

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DILMA TEIXEIRA DE OLIVEIRA CANUTO

**IMPLANTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO, REGISTRO EVOLUÇÃO DE  
ENFERMAGEM EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DILMA TEIXEIRA DE OLIVEIRA CANUTO

**IMPLANTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO, REGISTRO E EVOLUÇÃO  
DE ENFERMAGEM EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO**

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

**Prof. Orientador: Rafael Marcelo Soder.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO, REGISTRO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO** de autoria do aluno **DILMA TEIXEIRA DE OLIVEIRA CANUTO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder**  
Orientador da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Acima de tudo agradeço a Deus pela bondade em me auxiliar na realização deste objetivo, que ainda cheguei a pensar em desistir, por não acreditar no meu potencial. Obrigada meu Deus por esta conquista.

Agradeço a minha filha Lívia pelo apoio na orientação sobre as normas da ABNT, com paciência, carinho e sabedoria durante a construção do projeto. É muito gratificante ver a minha filha tão preparada na pesquisa científica ainda na graduação. Muito sucesso na psicologia que abraçou como profissão.

Agradeço também ao meu Orientador Enf<sup>o</sup>. Dr. Rafael Marcelo Soder pela paciência, confiança e ajuda incansável nas revisões do TCC.

Agradeço também aos Tutores Danielle Perin da primeira fase da especialização e ao Alex Becker pelo incentivo e confiança na finalização do TCC.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>18</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>24</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Descrição do plano de ação para elaboração da ficha de avaliação registro e evolução de enfermagem.....	<b>15</b>
<b>Quadro 2:</b> Descrição do plano de ação para avaliação e implementação da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem.....	<b>16</b>

## RESUMO

Estudo de revisão de literatura, realizado em um Ambulatório 24 Horas de Maceió - Alagoas, a partir da observação das necessidades deste local e de um estudo aprofundado, que buscou a sustentação teórica nas portarias de urgência e emergência e na política de humanização do Ministério da Saúde, para subsidiar a implantação de um instrumento de coleta de dados para o atendimento a pacientes em situação de urgência e emergência, visando à avaliação, registro e evolução de enfermagem, que estrutura a sistematização da assistência de enfermagem, metodologia esta que permite ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que embasa a profissão. Desta forma objetivou-se propor um plano de elaboração e implantação de uma ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em atendimento de urgência e emergência. Assim, o enfermeiro poderá realizar o processo de enfermagem, identificando problemas, avaliando o paciente, realizando o exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, favorecendo a conduta correta, guiada pelo instrumento básico de coleta de dados, construído com a visão das situações de adoecimentos que ocorrem no Ambulatório 24 Horas Denilma Bulhões, que levará ao aprimoramento das ações, transformando a enfermagem de um atendimento simples e limitado, para uma assistência qualificada, ampliada e científica, pois o exercício constante das habilidades possibilitará um novo fazer e ser na enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação em realizar uma assistência de enfermagem com cuidados individualizados aos pacientes em situações de urgência e emergência vem sendo vivenciada cotidianamente pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidades Hospitalares, Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo e Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Estas Unidades de Atendimento fazem parte da rede referenciada de Urgência e Emergência, estabelecida no Brasil a partir da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências conforme a Portaria GM nº 1863 (BRASIL, 2003), que tem como princípio a garantia da universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios).

Tais princípios também norteiam a Política Nacional de Humanização que foi implantada em 2004 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, devendo ser inserida em todas as políticas, programas e esferas do SUS.

As deficiências nas ações de Urgência e Emergência, estas consideradas as portas de entrada do Sistema de saúde, tem grande visibilidade para a população em todo o mundo. Tais deficiências estão relacionadas ao abastecimento de insumos materiais e equipamentos em condições de uso, a adequação das instalações prediais, assim como a assistência prestada pela equipe multiprofissional que nem sempre está capacitada dentro dos parâmetros necessários para este tipo de atendimento.

