

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA PAULA DE OLIVEIRA COUTINHO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

João Pessoa - Pb
2007

ANA PAULA DE OLIVEIRA COUTINHO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento as exigências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Inserida na linha de pesquisa **Processo de cuidar em saúde e enfermagem**, da área de concentração **Enfermagem Fundamental**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega.

João Pessoa - Pb
2007

C871c Coutinho, Ana Paula de Oliveira.
Construção e Validação de um Instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)/Ana Paula de Oliveira Coutinho. – João Pessoa, 2007.
132p.: il.

Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega.
Dissertação (mestrado) UFPB/CCS

1. Enfermagem 2. SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

UFPB/BC CDU: 616 – 083 (043)

ANA PAULA DE OLIVEIRA COUTINHO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Aprovada em: 27 de fevereiro de 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega – UFPB
Orientadora

Prof^a Dr^a Glaucea Maciel de Farias - UFRN
Membro Efetivo

Prof^a Dr^a Maria Julia Guimarães de Oliveira Soares – UFPB
Membro Efetivo

Prof^a Dr^a Wilma Dias de Fontes – UFPB
Membro Suplente

João Pessoa - Pb
2007

Observando a trajetória do homem durante o curso de sua vida, conseguimos entender que este depende de seus semelhantes para viver. Há pessoas que entendem isto muito cedo, outras levam quase uma vida para reconhecer esta prerrogativa da vida.

Não pode haver quem diga: “não preciso de pessoas”. Tal implicação confronta-se com o seu dia-a-dia, do levantar ao deitar. Pois a cada passo dado vemos e fazemos uso do fruto do trabalho de outros, e isto se vê até mesmo nas coisas mais simples como o pão que comemos, a cadeira que sentamos, o copo em que bebemos, tudo vem primariamente do esforço de pessoas até chegarem a nós.

*Na minha caminhada muitos alicerces foram necessários, bem como muitas pessoas contribuem para que fosse possível o continuar. A base de tudo só poderia ser **Deus**, sem Ele não há o que fazer, como fazer, e nem mesmo encontro a razão para viver.*

*Vejo também a importância de pessoas singulares, a primeira que posso citar é a que mais tenho convivido, meu **marido, Evandro**. Quanta coisa suportou junto comigo, sua paciência, prontidão, presença e amor.*

*Minha **mãe, Fátima**, quase sinônimo de soluções! De tudo que tenho hoje houve um começo lá trás, quando fui aceita e acolhida com amor. Uma simples atitude de me tomar como filha mudou o rumo de minha vida.*

*E na construção deste trabalho, minha **orientadora, Miriam**. Poucas vezes vi pessoas tão tranquilas e serenas, de uma paciência extrema comigo. Sua conduta sempre me estimulou, me deu força, me fez caminhar quando eu estava já querendo parar. Não imagino o êxito sem a presença dela.*

*A Deus, e a estas pessoas por mim citadas eu **dedico** este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por Sua eterna bondade comigo desde o dia em que nasci. Nada me falta, tenho tudo e mais do que preciso, mesmo não sendo tão merecedora desta bondade. Por Sua graça, misericórdia, e extremo amor.

À minha família, na pessoa de minha Mãe e de minha tia Socorro, nunca deixaram de acreditar em mim, no meu potencial. Por sempre contribuírem para que meus sonhos se tornassem possíveis, e por me ajudarem EM TUDO.

Ao meu marido Evandro, homem forte, com valores firmes, caráter admirável. Por ser o marido que é e cuidado constante que tem comigo.

À minha orientadora Prof^a. Miriam, por antes de tudo ter aceitado me orientar. Por toda paciência, ensinamento, bondade, e pelo exemplo que é de coragem e dedicação a aquilo que acredita.

Aos enfermeiros que participaram na construção desta pesquisa, pelo tempo que dispuseram para me ajudar.

Às enfermeiras do SAMU por terem me acolhido tão bem em seus plantões e me deixado tão vontade com o serviço.

Ao coordenador da equipe de enfermagem do SAMU, Walber, por acreditar em mim e na minha pesquisa, e pela forma como sempre me recebe no SAMU.

À coordenadora do SAMU, Roberta, por sempre me deixar tão à vontade e acolher minha pesquisa.

À Gilmore, por sempre me dispor no SAMU tudo de que precisei, sem nunca por nenhum obstáculo aos meus pedidos.

À Prof^a. Telma, por todo aprendizado deixado em cada aula. Cada uma delas contribuiu imensamente para o meu crescimento e amadurecimento como enfermeira. Admiro a senhora pela força e sinceridade para viver.

À Prof^a. Wilma, desde a graduação admiro a senhora. Pela seriedade com que encara o trabalho, pela disposição para sempre está aprendendo, e por dar tudo de si para o crescimento de outros.

Às Professoras Júlia Guimarães e Glauceia Maciel, por comporem minha banca examinadora e assim contribuírem para o êxito desse trabalho.

Às colegas do mestrado, Ana Paula Marques, Gil e Estela por terem tornado a caminhada um pouco mais leve em momentos difíceis, pela amizade sincera e pelo exemplo de conduta.

MENSAGEM



*O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esperança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte --
Os beijos merecidos da Verdade.*

(Fernando Pessoa – Horizonte)

RESUMO

COUTINHO, Ana Paula de Oliveira. **Construção e Validação de um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

O propósito deste estudo foi elaborar um instrumento que possibilite a Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nas Unidades de Suporte Avançado, tendo como base teórica o Modelo de Adaptação de Roy. Para tanto foi desenvolvido um estudo metodológico fundamentado na validação de conteúdo e executado em quatro fases. Na primeira fase - Construção e aplicação do instrumento para coleta de dados -, foram realizadas as seguintes etapas: a) revisão da literatura sobre o Modelo de Adaptação, com enfoque no Modo Fisiológico de Adaptação, e também foram levantadas referências sobre a pessoa em estado crítico, urgências e emergências, e a assistência de enfermagem/processo de enfermagem voltados para esta área, b) revisão da literatura na busca por instrumentos de coleta de dados que envolvesse pelo menos dois itens: assistência de enfermagem e urgência/emergência, c) construção do modelo do instrumento, d) validação de conteúdo dos itens do instrumento, com enfermeiros docentes e assistenciais, e e) aplicação do instrumento de coleta de dados a uma amostra de 43 usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, escolhidos aleatoriamente, para a identificação dos indicadores clínicos. A segunda fase do estudo - Identificação dos Diagnósticos e Intervenções/Atividades de Enfermagem -, foi desenvolvida em duas etapas: a) utilizando-se a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA foram identificados, por meio do raciocínio clínico, 29 diagnósticos de enfermagem; b) utilizando a Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC, foram estabelecidas as intervenções/atividades de enfermagem para os diagnósticos identificados. Na terceira fase - Construção do Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU -, foi estruturado o instrumento contendo na primeira parte os dados necessários para identificação da ocorrência, que são de natureza epidemiológica e por isto permitem estabelecer uma caracterização deste tipo de atendimento. A segunda parte é composta pela avaliação de comportamentos e estímulos, dividida em 7 seções: oxigenação, eliminação, proteção, sentidos, fluídos e eletrólitos, função neurológica, e função endócrina. Na terceira parte do instrumento ficou reservado o espaço para registro dos diagnósticos e das intervenções/atividades de enfermagem e na última parte do instrumento, tem-se às anotações de enfermagem. A quarta e última fase - Validação do instrumento de sistematização - envolveu: a) a validação de conteúdo e aparência do instrumento e foi realizada com os mesmos enfermeiros que validaram o instrumento de coleta de dados na 1ª fase da pesquisa, b) a incorporação das sugestões apresentadas pelos enfermeiros, quando pertinentes, e c) a elaboração da versão final do Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU. O instrumento construído nesta pesquisa não deve ser considerado como definitivo; espera-se que sua utilização suscite nos enfermeiros do SAMU o desejo de pesquisar e de desenvolver estudos para o aprimoramento do instrumento, para que se

tenha um instrumento confiável e que promova uma prática de enfermagem coerente e de qualidade. Pois acredita-se que utilizar este instrumento, aproxima mais os enfermeiros assistenciais da possibilidade de executarem o processo de enfermagem na sua prática clínica diária.

Palavras-chave: Enfermagem, Assistência de enfermagem, Atendimento móvel de urgência, Instrumento para sistematização, Estudo de validação.

