege o exercício profissional de médicos e enfermeiros, sem deixar de considerar a necessidade e estrutura do serviço onde o projeto foi proposto.

Utilizando os arquivos digitais dos formulários de atendimento médico e de enfermagem foram suprimidos os registros de identificação da ocorrência, dados de identificação, sinais vitais, achados clínicos e histórico prévio de saúde do paciente a um único campo. Logo em seguida são disponibilizados campo para registros médicos, e após, campo para registros do enfermeiro, todos estes bem delimitados e integrais, assim como constava nos formulários de atendimento quando individualizados.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Seguindo a proposta do projeto foi elaborado formulário único, com registros médicos e de enfermagem, sobre atendimentos realizados a pacientes por equipe de suporte avançado de vida.

A ficha é composta de campos de identificação da ocorrência, como número, endereço, código de deslocamento, horários e equipe empenhada. Em seguida pode ser feito o registro da natureza da ocorrência, informação esta passada pela Central de Regulação, onde a mesma foi gerada. As ocorrências podem ser classificadas como primárias, onde o paciente encontra-se em ambientes diversos como residência, via pública, ambiente público etc, sem atendimento por equipe de saúde; e secundárias, quando já foi submetido à avaliação e atendimento por equipe de saúde, a qual julga a necessidade de encaminhamento para instituição adequada à necessidade de saúde do paciente naquele momento.

Após os campos de identificação da ocorrência e natureza da mesma é possível registrar informações de identificação do paciente, como nome, idade, sexo e em seguida anotar dados sobre histórico de saúde, queixa principal no momento, sinais vitais aferidos e exame físico realizado.

Como já discutido anteriormente os espaços destinados a registros médicos e de enfermagem estão delimitados, facilitando o preenchimento pelos profissionais e a utilização dos registros feitos por outros profissionais que necessitem.

Sendo assim, após avaliação do paciente, através de histórico e exame físico, médicos podem descrever quadro clínico, hipótese diagnóstica e intercorrências, assim como medicações prescritas e administradas e procedimentos efetuados, enquanto enfermeiros podem registrar diagnósticos e intervenções de enfermagem para o caso, procedendo à evolução de enfermagem, com registros necessários e pertinentes ao exercício profissional.

Existem locais no formulário específicos para identificação dos profissionais que procederem ao atendimento, onde se podem descrever nomes, número dos conselhos de classe e assinatura. A informação de destino do paciente atendido também pode ser registrada, sendo ele conduzido pela equipe que foi empenhada ou por outros. Há casos em que, na chegada da equipe,

o paciente não se encontra mais em aguardo no local solicitado. Esta informação precisa ser registrada.

Outro fator importante no atendimento pré-hospitalar móvel é o registro de pertences do paciente atendido que são encaminhados aos familiares após a estabilização da vítima.

Analisando o formulário elaborado avalia-se primariamente como uma ferramenta funcional, que facilita o preenchimento pelos profissionais, assim como a avaliação das informações por outros que necessitem, além de respeitar as legislações vigentes no que diz respeito ao prontuário do paciente.

Em seguida apresentamos o instrumento elaborado:



ATENDIMENTO – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Desloc(1) (2) (3) Gravidade (1)(2)(3)	Base:	USA: (1) (2) (3)	Data:	Nº ocorrência (senha):		
Acionamento/ Horários	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base
Endereço:						Bairro:

NATUREZA DO CHAMADO

PRIMÁRIA: () Causas Externas () Clínico () Pediátrico () Psiquiátrico () Obstétrico () Outros..... () Acid. Trânsito.....	SECUNDÁRIA: OrigemSetor:..... DestinoSetor:..... Médico Regulador:.....TIPO: () Maior Complexidade () Transferência () Apoio Responsável: ORIGEM..... DESTINO.....
---	--

PACIENTE/VÍTIMA

Nº de vít:	Nome:	Nascim: ____/____/____	Idade:	Sexo: () Masc () Fem
ANTECEDENTES: () Cardiopatia () Doença Neurológica () Doenças Infecto-contagiosas () Tabagismo () Pneumopatia () Diabetes (I) (II) () Doença Psiquiátrica () Alcoolismo () Cirurgias (.....) () Alergias () Hipertensão Arterial () Nefropatias () Drogadição () Traumatismos () AVE				

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SAT O ₂%	T°C	Glicemiamg/dL	GLASGOW: Ocular: () + Verbal: () + Motora: () =
----------------------	----	----	----	------------------------------	--------------	------------------------	--

VIAS AÉREAS () Livres () Obstrução Parcial () Edema de Glote () Total () Corpo Estranho () Bronco Aspiração () I.O.T.	Respiração/ Ventilação () Espontânea () Parada Respiratória () Taquipnéia () Bradipnéia () Assistida	Expansibilidade () Normal () Esforço () Ausente () Irregular () Superficial	Ausculta MV () Normal () Abolido () Diminuído () Estertores () Roncos () Sibilos	Achados: () Hemoptise () Crepitação () Hálito Etilico () Expectoração abundante () Enfisema Subcutâneo () Traumatopnéia
---	--	--	---	--