Considera-se, portanto, a necessidade de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem no sentido de se especializar na área e implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Humanizada. Logo, surge também a necessidade de se elaborar e implantar instrumentos capazes de fornecer as informações necessárias para um atendimento seguro e de qualidade, livre de riscos e de danos à saúde do paciente e do profissional de saúde, mais especificamente do enfermeiro e/ou equipe de enfermagem.

Ressalta-se também a importância dos aspectos éticos do processo de cuidar, que envolvem o cuidador e o ser cuidado. Cuidado significa acolhimento, solicitude, zelo e atenção com os aspectos biopsicossociais, além do conhecimento técnico necessário a assistência de



qualidade a ser executada. Portanto, cuidar é mais que um ato é uma atitude de ocupação, de preocupação de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2000).

Cuidar do ser humano em urgência e emergência requer um cuidado rápido, com conhecimento científico e técnico, assegurando a manutenção da vida e buscando sempre se colocar na posição do outro, para assim dar o melhor de si. Ou seja, identificar os sinais e sintomas de gravidade e aplicar os cuidados necessários em tempo hábil podem salvar muitas vidas. Assim, a assistência deve ser realizada utilizando a proteção adequada, tecnicamente correta para evitar acidentes com o paciente e com a equipe multiprofissional.

No atendimento de Urgência e Emergência realizado no Ambulatório 24 Horas Denilma Bulhões/SESAU-AL, considerado Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, com portas abertas, não tem implantada a Classificação de Riscos, e recebe pacientes crianças e adultos com as mais diversas patologias e gravidades variadas, desde Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus descompensados, Edema Agudo de Pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, vítimas de acidentes com arma de fogo e arma branca, acidentes domésticos, acidente automobilístico, envenenamentos, queimaduras, afogamento, abdome agudo, diarreia aguda, entre outros, além de atendimento ambulatorial.

Durante todo atendimento aos pacientes, desde a sala de emergência até as enfermarias de observação, existe apenas um formulário para nortear a assistência a “Ficha de Atendimento de Emergência” para avaliação e diagnóstico médico. Um segmento dessa ficha é dividido em duas colunas para a prescrição médica e o registro da administração e evolução de enfermagem. A ausência de um formulário específico para a enfermagem, envolvendo o registro da avaliação admissional de pacientes em situações de urgência ou emergência, não permite que o enfermeiro realize um atendimento ou cuidado seguro para o paciente e para ele mesmo, pois o registro de dados é importante para uma assistência segura, livre de riscos evitáveis, pois os valores legais de um atendimento estão no registro da assistência prestada.

Desta forma, considera-se de grande relevância a implantação de um formulário para o enfermeiro realizar o registro do atendimento de urgência e emergência, com avaliação detalhada do quadro neurológico, a presença de traumas físicos e outros danos, seguido de exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Logo, a presente monografia trás como questionamentos: Como implantar uma ficha de admissão e evolução de enfermagem em

atendimento de urgência e emergência? Quais itens devem estar contidos na em tal ficha? Após a implantação, como avaliar a efetividade da utilização da ficha?

Assim, objetivou-se propor um plano de implantação de uma ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em atendimento de urgência e emergência, e em específico: elaborar uma ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em atendimento de urgência e emergência; e sugerir alguma forma de avaliar a efetividade da ficha, em conjunto com os enfermeiros.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A partir do conhecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências conforme Portaria GM nº. 2048 (BRASIL, 2002), as Unidades Pré-Hospitalares Fixas, que são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos socorros, portanto não são consideradas unidades hospitalares, devendo funcionar nas 24 horas do dia e estar habilitada a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte.

Estas Unidades devem manter regime de observação em enfermarias para adultos e crianças durante um período de 24 horas, não sendo caracterizado como internamento, e se não houver melhora do quadro apresentado inicialmente, a Unidade de Saúde deve prover o transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade (BRASIL, 2002).

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação de 06 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2002).