ABSTRACT

COUTINHO, Ana Paula de Oliveira. **Construction and Validation of Instrument for Systematization of the Attendance of Nursing in the Service of Mobile Attendance of Urgency (SAMU)**. 132f. Dissertation (Master's degree in Nursing). Center of Health Sciences, of the Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2007.

The intention of this study was to elaborate an instrument that makes possible the Systematization of the Nursing Care for the Service of Mobile Attendance of Urgency (SAMU), in the Units of Advanced Support, having as theoretical base the Model of Adaptation of Roy. For in such a way a metodológico study based on the validation of content and was developed in four phases. In the first phase - Construction and application of the instrument for collection of data -, the following stages had been carried through: a) the revision of literature on the Model of Adaptation, with approach in the Physiological Way of Adaptation, and had been also raised references on the person in critical state, urgencies and emergencies, and the assistance of nursing/nursing process come back toward this area, b) revision of literature in the search for instruments of collection of data that involved at least two itens: assistance of nursing and urgency/emergency, c) construction of the model of the instrument, d) validation of content of itens of the instrument, with teaching and assistenciais nurses, and e) application of the instrument of collection of data to one shows of 43 users of the Service of Mobile Attendance of Urgency, chosen aleatoriamente, for the identification of the clinical pointers. The second phase of the study - Identification of the Disgnostic and Interventions/Activities of Nursing -, was developed in two stages: a) using it Taxonomy of Nursing Diagnosis of the NANDA had been identified, by means of the clinical reasoning, 29 nursing diagnose; b) using the Nursing Interventions of Classification - NIC, had been established the identified the interventions/inactivities for the nursing diagnosis. In the third phase - Construction of the Instrument for the Systematization of the Assistance of Nursing in the SAMU -, the instrument was structuralized contends in the first one has broken the necessary data for identification of the occurrence, that are of nature epidemiologist and for this they allow to establish a characterization of this type of attendance. The second part is composed for the evaluation of behaviors and stimulatons, divided in 7 sections: oxygenation, elimination, protection, directions, fluid and electrolytes, neurological function, and endócrina function. In the third part of the instrument the space for register of the disgnostic was private and of the interventions/activities of nursing and in the last part of the instrument, ace is had nursing notations. The fourth and last phase - Validation of the systematization instrument - involved: a) the validation of content and appearance of the instrument and was carried through with the same nurses who had validated the instrument of collection of data in 1ª phase of the research, b) the incorporation of the suggestions presented for the nurses, when pertinent, and c) the elaboration of the final version of the Instrument for the Systematization of the Assistance of Nursing in the SAMU. The

instrument constructed in this research does not have to be considered as definitive; one expects that its use excites in the nurses of the SAMU the desire to search and to develop studies for the improvement of the instrument, so that if it has a trustworthy instrument and that it promotes one practical one of coherent nursing and quality. Therefore it believes if that to use this instrument, it approaches more the assistenciais nurses of the possibility to execute the process of nursing in its practical daily clinic.

Keywords: Nursing, Nursing Care, Mobile Attendance of Urgency, Instrument for systematization, Study of validation.

RESUMEN

COUTINHO, Ana Paula de Oliveira. **Construcción y Validación del Instrumento para la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en el Servicio de la Atención Móvil de la Urgencia (SAMU)**. 132f. Disertación (Master en Enfermería). Centro de las Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2007.

La intención de este estudio fue elaborar un instrumento que hace posible la sistematización de la asistencia de enfermería en el servicio de la atención móvil de la urgencia (SAMU), en las unidades de la ayuda avanzada, teniendo como base teórica el Modelo de la Adaptación de Roy. Para de tal manera un estudio metodológico basado en la validación del contenido fue desarrollado en cuatro fases. En la primera fase - construcción y uso del instrumento para la recogida de datos -, las etapas siguientes habían sido llevadas a través: a) la revisión de la literatura en el modelo de la adaptación, con acercamiento de la manera fisiológica de la adaptación, y había sido referencias también levantadas en la persona en estado, urgencias y emergencias críticos, y la asistencia de enfermería/proceso de enfermería se vuelve hacia esta área, b) la revisión de la literatura en la búsqueda para los instrumentos de la recogida de datos que implicaron por lo menos dos artículos: la asistencia de enfermería y urgencia/emergencia, c) construcción del modelo del instrumento, d) validación del contenido de los artículos del instrumento, con las enfermeras de la enseñanza y con los asistenciales, e) y el uso del instrumento de la recogida de datos a uno demuestra de 43 usuarios del servicio de la atención móvil de la urgencia, elegido, para la identificación de los indicadores clínicos. La segunda fase del estudio - identificación del Diagnóstico e intervenciones/actividades de enfermería -, fue desarrollada en dos etapas: a) que la usaba taxonomía de Diagnósticos de enfermería de la NANDA había sido identificada, por medio del razonamiento clínico, 29 diagnóstica de enfermería; b) utilizando la clasificación de enfermería - el NIC, habían sido establecidas las intervenciones/actividades de enfermería para los diagnósticos identificados. En la tercera fase - construcción del instrumento para la sistematización de la ayuda del cuidado en el SAMU -, fue estructurado el instrumento contiendo en la primera fase los datos necesarios para la identificación de la ocurrencia, que son de naturaleza epidemiólogo y por esto permite establecer una caracterización de este tipo de atendimento. La segunda fase esta compuesta por la evaluación de comportamientos y de estímulos, dividida en 7 secciones: oxigenación, eliminación, protección, direcciones, líquido y electrolitos, función neurológica, y función de la endocrina. En la tercera fase del instrumento el espacio para el registro del diagnóstico era privado y de las intervenciones/ de las actividades del oficio de enfermera y en la ultima fase del instrumento, tienes las notaciones de enfermaren. La cuarta y pasada fase - validación del instrumento de la sistematización - implicada: a) la validación del contenido y aspecto del instrumento y fue llevada a través con las mismas enfermeras que habían validado el instrumento de la recogida de datos en la fase 1ª de la investigación, b) la incorporación de las sugerencias presentadas a las enfermeras, cuando es pertinente, c) y la elaboración de la versión final del

instrumento para la sistematización de la ayuda del cuidado en el SAMU. El instrumento construido en esta investigación no tiene que ser considerado como definitivo; uno cuenta con que su uso excite en las enfermeras del SAMU el deseo de buscar y de desarrollar los estudios para la mejora del instrumento, de modo que si tiene un instrumento digno de confianza y que promueve una práctica de enfermar en coherentes y de calidad. Pues créese que utilizar este instrumento, acerca más a los enfermeros de las asistencias de la posibilidad para ejecutar el proceso de enfermar en su práctica clínica diaria.

Palabras claves: Enfermería, Asistencia de enfermería, Atención Móvil de la Urgencia, Instrumento para la sistematización, Estudio de la validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições dos Nove Componentes do Modo Fisiológico do Modelo de Adaptação de Roy	38
Quadro 2 – Tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum do Modelo de Adaptação de Roy.	43
Quadro 3 – Relação entre indicadores de adaptação positiva, os problemas comuns de adaptação de Roy associados ao modo fisiológico, e os diagnósticos de enfermagem da NANDA 2003-2004.	46
Quadro 4 - Aplicação do teste de consequência, probabilidade e valor.	52
Quadro 5 – Lista dos 29 diagnósticos de enfermagem analisados quanto as suas definições, características definidoras e fatores relacionados. João Pessoa, 2006.	85
Quadro 6 – Intervenções de enfermagem para o instrumento da SAE, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. João Pessoa, 2006.	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização demográfica da amostra de enfermeiros participantes da validação do instrumento. João Pessoa, 2006.	69
Tabela 2 – Índice de concordância dos itens após validação de conteúdo. João Pessoa, 2006.	70
Tabela 3 – Novos itens propostos para composição do instrumento de coleta de dados. João Pessoa, 2006.	73
Tabela 4 – Caracterização demográfica dos 43 usuários do SAMU, atendidos pela Unidade de Suporte Avançado (USA). João Pessoa, 2006.	81
Tabela 5 – Perfil dos diagnósticos de enfermagem identificados a partir dos indicadores clínicos levantados nos usuários do APH Móvel, SAMU/João Pessoa. João Pessoa, 2006.	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas da primeira fase da pesquisa:	66
Figura 2 – Etapas da segunda fase da pesquisa: Identificação dos Diagnósticos e Intervenções/Atividades de Enfermagem	83
Figura 3 – Etapas da terceira fase da pesquisa: Construção do Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU	91
Figura 4 – Etapas da quarta fase da pesquisa: Validação de conteúdo e aparência do instrumento de sistematização	95