CIRCULAÇÃO: Pele: () Normal () Palidez () Cianose () Sudorese () Quente () Fria	PERFUSÃO: () Normal () Retardo > 2" () Ausente	EDEMA: () Ausente () Palpebral () MMII () Anasarca	Pulso: () Cheio () Fino () Irregular () Ausente Ausculta Cardíaca: () Normal () Taquicardia () Bradicardia () Arritmia () Inaudível ECG/Monitoramento: () Normal () Alterado () Isoelétrico/AESP () Não Realizado PESCOÇO: () Normal () Turgor Jugular () Desvio de traquéia () Dor à Mobilização () Rigidez de Nuca ABDOMEM: () Normal () Dor () Defesa () Irritação Peritoneal () Hepatomegalia () Esplenomegalia () Ascite () Distensão () Gravídico
--	---	---	---

NEUROLÓGICO: () Normal () Agitação () Sonolência () Coma () Sedado () Otorragia (D)(E) () Sinal de Battle (D)(E) () Olhos de Guaxinim (D)(E)
() Paralisia..... () Parestesia..... () Anestesia..... () Paresia..... () Arreflexia.....
PUPILAS: () Iso-Fotoreagentes () Miose (D)(E) Midríase (D)(E) () Anisocoria () Médio-Fixas () Não Reagentes

OBSTETRICIA: I.G.....Semanas D.U.M. ____/____/____ G..... P..... C..... A..... Pré-Natal () Sim () Não	FU..... Bolsa..... Colo.....cm	BCF.....bpm Apresentação..... Dinâmica:/10min	R.N.: () Vivo () Gemelar () Deiquitação () Morto Sexo (M)(F) () Único Apgar 1º 5º
---	--------------------------------------	---	---

QUADRO CLÍNICO - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INTERCORRÊNCIAS (se necessário use o verso)

Médico		
	MEDICAÇÃO:	PROCEDIMENTOS: () Desobstr V. Aéreas () Cânula Guedel () JIOT () Cricotireoidostomia () Ventilação Manual () Respirador de Transporte () O2.....l/min () Toracocentese (D)(E) Drenagem de Tórax (D)(E) () Massagem Cardíaca () Desfibrilação/Cardioversão () Contenção de Sangramentos () Curativo () Acesso Venoso (C)(P) Qtd (.....) Sonda () Gástrica () Uretral () Imobilização Membros () Colar cervical () K.E.D. () Talas/Tração Outros.....	Médico: CRM: Assinatura:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA 2009-2011)

() Risco de infecção	() Risco de choque	() Risco de perfusão tiss. cerebral ineficaz	() Comportamento desorganizado do bebê
() Risco de queda	() Risco de aspiração	() Risco de perfusão tiss. cardíaca ineficaz	()
() Dor aguda	() Risco de glicemia instável	() Ventilação espontânea prejudicada	()
() Integridade tissular prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de diáde mãe/feto perturbada	()

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

() Aferir sinais vitais	() Comunicar sinais de choque	() Aspirar vias aéreas	()
--------------------------	--------------------------------	-------------------------	-----------

<input type="checkbox"/> Monitorizar níveis de sat. de oxigênio <input type="checkbox"/> Monitorizar traçado de ECG <input type="checkbox"/> Puncionar AVP <input type="checkbox"/> Realizar glicemia capilar	<input type="checkbox"/> Orientações à família pós-óbito <input type="checkbox"/> Realizar imobilização coluna vertebral <input type="checkbox"/> Comunicar sinais de hipóxia <input type="checkbox"/> Manter cabeça elevada a 30°	<input type="checkbox"/> Imobilizar membro com tala <input type="checkbox"/> Aplicar cuidados para oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Aplicar manta térmica <input type="checkbox"/> Realizar curativo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (se necessário use o verso)			
.....			Enfº..... COREN/MS:..... Assinatura:..... Conductor socorrista:
LOCAL DE ENCAMINHAMENTO: Médico receptor: Enfº Receptor:			
REMOVEDO POR OUTROS: () Corpo de Bombeiros ____ () Amb. privada () Polícia Militar () Populares () USA__ () USB__ () recusa () evasão () óbito			
PERTENCES DO PACIENTE			Nome: Função / Parentesco:

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em nosso serviço é frequente a discussão e questionamento pelos profissionais sobre o registro de atendimentos de médicos e enfermeiros serem realizado em formulários separados.

Realizar o projeto de intervenção desta Especialização com o objetivo de unificar de forma adequada e prática o formulário de registro em meu serviço foi ao mesmo tempo um desafio e uma conquista. Houve apoio por parte de colegas de trabalho, que ficaram também ansiosos pelo resultado.

Após a finalização da proposta, o novo formulário foi apresentado aos colegas, assim como à chefia do serviço, que deu os devidos encaminhamentos ao órgão gestor e permanece no aguardo de autorização para implantação do mesmo, em substituição aos dois formulários em uso até o momento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048, de 05 de Novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm> Acesso em: 04/04/2014

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 272, de 27 de Agosto de 2002 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.** Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html Acesso em: 04/04/2014

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.** Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 04/04/2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1638, de 09 de Agosto de 2002 - Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.** Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm Acesso em: 04/04/2014

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/** NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2010.