No Ambulatório 24 Horas Denilma Bulhões não há suporte de laboratório de patologia clínica de urgência, nem de radiologia, portanto a qualquer suspeita de gravidade que necessite minimamente de um hemograma, ou de um Raio-X simples para avaliar uma luxação, encaminham-se os pacientes para o Hospital Geral do Estado, que é a referência para Urgência e Emergência em Maceió, e o transporte as vezes é realizado com ambulância do próprio serviço, acompanhada por um técnico de enfermagem da própria Unidade ou solicitando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) através das Unidades de Serviços Básicos (USB),

que são acompanhadas por 02 Técnicos de Enfermagem, ou através da Unidade de Serviço Avançado (USA) que são acompanhadas de Médico e Enfermeiro, passando pela avaliação do Médico da Central de regulação do SAMU, e do Médico assistente da Unidade Pré-Hospitalar Fixa, para indicar a Unidade móvel adequada, de acordo com a complexidade do quadro apresentado pelo paciente.

No atendimento as Urgência e Emergências, a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004) surge como política transversal, trazendo a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, não havendo uma portaria ministerial que a determine especificamente, e sim nas portarias específicas de cada política pública, pois entende-se que humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

A PNH reforça as ações de Urgência e Emergência, trazendo como diretrizes para o atendimento o Acolhimento à demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência, comprometendo-se com a referência e a contra referência, aumentando a resolutividade, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários, Além de definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Para realizar o atendimento de Urgência e Emergência pela equipe de enfermagem, faz-se necessário implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), determinante para a efetividade do processo de enfermagem, abrangendo todas as suas etapas, devendo ser realizado, de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado do profissional de enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN nº. 358 (2009).

Ainda, de acordo com a Resolução COFEN nº. 358 (2009) compete ao Enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de enfermagem e privativamente o diagnóstico de enfermagem, além da prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados. Isto deve favorecer a uma assistência humanizada e individualizada, respeitando os valores pessoais do paciente e atendendo, desde suas necessidades básicas até as mais complexas. Este processo deve também levar o indivíduo a

participar do seu processo de tratamento e cura envolvendo-o em todas as suas etapas assistenciais, de forma participativa, e que favoreça ao autocuidado sempre que possível.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado (GARCIA & NÓBREGA, 2000). [...] O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação (CARPENITO, 1997; ALFARO-LÉFEVRE, 2002 apud BITTAR et al., 2006, p. 618).

Considera-se portanto, imprescindível a construção de um instrumento de coleta de dados adequado que facilite o registro em todas as suas etapas, que favoreça a assistência de enfermagem de forma segura para os pacientes em atendimento de urgência e emergência, realizado em Ambulatório de Assistência 24 Horas. Este instrumento deve ser simples, detalhado e de fácil execução trazendo as informações específicas, devido à necessidade de uma avaliação rápida e segura do quadro clínico ou traumático do paciente, que por vezes chega à unidade de saúde desacordado e sem condições de falar ou expressar os sinais e sintomas da doença ou trauma, que às vezes chega sem o acompanhamento de familiares (BITTAR et al., 2006).

Por fim, a importância de incorporar a SAE, como forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizada, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.

### 3 MÉTODO

Este projeto de intervenção teve a intenção de facilitar a criação de um produto que se configura como uma nova modalidade assistencial de tecnologia de cuidado ou de conduta.

O estudo será realizado em um Ambulatório 24 Horas de Maceió, Alagoas, considerado como Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, com portas abertas, que não tem implantada a Classificação de Riscos, e recebe crianças e adultos com as mais diversas patologias e gravidades variadas, desde Hipertensão Arterial à Diabetes Mellitus descompensados, Edema Agudo de Pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, vítimas de acidentes com arma de fogo e arma branca, acidentes domésticos, acidente automobilístico, envenenamentos, queimaduras, afogamento, abdome agudo, diarreia aguda, entre outros, além de atendimento ambulatorial.