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	31
3	REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1	Modelo de Adaptação de Roy	34
3.1.1	Processo de enfermagem segundo Callista Roy	38
3.1.1.1	Primeira Fase: Avaliação do comportamento	40
3.1.1.2	Segunda Fase: Avaliação dos estímulos	41
3.1.1.3	Terceira Fase: Diagnostico de Enfermagem	42
3.1.1.4	Quarta Fase: Estabelecendo metas	49
3.1.1.5	Quinta Fase: Intervenções de enfermagem	50
3.1.1.6	Sexta Fase: Avaliação	53
4	REVISÃO DE LITERATURA	55
4.1	A Pessoa em Estado Crítico e as Unidades Móveis de Terapia Intensiva	56
4.2	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: histórico	59
5	CAMINHO METODOLÓGICO E RESULTADOS	64
5.1	Primeira Fase: Construção e aplicação do instrumento para coleta de dados	66

		18
5.1.1	Revisão de Literatura	67
5.1.2	Construção do Instrumento para coleta dos dados	68
5.1.3	Validação de conteúdo do instrumento de coleta dos dados	68
5.1.3.1	Resultados da validação	70
5.1.4	Aplicação do instrumento para coleta dos dados	79
5.1.4.1	Caracterizando a amostra	81
5.2	Segunda fase: Identificação dos Diagnósticos e intervenções / Atividades de Enfermagem	83
5.2.1	Identificação dos diagnósticos de Enfermagem	83
5.2.2	Estabelecimento das intervenções/ações de enfermagem	88
5.3	Terceira fase: Construção do Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU.	91
5.4	Quarta fase: Validação de conteúdo e aparência do instrumento de sistematização	95
5.5	Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência.	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	111
	APENDICE	
	Apêndice A - Termo de Esclarecimento Primeira Fase – Construção e validação de um instrumento para coleta de dados.	117
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118

Apêndice C - Instrumento para coleta de dados de usuários atendidos pelo SAMU – Suporte Avançado à Vida	119
Apêndice D - Carta de Esclarecimento	124
Quarta Fase – Validação do instrumento para sistematização da assistência de enfermagem no SAMU.	
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
Apêndice F - Validação do Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU	127
ANEXO	129

1 INTRODUÇÃO

A história do atendimento especializado em urgência é bem recente, e isso não apenas em nosso país. Resgatando um pouco da história, vemos que nos Estados Unidos da América (EUA) esse tipo de atendimento começou a ser considerado com um outro olhar a partir da década de 1970. Naquele momento, as urgências começavam a ser percebidas como um aspecto da saúde pública que precisava de investimento para uma maior adequação das unidades de atendimento, bem como para uma qualificação de seus profissionais; sobretudo no que se refere ao trauma, onde o atendimento era realizado de forma superficial e sem uma sistematização (WEHBE; GALVÃO, 2001).

A realidade vivida na época resultava em muitas perdas de vidas, numa alta taxa de permanência hospitalar, ou em seqüelas duráveis que tornavam as pessoas improdutivas (WEHBE; GALVÃO, 2001). Isso acarretava um alto custo para o governo, visto que o aumento da demanda desse tipo de atendimento cresce, segundo Freire (2001), numa mesma proporção do crescimento populacional e tecnológico.

Em 1979, nos EUA, foi criado o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), o primeiro de muitos passos rumo ao aperfeiçoamento no atendimento às urgências. O ATLS veio para fornecer um atendimento inicial, num curto espaço de tempo, visando à estabilização de vítimas de trauma; promovendo, assim, uma redução da mortalidade e das prováveis seqüelas. A partir do ATLS surgiu a necessidade de outros cursos de capacitação, como: *Trauma Life Support for Nurse* (TLSN), *Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma* (MAST), *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS). Outros cursos, com outras abordagens, também surgiram: *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), entre outros (WEHBE; GALVÃO, 2001).

No Brasil, uma maior atenção para a urgência iniciou-se na década de 1980, tendo em vista o aperfeiçoamento dos profissionais da área. Em 1982, foi criada a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), tendo como um de seus membros o médico Dário Birolino, o qual trouxe ao Brasil o ATLS e o TLSN. Originando-se da SBAIT, em 1985, instituiu-se a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET).

O termo emergência, de acordo com a Resolução 1451/95, do Conselho Federal de Medicina - cuja ementa estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados - no seu artigo 1, segundo parágrafo, é definido como sendo a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. O termo urgência, nessa mesma resolução, no seu artigo 1, primeiro parágrafo, é definido como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (CFM, 2005).

Para Lê Coutour (apud BRASIL, 2006, p.47), o significado de urgência vai depender diretamente de "quem a percebe ou sente". Para os envolvidos diretos (usuários e familiares) na situação, esse termo se expressa numa circunstância em que não se pode esperar, há uma **quebra** no curso normal da vida; o foco se encontra nessa quebra que desencadeou alterações. Quanto aos médicos, os seus olhares repousam sobre o **tempo** necessário para iniciar o atendimento, fazendo relação com prognósticos levantados. Já para as instituições, urgência é o que não se prevê; e, em decorrência disso, há uma **desorganização** de suas rotinas.

Para Ferreira (2004, p.176), o termo emergência provém de emergir, traduzido também como "situação crítica", "incidente". Analisando pela origem da palavra, emergir é entendido como manifestar-se, ou mostrar-se o que antes não era manifesto. Isso pelo ponto de vista da saúde, pode representar qualquer sinal ou sintoma novo apresentado pela pessoa a ser assistida.

O conceito norte-americano de emergência é o mesmo adotado pelo Conselho Federal de Medicina: uma situação que não se pode esperar. Mas tal significado em nossa língua se aplica à urgência, expresso por Ferreira (2004, p.487) como "que urge, que deve ser feito com rapidez, iminente".

Diante de tais ambigüidades envolvendo esses termos - o que leva ao mal uso destes até mesmo por parte de profissionais da área de saúde - o Ministério da Saúde passou a utilizar apenas o termo urgência como significado para todos os casos de atendimento crítico, variando apenas o grau de urgência em que se deve prestar o atendimento. A urgência passou então a

ser classificada em quatro níveis, e para esta classificação o referencial adotado foi o “imperativo da necessidade humana” (BRASIL, 2006).

Existem múltiplos fatores a serem observados pelo profissional antes de chegar a uma classificação da urgência; são eles: a) gravidade – avaliada pela investigação e observação do caso; b) tempo – análise do que seja aceitável entre o início dos sinais e sintomas e o início da assistência, existindo uma relação inversamente proporcional em que quanto menor o tempo requerido, maior a urgência; c) atenção – quanto mais uma situação requer recursos para o seu atendimento, maior é a urgência; d) valor social – a pressão imposta pela sociedade pode aumentar o grau de uma urgência aparentemente simples (BRASIL, 2006).

Didaticamente, as urgências foram classificadas pelo Ministério da Saúde da seguinte forma (BRASIL, 2006, p.49):

Nível 1 – emergência ou urgência de prioridade absoluta, há [...] risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário;

Nível 2 – urgência de prioridade moderada, [...] casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas;

Nível 3 – urgência de prioridade baixa, [...] há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo-se aguardar várias horas;

Nível 4 – urgência de prioridade mínima, [...] requer apenas orientações, como o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

Ainda hoje em nosso país, enfrentam-se desafios no que se refere ao atendimento de urgências. Uma boa parte desse tipo de atendimento ocorre em pronto-socorros, sejam estes apropriados e devidamente estruturados para esse tipo de atendimento, ou não. Um outro problema é a grande demanda nas unidades de referência¹, nas quais se observa um elevado número de entradas, levando a uma alta rotatividade e, muitas vezes, a uma superlotação. Essas instituições que atendem a urgências funcionam num período contínuo de 24 horas, devendo ser articuladas com a rede assistencial, e são elas a “porta de entrada” do sistema de saúde.

¹ Entenda-se como unidades de referência hospitais cujo serviço é especializado para um determinado tipo de atendimento, dispondo o mesmo de tecnologia e recursos humanos apropriados para um atendimento eficaz e de qualidade.

Pela Portaria nº 2048/GM/2002 do Ministério da Saúde, vê-se que o atendimento às urgências devem acontecer num terreno muito mais amplo do que normalmente acontece. Percebe-se que esse atendimento deve ser amparado por toda uma rede de saúde, e esta deve ser regionalizada e hierarquizada, visando uma assistência melhor organizada e serviços articulados. Assim, é imprescindível que os Sistemas Estaduais de Urgências sejam estruturados de forma que envolvam toda a rede assistencial de saúde, e isso vai desde a Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família – PSF), aos ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Resgate, ambulâncias do setor privado, entre outros), até chegar à rede hospitalar de alta complexidade, onde os pacientes atendidos e liberados voltam a ser assistidos em sua reabilitação na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2005 b).