Os sete enfermeiros lotados na Unidade em estudo participarão na avaliação da Ficha pretendida pelo projeto, que visa uma assistência segura aos pacientes em atendimentos de urgência e emergência que são o público-alvo, objeto deste estudo.

Utilizou-se da revisão da literatura como método de estudo, onde buscou-se a sustentação teórica na portaria de urgência e emergência e na portaria de humanização do Ministério da Saúde para delinear e nortear as perspectivas desse estudo.

#### 3.1 DETALHAMENTO DA METODOLOGIA CORRESPONDENTE

A fim de elaborar um plano de implantação de uma ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em atendimento de urgência e emergência, observou-se primeiramente a ficha de atendimento de paciente em uso na Unidade. A partir da avaliação da ausência de dados da ficha, que dispõe de uma coluna com espaço para o registro das medicações administradas e evolução do paciente, avaliou-se a necessidade de elaborar um instrumento que facilitasse a coleta de dados do paciente com o registro de sinais vitais e glicemia capilar, avaliação neurológica pós-trauma, assistência ventilatória, atendimento à vítima de queimadura, exame físico, com definição do diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Observados os itens necessários ao atendimento seguro com registro fidedigno da avaliação do paciente, elaborou-se a Ficha Avaliação, Registro e Evolução de Enfermagem em

atendimento de urgência e emergência (Apêndice 1), apoiando-se no estudo dos materiais do Curso de Especialização em Linhas de Cuidados de Enfermagem – Urgência e Emergência.

Após a construção e desenvolvimento de uma nova ficha de admissão direcionada e utilizada pela equipe de enfermagem (Apêndice 1), a mesma será entregue para avaliação por todos os enfermeiros da Unidade, sendo avaliada de forma individual, para posterior agendamento de uma reunião para a socialização das opiniões dos enfermeiros e finalização da ficha para sua implantação.

Para o desenvolvimento e construção da ficha de admissão, será delineado um plano de ação conforme os passos a seguir:

### 3.2 PLANO DE AÇÃO

Quadro 1: Descrição do plano de ação para elaboração da ficha de avaliação registro e evolução de enfermagem.

OBJETIVO	Desenvolver a ficha de ficha de avaliação registro e evolução de enfermagem para o atendimento de urgência e emergência exclusiva da equipe de enfermagem.
AÇÃO	Avaliar a ficha de admissão já existente e desenvolver uma possibilidade de nova ficha de admissão.
MOTIVO	Integrar a assistência de enfermagem, fortalecendo e resguardando os profissionais que atuam no setor de urgência e emergência.
RESPONSÁVEL	Pesquisadora proponente desse estudo.
EQUIPE ENVOLVIDA	Enfermeiros do setor de urgência e emergência
DATA	Junho de 2014
CUSTO	R\$ 300,00
INDICADOR	Número de enfermeiros envolvidos.

Quadro 2: Descrição do plano de ação para avaliação e implementação da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem

<b>OBJETIVO</b>	Avaliar e implementar a ficha de de avaliação, registro e evolução de enfermagem desenvolvida conforme quadro 1.
<b>AÇÃO</b>	Avaliação individual e coletiva pelos enfermeiros do setor da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem.
<b>MOTIVO</b>	Implementação da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem de forma integral.
<b>RESPONSÁVEL</b>	Pesquisadora e enfermeiros do setor.
<b>EQUIPE ENVOLVIDA</b>	Equipe de enfermagem do setor de urgência e emergência.
<b>DATA</b>	Julho de 2014.
<b>CUSTO</b>	R\$ 1.000,00
<b>INDICADOR</b>	Número de profissionais envolvidos na implementação da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem.