Vê-se, então, que cada componente dessa rede é responsável por uma determinada parcela da demanda de urgência, atuando sempre de forma que respeite os limites de sua complexidade e capacidade de resolução, tendo como responsabilidade o encaminhamento de pacientes, quando a unidade não dispuser de recursos necessários para um determinado atendimento (BRASIL, 2002).

A “Promoção da Qualidade de Vida” é a estratégia em que se insere o Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Assim, valoriza-se a prevenção de agravos e a proteção à vida, levando a uma mudança de comportamento, que vai da centralização nas conseqüências dos agravos gerados pelas urgências a uma visão integral e integrada com uma abordagem totalizante e que busca promover a autonomia de indivíduos e coletividades. Para promover proteção da vida, tornam-se necessárias a educação para a saúde, a prevenção de agravos e doenças, e uma nova visualização da assistência e reabilitação. Nesse enfoque, há benefício tanto para as urgências de origem traumáticas, como para aquelas de origem clínica (BRASIL, 2002).

Ainda na Portaria nº 2048/GM/2002 do Ministério da Saúde, Capítulo IV do seu Anexo, vemos como se estrutura e do que se compõe o Atendimento

Pré-Hospitalar Móvel, o qual, segundo essa portaria, é considerado como aquele que:

[...] na área de urgência, o atendimento procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005b, p. 22).

A primeira lei do Senado do Brasil destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar foi aprovada em 21 de junho de 1893. Esta pretendia estabelecer o Socorro Médico de Urgência na Via Pública; mas, frente às demais patologias da época, esse tipo de investimento foi negligenciado, caminhando - a passos lentos - apenas no Distrito Federal que na época situava-se no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005 a).

Atualmente, o Ministério da Saúde, tendo em vista a Política Nacional de Atenção às Urgências vem investindo na implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esse serviço tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais, e as seqüelas provenientes da falta de atendimento especializado precoce. Visa oferecer à população o Atendimento Pré-Hospitalar Básico, também denominado de Suporte Básico à Vida - um serviço voltado para o atendimento de usuários com um quadro clínico estável, sem risco iminente de vida; bem como o Suporte Avançado à Vida - destinado ao atendimento de usuários em estado grave, com risco iminente de vida, necessitando assim de uma intervenção médica mais imediata.

Esses serviços são prestados num período de 24 horas, diárias, através de uma Central de Atendimento, que atende pelo número 192, onde a população obtém a ajuda necessária para urgências. O SAMU dispõe, em suas viaturas, da presença de profissionais devidamente qualificados: nas ambulâncias de Suporte Básico à Vida, estão presentes um motorista e um(a) técnico(a) de enfermagem; e, nas ambulâncias de Suporte Avançado à Vida um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e um motorista (BRASIL, 2005 a).

Quanto à assistência de enfermagem, vemos que esta se destaca no atendimento de urgência desde os seus primórdios, com Florence Nightingale na guerra da Criméia, bem como com Ana Nery na guerra do Paraguai.

Já nos EUA, quanto ao atendimento pré-hospitalar (APH), há registros de que, na década de 1940, enfermeiras militares, chamadas de *Flight Nurses*, se dedicavam ao transporte dos feridos de guerra. Na década de 1960, estas foram incorporadas às equipes de APH civis (SÃO PAULO, 2000 apud CAMPOS, 2005).

Mas foi no ano de 1983 que a Associação Americana de Enfermagem estabeleceu os “Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência”. Isso levou a uma classificação dos enfermeiros de emergência em três níveis de competência, sendo eles: nível 1 – requer um mínimo de competência para assistir ao paciente traumatizado; nível 2 – requer uma formação específica em enfermagem de emergência; nível 3 – requer especialidade em área bem delimitada e atuação no âmbito pré e intra-hospitalar.

De acordo com a Resolução COFEN - Nº 290/2004, que fixa as especialidades de Enfermagem, no seu artigo 1º, tem-se a listagem das especialidades em enfermagem, dentre as quais se destacam: Enfermagem Aeroespacial; Atendimento Pré-Hospitalar; Emergência; Traumato-Ortopedia; Terapia Intensiva (COFEN, 2004).

O enfermeiro que adentra esse campo da emergência traz sobre si grandes responsabilidades: é necessário que ela tenha tanto a prática quanto a teoria abrangente dessa área. De modo algum se prestará um bom atendimento sem a teoria, e esta se liga à prática em todos os seus aspectos. Da mesma forma, para ter sucesso no que faz, não basta apenas ter em mãos tecnologia de ponta, também é imprescindível o conhecimento para utilizar essa tecnologia.

Esse enfermeiro também deve ter algumas características que são essenciais para se trabalhar nesse setor: precisão, agilidade, destreza, iniciativa, criatividade e autocontrole; a presença dessas características representa um diferencial para o profissional que as têm. É importante ainda salientar que ela deve focalizar sua atenção no vasto campo de atuação que tem diante de si, ao invés de buscar práticas que não são inerentes ao seu

papel; quando ela se dispõe a realizar práticas de outras profissões, na verdade, engana a si mesma fazendo pelos outros um trabalho que lhe pertence e, conseqüentemente, deixando de exercer o que realmente é o seu papel.

As funções do enfermeiro dentro de uma unidade de urgência são desafiadoras! Segundo Freire (2001), o enfermeiro precisa ter pulso para liderança, participando desde a preparação da sala de urgência, ao treinamento da equipe, segundo a sistematização normatizada na instituição. Participa, ainda, da organização multidisciplinar da Enfermagem para o atendimento dos pacientes que derem entrada no serviço, não podendo esquecer de sua participação ativa no atendimento ao paciente. De igual modo procede um enfermeiro no APH, onde ela é a responsável por manter as ambulâncias devidamente equipadas e abastecidas com todo material preconizado pelo Ministério da Saúde, além de participar ativamente do treinamento de outros profissionais de enfermagem, organizar e participar do atendimento direto aos usuários² desse serviço, e realizar os devidos registros quanto aos atendimentos realizados, e as intercorrências administrativas do seu setor.

Dentro desse quadro, uma assistência de enfermagem sistematizada é essencial, tornando-se vital para um serviço de qualidade, preciso e eficaz. Essa sistematização está preconizada na Resolução do COFEN Nº 300/2005, que dispõe sobre a atuação do profissional de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar e Inter-hospitalar. No artigo 42, lê-se: "O Enfermeiro deverá desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem como forma de registro e anotações pertinentes à profissão e aos respectivos profissionais de enfermagem" (COFEN, 2005).

E, em se tratando de Sistematização, vemos na Resolução COFEN-272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nas Instituições de Saúde Brasileiras, no seu artigo 3, que:

[...] a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por: Histórico

² Segundo Roy o indivíduo é reconhecido como pessoa, e pela sua teoria não cabe o conceito de paciente ou vítima. Sendo então escolhido o termo **usuário** para designar pessoa.

de enfermagem; Exame físico; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição da assistência de enfermagem; Evolução da assistência de enfermagem e Relatório de enfermagem. (COFEN, 2002, p.2).

Essa resolução deixa claro que essa sistematização da assistência de enfermagem é obrigatória em todas as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas.

Conforme se viu na Resolução COFEN, anteriormente apresentada, a sistematização ocorre através do Processo de Enfermagem. Sobre este, Alfaro-Lefevre (2005) afirma ser o processo de enfermagem um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, tendo como objetivo a obtenção de resultados desejados de um modo rentável. Ainda sobre o mesmo discorre Rossi e Casagrande (2001) afirmando ser este uma série de passos (investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação) que tem como meta a individualização do cuidado através de uma abordagem de solução de problemas. Para Garcia e Nóbrega (2002), o processo de enfermagem, ou processo de cuidar, é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas demandem uma intervenção profissional de enfermagem.

Pode-se afirmar que o processo de enfermagem, como atribuição do enfermeiro, é essencial para sua assistência cotidiana, tendo em vista que este leva a Enfermagem a se desenvolver como ciência, buscando fundamentação para sua prática através de um raciocínio crítico, lógico e científico. E este processo se guiará por teorias ou modelos conceituais de enfermagem, bem como por conhecimentos científicos e experiências pessoais.