### 3.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	2014				
	mar	abr	mai	jun	jul
Elaboração do Pré-Projeto de Implantação da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em atendimento de Urgência e Emergência.	X	X	X		
Elaboração da Ficha de Avaliação, Registro e Evolução de Enfermagem				X	
Avaliação, discussão e implementação da ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem.				X	
Finalização e entrega do projeto					X



Referindo-se às preocupações éticas, vale ressaltar que, por não se tratar de apenas se tratar de um projeto de pesquisa, o mesmo não foi submetido ainda ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

A partir da compreensão da importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para um atendimento mais humanizado e seguro dos pacientes da Unidade Denilma Bulhões, será elaborada uma ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em atendimento de urgência e emergência, a partir da observação das necessidades deste local e de um estudo teórico aprofundado (BARBOSA, 2013).

Os itens relacionados nesta ficha (Apêndice 1) foram elaborados visando uma avaliação mínima do quadro geral do paciente, para que possa ser utilizada aos vários diagnósticos e intervenções, diante das condições oferecidas na Unidade de Saúde. Segue-se, desta forma, a descrição dos itens contidos nesta ficha e sua relevância para o atendimento.

O primeiro item refere-se à identificação do paciente que será feita de forma complementar àquela realizada na recepção da Unidade de Saúde, onde considera-se importante acrescentar a idade, profissão e religião,

O segundo item refere-se a admissão do paciente por entender que a anamnese é a primeira etapa do processo de enfermagem, que permite compreender as dimensões do processo saúde-doença, de forma sequencial, onde considera-se importante relatar:

- (1) **Queixa principal** do paciente, que traz o motivo do atendimento;
- (2) **História clínica atual** apresentando as características dos sinais e sintomas, se o início foi súbito ou gradual, como foi a evolução se contínua ou intermitente, com qual intensidade apresentou e se teve fatores agravantes e associados;
- (3) **Doenças pré-existentes** com relatos de alergias, patologias prévias, intervenção cirúrgica, traumatismo, acidentes e medicamentos em uso;
- (4) **História Familiar** descrevendo as patologias prévias de ordem hereditária (enxaqueca, acidente vascular cerebral (AVC), tuberculose (TBC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), câncer (CA), cardiopatias, entre outras); (5) Hábitos de vida, tais como: dieta, ingestão líquida, etilismo, tabagismo, uso de drogas, eliminação fisiológica (fezes e urina – aspecto, frequência, volume e odor), atividade física.

O terceiro item apresenta um quadro para o registro dos sinais vitais do paciente que indicam a preservação da vida e suas alterações nas funções vitais, que permitem concluir o

estado geral da pessoa: a pressão arterial (PA), a temperatura (T), o pulso (P) e a frequência respiratória (FR). Foram acrescentados ao quadro: oximetria de pulso que revela a saturação de oxigênio na corrente sanguínea (hemoglobina), e a glicemia capilar, que mede a glicose sanguínea. Esta avaliação é fundamental para o direcionamento da assistência como elementos básicos essenciais, visto que não dispomos de outros elementos (Exames laboratoriais, Raio X) para auxiliar no diagnóstico.

O quarto item refere-se à avaliação neurológica pós-traumas utilizando uma tabela com a escala de coma de GLASGOW, sabendo-se que as alterações do nível de consciência são os indicadores mais precoces e sensíveis de uma alteração do estado neurológico, pois a vítima de trauma craniano desenvolve níveis de inconsciência que devem ser mensurados consecutivamente durante o atendimento.

A escala está dividida em três áreas, sendo:

(1) a **abertura ocular** com valor até 4 (abertura espontânea tem valor quatro, abertura a estímulos verbais tem valor três, estímulo doloroso tem valor igual a dois e nenhuma abertura tem valor igual a um);

(2) a **resposta verbal**, com valor até 5 (orientada tem valor cinco, desorientada tem valor quatro, resposta com palavras inapropriadas valor três, sons incompreensíveis tem valor igual a dois e nenhuma resposta tem valor igual a um);

(3) a **resposta motora** com valores até 6 (obedece a comandos, com valor igual a seis, retira o membro quando exposto à dor tem valor cinco, flexão patológica tem valor quatro, decorticação, valor três, descerebração tem valor igual a dois e nenhum esboço de movimento tem valor igual a um).