As teorias de enfermagem vêm contribuindo com a construção do conhecimento de enfermagem e, conseqüentemente, com a assistência de enfermagem ao serem utilizadas como um guia que melhora a prática, o condutor na observação dos fenômenos, na intervenção, e nos resultados esperados. Uma sistematização apoiada em modelos teóricos vem proporcionar meios para organizar a investigação dos clientes, para proceder

com a análise e interpretação dos dados, para traçar diagnósticos, planejar, implementar e avaliar esse processo de cuidar; e isto torna o processo de cuidar em um resultado daquilo que se conhece, e se pesquisa (SOUZA, 2001). Assim o processo de enfermagem é o elo que une a teoria à prática.

Considerando o que foi exposto, sabe-se que a execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem por si só já é um grande desafio, e que, em se tratando de Urgência - e dentro desta o Atendimento Pré-Hospitalar - o desafio então cresce! O tempo e o grau de gravidade são os maiores oponentes a serem enfrentados, contudo o enfermeiro não pode negligenciar a assistência baseada no processo de enfermagem, sobretudo porque esta é o cerne dessa prática enquanto ciência.

É conhecido que, até o momento, no município de João Pessoa - Pb, no tocante ao Atendimento Pré-Hospitalar Básico e Avançado, ainda não se dispõe de uma Assistência de Enfermagem Sistematizada. Esse ponto é motivo de minha preocupação. Em contato com o atual Coordenador da equipe de enfermagem do SAMU, e participando junto a este do projeto de Sistematização realizado pelo COREN - Pb constatei que os cuidados de enfermagem, nesse serviço, são executados através de protocolos de urgência específicos desse setor, sendo esses protocolos direcionados para toda a equipe de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e socorrista). Diante desse fato, percebo que se faz necessária a construção de um instrumento para sistematização da prática de enfermagem, para que por meio deste, a assistência de enfermagem seja aprimorada, tornando-se eficaz, ágil e específica para a área abordada, gerando assim um atendimento de alta qualidade - que promove, controla ou inibe estímulos - visando à adaptação do indivíduo face a tal enfrentamento.

Sendo assim, a base teórica a ser utilizada por esta pesquisa será o Modelo de Adaptação, de Irmã Callista Roy. O foco desta pesquisa estará sobre a Teoria do Modo Fisiológico de Adaptação. Esse Modelo, segundo Roy, "fornece uma maneira de pensar sobre as pessoas e seu ambiente que é útil em qualquer circunstância. Ajuda a dar prioridade ao cuidado, e desafia o enfermeiro a conduzir o paciente da sobrevivência para a transformação" (ROY, 2005, web).

O Modo Fisiológico de Adaptação é composto por nove elementos, dentre estes, cinco estão caracterizados como Necessidades Básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e descanso, e proteção; e os outros quatro são os Processos Complexos: sentidos, fluidos corporais e eletrólitos, função neurológica, e função endócrina (ROY, 2005). Uma vez que este estudo está voltado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, dar-se-á, então, ênfase a: oxigenação, eliminação, proteção, sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina; sem, contudo, descartarem-se por completo os demais componentes, ou mesmo as demais teorias oriundas desse Modelo Conceitual, caso esses venham a ser necessários para o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem, e, conseqüentemente, a realização das demais etapas da sistematização da assistência de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Construir e validar um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Avançado.

2.2 Objetivos Específicos

- Construir e validar um instrumento para a coleta de dados;
- Aplicar o instrumento em usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nas Unidades de Suporte Avançado (USA);
- Identificar os indicadores clínicos (comportamentos e estímulos) presentes nos usuários atendidos pela Unidade de Suporte Avançado;
- Traçar o perfil diagnóstico dos usuários atendidos pelo SAMU, utilizando como Classificação a Taxonomia da NANDA;
- Realizar o levantamento das intervenções/atividades de enfermagem com base na priorização por diagnóstico da NANDA, proposto pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC);
- Construir o instrumento para sistematização da assistência de enfermagem, contendo: levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem (NANDA), intervenções/atividades (NIC) e anotações de enfermagem;
- Validar o instrumento para sistematização da assistência de enfermagem com enfermeiros especialistas, quanto a sua forma e conteúdo.

3 REFERÊNCIA TEÓRICA

3.1 Modelo de Adaptação de Roy

O Modelo de Adaptação de Roy foi construído a partir de quatro pilares, dois deles referentes a perspectivas de mundo; e dois científicos. Quanto aos pilares filosóficos, vêem-se o humanismo e a 'veritividade'.

Ao que se refere ao humanismo, o ser humano é visto sob um prisma de ser criativo por natureza, o qual age por propósitos estabelecidos por ele próprio; negam-se, assim, mecanismos de ação e reação. Esse mesmo homem tem como característica inata ser completo, pois, apesar de ser composto de áreas distintas, essas não se dissociam, e a soma delas, separadamente, se iguala ao valor do todo. Ele desenvolve ações que mantenham sua integridade, seja esta física, psicológica ou mesmo social (ROY; ANDREWS, 1991).

Em veritividade, termo criado por Roy, o ser humano é visto de forma social e age na sociedade com propósitos. Esses propósitos se unificam direcionando ações, com o uso da criatividade, para o bem comum; a vida é valorizada e há sentido para a mesma (ROY; ANDREWS, 1991). Fica claro, então, que o homem é visto de maneira holística, que desenvolve ações com propósitos, a fim de que se mantenha íntegro em tudo que se compõe; para tal, ele é criativo, busca o bem comum, valoriza a vida, porque esta lhe tem sentido.

Quanto aos dois pilares científicos, esse modelo se ergue sobre a Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy, de 1968, e a Teoria do Nível de Adaptação de Helson, de 1964. A influência de Von Bertalanffy é percebida na visão do indivíduo composto por partes unidas entre si, agindo com um mesmo propósito; é ainda dessa teoria que vem todo um aporte sobre estímulos e comportamento, conceitos esses essenciais dentro do modelo de Roy. Já Helson coloca fundamentos para a visão de um indivíduo como um sistema, tendo o mesmo a capacidade para criar e se adaptar às mudanças do ambiente. Este autor enxergou que o nível de adaptação tem como meta a habilidade de responder positivamente às mudanças, contudo este é considerado instável - ou, em outras palavras, influenciável - seja pelas

demandas de uma determinada situação, seja pelos recursos internos que cada ser humano na sua individualidade possui e destes se utilizam para tornar-se melhor. Esses recursos são: capacidades, esperanças, aspirações, motivações e outros (ROY; ANDREWS, 1991).

Dentro dos quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem, Roy define **pessoa** como um sistema composto por quatro partes interligadas e indissociáveis (fisiológico, auto-conceito, interdependência e função de papéis), que agem conjuntamente para a integridade do ser, através de mecanismos de adaptação. O **ambiente** compreende tanto o mundo interior, como o exterior da pessoa, estando o mesmo em constante mudanças estimulando a pessoa a produzir respostas de adaptação ao mesmo. A **saúde**, então, é um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa completa e integrada em suas partes; é a adaptação eficaz ao ambiente em que se encontra. Quando não há integração e não há totalidade do ser, e a adaptação é ineficaz, isso é considerado falta de saúde. Quanto à **Enfermagem**, há uma definição indireta da mesma através do seu objetivo de promover a saúde de indivíduos, bem como da sociedade (ROY; ANDREWS, 2001). A partir dessa definição colocada por Roy, podemos visualizar a Enfermagem como uma profissão que está voltada para integralidade do ser, promovendo adaptação eficaz do mesmo ao ambiente no qual este se insere.

Para Lopes, Araújo e Rodrigues (1999), esse é um modelo onde se faz presente a noção de estímulos e respostas. E esses estímulos podem ser internos, quando provenientes do eu; ou externos, quando vindos do ambiente que nos cerca.

Esses estímulos, de acordo com Roy, podem ser de três tipos: a) **focais**: os que desencadeiam o comportamento observável no indivíduo; sendo assim, os que primeiro o afetam, causando-lhe o maior impacto; b) **contextuais**: aqueles que vêm junto ao estímulo focal, contribuindo para o comportamento adotado; c) **residuais**: os referentes a tudo que possa influenciar o indivíduo, podendo este ter consciência daqueles, ou não. Normalmente, os estímulos residuais se ligam a experiências vividas no passado (IVO; CARVALHO, 2003).

Uma vez que somos constantemente estimulados, tais estímulos requerem respostas, e estas são decorrentes de um mecanismo de enfrentamento. Este mecanismo tanto pode ser inato - nascemos com ele - ou mesmo adquiridos ao longo da nossa vivência. Roy divide esses mecanismos de enfrentamento em dois subsistemas: o Regulador - sistemas químicos, neurais e endócrinos; e o Cognitivo - quatro canais cognitivos (percepção/processamento de informação; aprendizagem; julgamento; emoção) (LOPES; ARAÚJO; RODRIGUES, 1999).

Esses subsistemas, contudo, não podem ser diretamente observados em seu funcionamento, mas respostas por eles produzidas podem ser visualizadas em quatro modos adaptativos: Modo Fisiológico, Modo do Autoconceito, Modo da Função de Papéis, e o Modo de Interdependência. Através desses se percebe o nível de adaptação em um indivíduo (ROY; ANDREWS, 1991).

No Modo do Autoconceito, o enfoque está sobre os aspectos espirituais e psicológicos da pessoa. A partir desse Modo se observam-se crenças, valores e sentimentos do ser; a necessidade básica a ser atendida é a integridade psíquica, uma vez que a pessoa busca conhecer a si mesma para que venha a existir como uma unidade (IVO; CARVALHO, 2003). Roy e Andrews (1991, p. 16) consideram a integridade psíquica básica para a saúde, ao ponto que problemas de adaptação nesta área podem vir a interferir na habilidade da pessoa para se curar, ou mesmo para desenvolver ações que lhe sejam necessárias para manter os demais aspectos de saúde. As autoras definem autoconceito como "a composição das crenças e dos sentimentos que uma pessoa tem sobre si mesma num determinado tempo"; este se forma das percepções internas do eu, e das externas - de outras pessoas -; é ele quem dirige o comportamento da pessoa.

O Modo da Função de Papéis focaliza o ser social, os papéis por ele desenvolvidos junto à sociedade. Papel aqui é visto como a expectativa sobre como uma pessoa se comporta em determinada posição em relação a outra que ocupa uma outra posição. Aqui a necessidade primordial é a integridade social, ou seja, o conhecer a si mesmo em relação a outros para poder agir (ROY; ANDREWS, 1991).

Na focalização das interações entre dar e receber amor, respeito e valor, está o Modo da Interdependência; sendo também este um modo social. Sua necessidade básica é o sentimento de segurança em relacionamentos de cuidar (ROY; ANDREWS, 1991).

Por fim, vem o Modo Fisiológico, ao qual se dará mais ênfase nesta pesquisa, visto ser o contexto prevalente no qual se insere o esse estudo. Ele compreende as respostas físicas que se dão aos estímulos do ambiente, correspondendo às manifestações de nossas atividades fisiológicas. Os mecanismos de enfrentamento aqui ativados podem gerar, como nos demais modos, uma resposta adaptativa ou ineficaz, e estas respostas são facilmente observadas através das atividades fisiológicas das células, tecidos, órgãos e sistemas. Neste modo, são identificadas cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e descanso, e proteção; e quatro processos complexos: sentidos, fluídos e eletrólitos, função neurológica, e função endócrina. Entre necessidades básicas e processos complexos, ao todo se somam nove componentes, os quais são a base para a avaliação de enfermagem no modo fisiológico (ROY; ANDREWS, 1991).

Ter capacidade para compreender o comportamento fisiológico significa antes de qualquer coisa ter o conhecimento necessário sobre anatomia, fisiologia humana e até mesmo fisiopatologia. É essencial conhecer os padrões de normalidade, para, assim, poder reconhecer as alterações, baseando-se no nível de adaptação de cada pessoa (ROY; ANDREWS, 1991).

A integridade fisiológica é o pilar deste modo. Ela é adquirida através das necessidades fisiológicas, as quais foram acima descritas como as necessidade básicas e os processos complexos. O **Quadro 1** apresenta os componentes do Modo Fisiológico do Modelo de Roy e Andrews (1991), com suas definições.

COMPONENTES	DEFINIÇÕES
1. Oxigenação	Necessidade do corpo de oxigênio, dos processos de ventilação, transporte e troca de gases.
2. Nutrição	Necessidade que envolve processos associados à ingestão e

	absorção dos nutrientes, para a manutenção do funcionamento, promoção do crescimento e cicatrização de tecidos gastos ou danificados.
3. Eliminação	Processos fisiológicos envolvidos na excreção do lixo metabólico, principalmente por meio intestinal e renal.
4. Atividade e Descanso	Necessidade para equilíbrio entre atividade física e descanso, que providencia o melhor funcionamento fisiológico de todos os componentes do corpo. Restauração e reparo.
5. Proteção	Defesas básicas do corpo, que incluem processos de imunidade e sistema tegumentar, protegendo contra infecções, traumas e mudanças na temperatura.
6. Sentidos	Visão, audição, tato, paladar e olfato, que possibilitam às pessoas a interação com seu ambiente. A dor também é considerada importante na avaliação dos sentidos.
7. Fluídos e Eletrólitos	Equilíbrio necessário para a função celular, extra-celular e dos sistemas.
8. Função Neurológica	Canais essenciais para os mecanismos de enfrentamento. Controlam e coordenam movimentos do corpo, a consciência, os processos cognitivos/emocionais, e a atividade dos órgãos.
9. Função Endócrina	Age junto a função neurológica para integrar e coordenar o funcionamento do corpo. Tem papel significativo na resposta ao estresse, e também se liga ao mecanismo de enfrentamento.

Fonte: Roy; Andrews, (1991).

Quadro 1 – Definições dos Nove Componentes do Modo Fisiológico do Modelo de Adaptação de Roy.

3.1.1 Processo de enfermagem segundo Callista Roy

Roy e Andrews (1991) colocam que, das atividades exercidas pela Enfermagem, a que se diferencia atribuindo ao enfermeiro o seu real caráter profissional, é denominada de processo de enfermagem.

Em se tratando de processo de enfermagem, temos atividades exclusivas de enfermagem. Estas sugerem haver a existência de um receptor, aqui então denominado "pessoa". Por esse ponto, ressalta-se a ênfase de Roy, de que cada pessoa tem a sua maneira própria de lidar com as mudanças no seu estado de saúde, o que reflete pelo menos duas coisas: uma, que o

processo de cuidar é, e tem que ser, individualizado; e outra, que cada pessoa é ativa/participativa dentro desse processo.

O papel da Enfermagem é o de construir, junto com a pessoa, ferramentas que possibilitem a identificação do nível de adaptação e de capacidade para resistência frente às mudanças. Cabe também a essas personagens reconhecer dificuldades a fim de intervir o mais precocemente, objetivando a adaptação eficaz. Essa participação da pessoa no processo de cuidar vai depender, no entanto, de alguns fatores, como idade, nível de consciência, entre outros. Ressalta-se que esses fatores interferem apenas na forma como se participa desse processo, porque o ser pessoa implica ter respostas (comportamentos) que contribuem ou não para o alcance da saúde (ROY; ANDREWS, 2001). Reconhece-se, assim, que, para Roy, pensar em processo de enfermagem é também pensar na pessoa como um sistema adaptável.

O processo de enfermagem, à luz do Modelo de Adaptação de Roy, é constituído de seis etapas: avaliação de comportamento, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, formulação de alvos, intervenção e avaliação. O processo aqui é visto como:

[...] uma abordagem de resolução de problemas para agrupar informações, identificar as necessidades de uma pessoa, selecionar e implementar abordagens para as ações de enfermagem e avaliar os resultados dos cuidados oferecidos (ROY; ANDREWS, 1991, p.41).

Esse processo, então, segundo Roy, se constitui das 6 fases acima citadas; e estas se relacionam entre si simultânea e continuamente, o que não poderia ser diferente já que o processo está voltado para a pessoa (sujeito coletivo ou singular) como um ser holístico, integrado em suas partes. O que faz as fases do processo serem simultâneas e contínuas é o fato de este se direcionar ao ser humano (pessoa) do qual exigem-se constantes respostas ao meio em que vive, e de esse ser humano ser completamente integrado em suas partes.

Para Lopes; Araújo e Rodrigues (1999, p.98), o processo de enfermagem precisa ser constantemente avaliado, e isso se dá:

[...] na medida em que o avançar da profissão exige análise de seu desempenho diário, objetivando a melhoria da mesma. [...] além do trabalho processual, o uso de teorias que visam definir a enfermagem enquanto ciência, apresenta-se como necessário para compreender questões inerentes à pessoa, ao ambiente, e à meta da enfermagem. Questões essas essenciais para o desenvolvimento de um cuidado qualificado.