Na avaliação de cada área será atribuído um valor numérico e a soma dos valores representará o nível funcional do cérebro. Portanto um valor igual a 15 revela uma vítima lúcida e um valor igual ou menor que 7 indica coma (ACS, 2007).

A escala de coma de GLASGOW é necessária para avaliar a gravidade do paciente vítima de trauma neurológico, favorecendo o monitoramento do nível de consciência, e direcionando a assistência principalmente no tocante à depressão respiratória que pode se agravar rapidamente, levando a possibilidade extrema de intubação orotraqueal. Este tipo de paciente deve ser referenciado para o Hospital geral do Estado e transferido pela Unidade de Serviço Avançada do SAMU.

O quinto item refere-se à **avaliação das pupilas**, quando pode-se avaliar a alteração do diâmetro das pupilas ao reflexo à luz, indica dano cerebral por compressão de nervos cranianos. Bem como também identificar dados como pupilas Isocóricas, midríase bilateral, miose bilateral, pupila direita maior que a esquerda, pupila esquerda maior que a direita, ambas não reativas, ambas fotorreagentes e pupila arreativa unilateralmente.

O sexto item refere-se à **avaliação da força muscular** através de alterações motoras e sensitivas, tais como paresia, plegia e parestesia nos membros superiores e membros inferiores para a indicação de dados significativos da regulação neuromotora por compressão cerebral.

Para avaliação das áreas comprometidas por traumas será anexado à figura do corpo humano nas posições frontal e posterior, que deverão ser marcadas conforme o grau de comprometimento físico.

O sétimo item refere-se à assistência ventilatória onde o instrumento apresenta os tipos de oxigenioterapia que são ofertadas na Unidade, favorecendo o registro da oferta de oxigênio, pois sabemos que os distúrbios respiratórios podem colocar em risco a vida do paciente se não assistido precocemente. Neste item foi acrescentado o registro do uso da cânula de Guedel para evitar obstrução das vias aéreas causada por queda da língua, além registro de aspiração traqueal quando for necessária.

O oitavo item refere-se à avaliação do paciente vítima de queimadura, onde pode-se registrar o agente causador da queimadura, a classificação quanto à profundidade, o cálculo da regra dos nove e a extensão da área corporal com o percentual de gravidade das lesões. Foi inserida uma figura com desenho do corpo humano para facilitar o cálculo da regra dos nove, para crianças menores de 01 ano, 03 anos, 06 anos e paciente adulto.

Este item nos revela a gravidade do paciente vítima de queimaduras (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2008) e irá direcionar o atendimento com possibilidade de transferência para a Unidade de Queimados o HGE, para ser ofertado o atendimento especializado, com tratamento específico, inclusive com uso de curativos especiais.

O item nove deixou-se espaços abertos com linhas para registro do exame físico que deve ter uma sequência céfalo-caudal. Bem como o item dez para descrever o diagnóstico de enfermagem, lembrando que este, um ato privativo do enfermeiro, ficando o espaço em aberto para a avaliação individual de cada caso, visto que são várias as situações e patologias que poderão ocorrer.

O item onze refere-se à prescrição de enfermagem, que ficou com espaço para este registro, que será realizada pelo enfermeiro após a realização do diagnóstico de enfermagem, com a indicação dos cuidados de enfermagem.

O item doze está estruturado para ser registrada a evolução de enfermagem, no que diz respeito à melhora ou piora do quadro apresentado, a ocorrência de óbito alta ou transferência do paciente, de acordo com cada caso.

Considera-se a ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem em Unidade Pré-Hospitalar-fixa, de grande relevância para o atendimento a pacientes críticos e em situação de urgência e emergência. Este instrumento de coleta de dados oferecerá ao enfermeiro plantonista a possibilidade de registrar os dados do atendimento, em todas as suas fases de forma rápida e precisa, gerando uma assistência individualizada de forma humanizada, voltada para a segurança do paciente, a qual facilitará a execução da assistência prestada, pela equipe de enfermagem.

Desta forma passa-se a realizar um atendimento diferenciado, de forma segura e que levará ao aprimoramento das ações, transformando a enfermagem de um atendimento simples e limitado, para uma assistência qualificada, ampliada e científica, pois o exercício constante das habilidades possibilitará um novo fazer e ser na enfermagem.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se este projeto, o início de uma nova modalidade de assistência, trazida pelo conhecimento da importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que mesmo em situações de urgência e emergência o enfermeiro poderá realizar o processo de enfermagem, identificando problemas, avaliando o paciente, realizando o diagnóstico e a prescrição de enfermagem, favorecendo a conduta correta, guiada pelo instrumento básico de coleta de dados, construído com a visão das situações de doenças que ocorrem no Ambulatório 24 Horas Denilma Bulhões.

A partir da elaboração e implementação desse estudo, certamente irão originar novas demandas, podendo ocasionar novas propostas de fichas voltadas para o atendimento específico de algumas situações de adoecimentos e traumas, tais como: Acidente vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Vítimas de Traumas, Vítimas de queimaduras, Doenças do Aparelho respiratório, Diabetes Mellitus, que são doenças recorrentes naquela Unidade de Saúde.

Deste projeto nasce também a necessidade de implantar o atendimento com Acolhimento e Classificação de Riscos, que irá auxiliar o trabalho do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência, priorizando o atendimento aos pacientes mais graves e em situações de maior risco.

O instrumento de coleta de dados proposto irá proporcionar aos enfermeiros do referido Ambulatório a prática segura do atendimento de urgência e emergência, mesmo em condições mínimas de recurso equipamentos para diagnóstico, porque uma avaliação detalhada do quadro apresentado pelos pacientes facilitará a observação dos sinais e sintomas de agravamento, favorecendo a realização dos cuidados de enfermagem, livre de riscos para o cliente e equipe de enfermagem.

Outro ganho importante que a ficha de avaliação, registro e evolução de enfermagem traz para a equipe de enfermagem, é a proteção jurídica que o registro oferece como único respaldo legal, mediante possíveis situações processuais de suspeita de erro ou equívoco na conduta assistencial.

## 6 REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. SASSO, G. T. M. Dal. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Linha de cuidado nas urgências/emergências clínicas respiratórias e metabólicas – Florianópolis, 2013.

BITTAR,D.B; PEREIRA,L. V.; LEMOS, R. C. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico**: Proposta de Instrumento de Coleta de Dados, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM, de 05 de Novembro de 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1863/GM, de 29 de Setembro de 2003**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DARLI, M. C. B. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Linha de Cuidado nas Urgências/Emergências Traumatológicas – Florianópolis, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Piccolo N. S. et al. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Queimaduras**: Diagnóstico e Tratamento Inicial, 2008.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1: FICHA DE AVALIAÇÃO, REGISTRO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.**



**APÊNDICE 1 - FICHA DE AVALIAÇÃO, REGISTRO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1 IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO Nº: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

**2 ADMISSÃO DO PACIENTE**

**Queixa principal:** \_\_\_\_\_

**História clínica atual:**

Sinais e Sintomas: \_\_\_\_\_

**História progressa:**

Alergias: \_\_\_\_\_

Doenças preexistentes: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

**História Familiar:** \_\_\_\_\_

**Hábitos de Vida:** \_\_\_\_\_

**3 SINAIS VITAIS**

HORÁRIO/RESULTADO		: H	: H	: H	: H
<b>SINAIS VITAIS</b>	PA (mmHg)				
	TEMP. (°C)				
	PULSO (bpm)				
	FR (mrpm)				
<b>OXIMETRIA DE PULSO (SPO2 %)</b>					
<b>ASSINATURA E CARIMBO/ Nº DO COREN</b>					
<b>GLICEMIA CAPILAR (mg/dl)</b>		: H	: H	: H	: H
<b>ASSINATURA E CARIMBO/ Nº DO COREN</b>					