3.1.1.1 Primeira Fase: Avaliação do comportamento

No primeiro passo do processo de enfermagem o enfermeiro age para ter a compreensão do estado de saúde da pessoa, visualizando o modo de lidar, ou adaptar-se ao meio em que a esta se encontra; é ir em busca do comportamento. Ao avaliar o comportamento, traça-se o perfil de saúde, em que se podem achar dois tipos de respostas: adaptação eficaz ou ineficaz. Uma promove integridade do ser, e outra age deteriorando essa integridade, ou pelo menos não contribuindo com a mesma.

Define-se, então, comportamento como “ação ou reação sob circunstâncias específicas, podendo ser observável ou não” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 431). Para realizar essa avaliação, o enfermeiro deve pensar em como avaliar essas respostas, utilizando-se então de três recursos básicos: observação, mensuração e entrevista. A seguir ela vai comparar esses dados comportamentais levantados com padrões preestabelecidos a fim de atestar a manutenção da integridade, e ainda localizar os pontos fortes que a auxiliem no cuidar. Roy acrescenta que, nesta fase, bem como em todo o processo, a comunicação é essencial. Mostrando que, quanto mais efetiva for a mesma entre a pessoa e o enfermeiro, mais eficientes também serão as atividades de enfermagem. Diante disto, vê-se que uma comunicação não efetiva resulta em atividades de enfermagem questionáveis (ROY; ANDREWS, 1991).

Avaliar comportamento requer também avaliar estímulos, uma vez que todo comportamento se origina de um (ou mais) determinado estímulo, podendo este ser interno ou externo. Os instrumentos para avaliação dos estímulos são os mesmos utilizados para avaliar o comportamento. Estabelecer prioridades nas respostas comportamentais requer identificar junto à pessoa quais os estímulos focais, os contextuais e os residuais. É

consenso para Roy e Andrews (1991), que alguns estímulos contextuais têm ação sobre o comportamento em qualquer modo de adaptação, sendo eles: etnia, estrutura familiar, idade, sexo, hereditariedade, fatores genéticos, conhecimento, utilização de drogas, álcool, cigarro, entre outros.

3.1.1.2 Segunda Fase: Avaliação dos estímulos

Mencionar avaliação do comportamento da pessoa na abordagem de Roy e Andrews (1991) é também mencionar a avaliação dos estímulos, quer sejam internos ou externos. Para as referidas autoras, os estímulos internos correspondem ao **eu** da pessoa, enquanto que os externos são aqueles oriundos do ambiente que a cerca.

Como constantemente estamos sujeitos a estímulos, permanentemente estamos emitindo respostas a eles. Essas respostas, contudo, acontecem através dos mecanismos de enfrentamento, sendo estes modos próprios - inatos ou adquiridos - de responder ao ambiente que nos cerca (LOPES; ARAÚJO; RODRIGUES, 1999).

A Enfermagem, nesta avaliação, terá como prioridade o comportamento que representa a maior ameaça ao usuário. A partir deste, juntamente com a pessoa, serão estabelecidos quais estímulos focais, contextuais e residuais vêm promovendo o padrão de comportamento observado, e reconhecido como adaptação ineficaz (ROY; ANDREWS, 2001).

É considerado um estímulo focal aquele que assume uma maior influência para o comportamento da pessoa. O enfermeiro estará em busca do que confrontou o usuário de imediato, e deve saber lidar de modo integrado uma vez que um comportamento pertencente a um modo pode resultar em um determinado estímulo focal, em outro modo. Por exemplo: o aumento de peso exagerado (comportamento ligado ao modo fisiológico) relacionado ao estímulo da ansiedade pode resultar em estímulo no modo de autoconceito. Tal exemplo mostra a complexidade de como se relacionam estímulos e comportamento nos quatro modos de adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

Os estímulos contextuais são aqueles que compõem a situação, sendo evidentes quanto a sua presença; mas não são responsáveis pela causa mais imediata do comportamento, apenas contribuem para o comportamento já provocado pelo estímulo focal. Nesse estímulo o enfermeiro precisará estar atenta para o significado que a pessoa dá a determinada situação (ROY; ANDREWS, 2001).

Por fim, os estímulos residuais são aqueles que influenciam o comportamento adotado pela pessoa. Eles produzem efeitos indeterminados que não podem ser avaliados. A avaliação desse tipo de estímulo pode ser de duas formas: uma, pela confirmação da pessoa de que ele a afeta; e, outra, pelo conhecimento teórico ou empírico do enfermeiro sobre a pessoa (ROY; ANDREWS, 2001). Esses estímulos têm como característica o fato de não poderem ser validados, e, quando o são, tornam-se estímulos focais ou contextuais.

Roy e Andrews (1991) trazem um exemplo envolvendo esses três estímulos para melhor compreensão deles. Segue o exemplo: uma pessoa está com dor nos dentes, pois perdeu a massa de uma obturação muito profunda e, ao mastigar um pedaço de doce, sente um aumento dessa dor. Tal perda da obturação levou à exposição do nervo dentário e, assim, à dor. Tem-se, então, nessa situação, como estímulo focal, a perda da massa de obturação; o estímulo contextual está ligado ao uso do doce, que veio aumentar a dor já provocada pela perda da obturação; e, como estímulos residuais têm-se suposições sobre o tipo de pasta que é utilizada por essa pessoa, ou mesmo sobre os seus hábitos de higiene dentária.

3.1.1.3 Terceira Fase: Diagnóstico de enfermagem

Para Roy e Andrews (2001), diagnóstico de enfermagem é o resultado de um processo de avaliação sobre o estado de adaptação de uma pessoa.

Ao se montar um diagnóstico de enfermagem, Gordon (1994 apud LOPES; ARAÚJO; RODRIGUES, 1999) afirma que se faz uso de componentes

estruturais, sendo estes: o problema, os fatores etiológicos e as características definidoras (indicadores clínicos).

Para Roy, como se viu até agora, o problema é a falha no mecanismo de enfrentamento, levando a pessoa a responder ao ambiente de modo ineficaz; os fatores etiológicos correspondem aos estímulos internos ou externos; e as características definidoras correspondem ao comportamento adaptativo ineficaz da pessoa. Percebe-se, assim, a grande proximidade entre o que seja problema e características definidoras, de acordo com este modelo.

Roy e Andrews (2001) oferecem três maneiras de se elaborar um diagnóstico de enfermagem: a) é realizada uma avaliação dos comportamentos em um único modo, levantando-se uma afirmação (comportamento) que se liga a vários estímulos relevantes, ou seja, faz-se o enunciado de um comportamento observado, ligando-se a ele os principais estímulos influenciadores; b) o agrupamento de vários comportamentos de um mesmo modo que são afetados por um único estímulo; c) um resumo de comportamentos que transpassam mais de um modo, afetados pelo mesmo estímulo, busca-se um padrão comportamental (LOPES; ARAÚJO; RODRIGUES, 1999; ROY; ANDREWS, 2001; GALBREATH, 2000).

No Modo Fisiológico de Adaptação, Roy estabelece duas tipologias, uma dos indicadores de adaptação eficaz e outra dos problemas adaptativos de recorrência comum (**Quadro 2**). Essa última tipologia está em constante aperfeiçoamento através da utilização e desenvolvimento desse modelo, e se apresenta como uma classificação para os diagnósticos de enfermagem.

MODO FISIOLÓGICO	
1. Oxigenação	Hipóxia/choque; Diminuição ventilatória; Trocas gasosas inadequadas; Transporte de gases inadequado; Perfusão alterada dos tecidos; Fraco recrutamento dos processos compensatórios para a necessidade de troca de oxigênio.
2. Nutrição	Peso 20/25% acima/abaixo da média; Nutrição maior/menos que as necessidades do corpo; Anorexia; Náusea e vômitos; Estratégias de resistência ineficazes para os meios de digestão alterados.
	Diarréia;