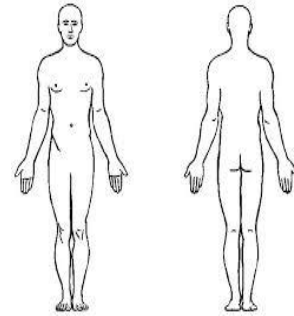
**4 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA PÓS-TRAUMAS - ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

VARIÁVEIS		ESCORE	VARIÁVEIS		ESCORE	VARIÁVEIS		ESCORE
<b>Abertura Ocular</b>	Espontânea	4	<b>Res. verbal</b>	Orientado	5	<b>Res. motora</b>	Obedece comando	6
	Estímulo verbal	3		Confuso	4		Localiza a dor	5
	Estímulo à dor	2		Inapropriadas	3		Movimento de retirada	4
	Ausente	1		Incompreensíveis	2		Flexão anormal	3
			Ausente	1	Extensão anormal	2		
						Ausente	1	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ESCORE
1º Min					
10 Min					
30 Min					

5 AVALIAÇÃO DAS PUPILAS:

**Reação à luz:** ( ) Ambas ( )Foto reagente ( )Não reagente  
**Diâmetro:** ( )Miose bilateral ( )Midríase bilateral  
**Tamanho:** ( ) Isocóricas ( ) Anisocórica ( ) Direita > Esquerda ( ) Esquerda > Direita



6 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR:

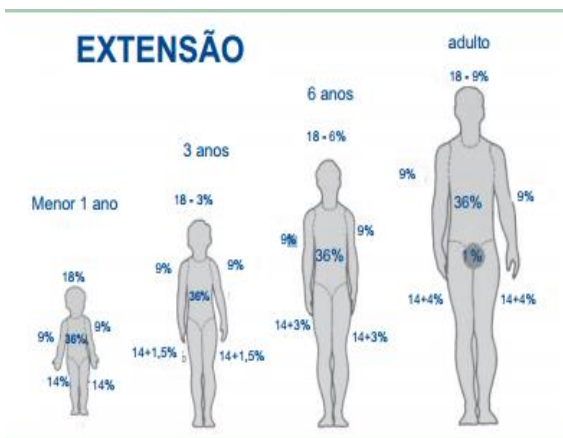
MMSS: ( )Normal ( )Paresia ( )Parestesia ( ) Plegia / ( ) Direita ( ) Esquerda  
 MMII: ( )Normal ( )Paresia ( )Parestesia ( ) Plegia / ( ) Direita ( ) Esquerda

7 ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA

7.1 Oxigenoterapia

( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi \_\_\_\_\_% de O<sub>2</sub> Fluxo de \_\_\_\_ L/min. ( ) Ressuscitador Manual (ambú)  
 Início: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_H Término: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_H  
 Cânula de Guedel - N°. \_\_\_\_\_ ( ) sim ( ) não      Aspiração de Vias Aéreas Superiores ( ) sim ( ) não.

CÁLCULO DE ÁREA CORPORAL PARA PACIENTES QUEIMADOS



Agente causador: \_\_\_\_\_

Classificação: \_\_\_\_\_

**Profundidade:**  
 ( ) 1º Grau (vermelhidão);  
 ( ) 2º Grau (bolhas ou flictenas);  
 ( ) 3º Grau (tecidos e ossos).

**Regra dos nove**  
 Frente: \_\_\_\_\_%;  
 Costas: \_\_\_\_\_%;  
 Total: \_\_\_\_\_%.

**Extensão da área corporal**  
 ( ) Leve - Menos de 10%  
 ( ) Médio - 10 a 20%  
 ( ) Grave - Acima de 20%.

EXAME FÍSICO

---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

---

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

---