3. Eliminação	Incontinência intestinal/vesical; Constipação; Retenção urinária; Flatulência; Estratégias de resistência ineficazes para eliminação alterada.
4. Atividade e Descanso	Padrão inadequado de atividade e repouso; Dificuldade de deambular; Falta de coordenação; Mobilidade restrita, porte e/ou coordenação; Intolerância a atividade; Imobilidade; Conseqüências de desuso; Potencial para fadiga devido a perturbação dos padrões do sono; Privação do sono. Mudanças ambientais não influenciam nas condições de sono.
5. Proteção	Destruição da integridade da pele; Úlceras de pressão; Prurido; Atraso na cura da ferida; Potencial para uma resistência ineficaz com reação alérgica; Ineficácia em lidar com mudanças na imunidade.
6. Sentidos	Diminuição do potencial do sentido primário; Potencial para feridas/perdas da capacidade para autocuidado; Potencial para comunicação alterada; Estigma; Monotonia sensorial/defeituosa; Sobrecarga sensorial/privação; Dor aguda; Dor crônica; Percepção diminuída; Estratégias de resistência ineficazes para diminuição sensorial.
7. Flúidos e Eletrólitos	Desidratação; Edema; Retenção intracelular de água; Choque; Hiper ou hipo calcemia, calemia, ou natremia; Desequilíbrio ácido/básico; Regulação ineficaz do tampão para mudanças do pH.
8. Função Neurológica	Diminuição do nível de consciência; Processo cognitivo defeituoso; Déficit de memória; Instabilidade comportamental e da disposição para ânimo; Compensação ineficaz para o déficit cognitivo; Potencial para dano cerebral secundário.
9. Função Endócrina	Regulação hormonal ineficaz evidenciada por fadiga; Irritabilidade, intolerância em relação ao calor; Desenvolvimento reprodutivo ineficaz; Instabilidade do sistema hormonal; Estresse.
MODO DO AUTOCONCEITO	
1. Eu físico	Perturbação da imagem corporal; Disfunção sexual; Síndrome pós trauma Perda
2. Eu pessoal	Ansiedade; Enfraquecimento; Culpa; Baixa auto-estima.
MODO DA FUNÇÃO DE PAPÉIS	

Papel de transição
 Papel de distanciamento
 Papel de conflito
 Papel de fracasso

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

Padrão ineficaz de dar e receber educação;
 Padrão ineficaz de solidão e relação;
 Ansiedade provocada pela separação;
 Solidão.

Fonte: Roy; Andrews, (2001).

Quadro 2 – Tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum do Modelo de Adaptação de Roy.

A segunda modalidade proposta por Roy para se compor um diagnóstico de enfermagem, na qual há um resumo dos comportamentos dentro de um mesmo modo, requer o uso dessa tipologia transcrita no **Quadro 2**.

A experiência clínica do enfermeiro é que irá definir qual método vai ser utilizado para a formulação de um diagnóstico. Quanto maior for a sua experiência, maior será a sua capacidade para cruzar informações e fazer relação entre os modos adaptativos.

Nesta pesquisa, foi adotada como Classificação a Taxonomia da NANDA para identificação dos diagnósticos de enfermagem. Comparando a NANDA com a Tipologia proposta por Roy, observa-se que existem diferenças e semelhanças entre elas. As diferenças estão na forma como os diagnósticos podem ser montados, e as semelhanças estão no fato de alguns diagnósticos apresentarem denominações semelhantes. Essas semelhanças podem ser decorrentes da participação de Roy como membro da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

Galbreath (2000) relata que Roy e seus co-autores começaram a estabelecer uma relação entre os diagnósticos da NANDA e os modos de adaptação propostos por Roy, mas esse projeto não foi adiante, uma vez que a edição dessa obra antecedia a publicações mais recentes da NANDA. Mesmo assim, houve a publicação de uma listagem proposta por Roy, onde se aborda cada um dos modos adaptativos e seus respectivos diagnósticos encontrados na NANDA; no modo fisiológico, ainda houve o desdobramento de listar os diagnósticos por componente (necessidades básicas e processos complexos).

Lopes; Araújo e Rodrigues (1999) propõem uma relação entre os indicadores de adaptação positiva, os problemas comuns de adaptação associados a cada um dos modos separadamente, e os diagnósticos de enfermagem da NANDA. No **Quadro 3**, destaca-se essa relação existente no modo fisiológico através de um cruzamento da proposta de Lopes; Araújo e Rodrigues (1999), com a listagem de Roy da correlação entre os modo de adaptação e os diagnóstico da NANDA, e com a NANDA - 2003-2004 (2005).

Indicadores de adaptação positiva no Modo Fisiológico de Roy	Problemas comuns de adaptação no modo fisiológico de Roy	Diagnósticos de enfermagem da NANDA.
<p>1. Oxigenação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo ventilatório estável; - Transporte de gases adequado; - Processo de compensação adequado. 	<p>1. Oxigenação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipóxia/choque; - Diminuição ventilatória; - Troca de gasosas inadequadas - Transporte de gases inadequado; - Perfusão alterada dos tecidos; - Fraco recrutamento dos processos compensatórios para a necessidade de troca de oxigênio. 	<p>1. Oxigenação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrão respiratório ineficaz; - Ventilação espontânea prejudicada; - Resposta ao desmame ventilatório disfuncional; - Troca de gases prejudicada; - Deito cardíaco diminuído; - Perfusão tissular prejudicada; - Risco para aspiração; - Desobstrução de vias aéreas ineficaz.
<p>2. Nutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de digestão estável; - Padrão nutricional para as necessidades corporais adequados; - Necessidades metabólicas supridas. 	<p>2. Nutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso 20/25% acima/abaixo da média; - Nutrição maior/menor que as necessidades do corpo; - Anorexia; - Náusea e vômitos; - Estratégias de resistência ineficazes para os meios de digestão alterados. 	<p>2. Nutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deglutição prejudicada; - Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais/ menos do que as necessidades corporais; - Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, risco de; - Nutrição desequilibrada melhorada, disposição para; - Crescimento desproporcional, risco de; - Padrão de alimentação infantil ineficaz; - Dentição prejudicada; - Mucosa oral prejudicada;
<p>3. Eliminação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processos intestinais efetivos; - Eliminação intestinal estável; - Processo de eliminação urinária estável; - Padrão de eliminação urinária estável; - Estratégias de enfrentamento para eliminação alterada eficazes. 	<p>3. Eliminação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diarréia; - Incontinência intestinal/vesical; - Constipação; - Retenção urinária; - Flatulência; - Estratégias de resistência ineficazes para eliminação alterada. 	<p>3. Eliminação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constipação, percebida; - Constipação, risco de; - Diarréia; - Incontinência intestinal; - Incontinência urinária <ul style="list-style-type: none"> # de esforço, # de urgência, #de urgência, risco de # funcional, # reflexa, # total. - Retenção urinária.

Indicadores de adaptação positiva no Modo Fisiológico de Roy	Problemas comuns de adaptação no modo fisiológico de Roy	Diagnósticos de enfermagem da NANDA.
<p>4. Atividade e Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de mobilidade integrado; - Processo compensatório de movimentação durante a inatividade inadequado; - Padrão de atividade e repouso efetivo/Padrão de sono efetivo/Mudanças ambientais influenciam nas condições de sono. 	<p>4. Atividade e Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrão inadequado de atividade e repouso; - Dificuldade de deambular; - Falta de coordenação; - Mobilidade restrita, porte e/ou coordenação; - Intolerância a atividade; - Imobilidade; - Conseqüências de desuso; - Potencial para fadiga devido a perturbação dos padrões do sono; - Privação do sono. - Mudanças ambientais não influenciam nas condições de sono. 	<p>4. Atividade e Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risco de trauma; - Trauma, risco para; - Disfunção neurovascular periférica; - Disfunção neurovascular periférica, risco para; - Intolerância a atividade, risco de; - Desuso, risco de síndrome do; - Mobilidade física prejudicada; - Padrão de sono perturbado; - Sono melhorado, disposição para. - Privação do sono; - Mobilidade com cadeiras de rodas prejudicada; - Mobilidade no leito prejudicada; - Atraso no crescimento e no desenvolvimento; - Lesão perioperatória por posicionamento, risco de; - Lesão, risco de.
<p>5. Proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pele íntegra; - Processos imunitários efetivos; - Cicatrização efetiva; - Proteção secundária para mudanças na integridade e no status imune adequada. 	<p>5. Proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Destruição da integridade da pele; - Úlceras de pressão; - Prurido; - Hematoma; - Déficit imunitário; - Alergias; - Cicatrização comprometida; - Infecção; - Potencial para uma resistência ineficaz com reação alérgica; - Ineficácia em lidar com mudanças na imunidade. 	<p>5. Proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integridade da pele prejudicada; - Integridade da pele prejudicada, risco para; - Integridade tissular prejudicada; - Infecção, risco para; - Mucosa oral prejudicada; - Proteção ineficaz; - Envenenamento, risco de; - Sufocação, risco para; - Trauma, risco para;
<p>6. Sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de sensação efetivo; - Integração sensorial para recebimento de informações efetiva; - Padrões de recepção, interpretação e apreciação de estímulos estáveis; - Estratégias de enfrentamento para alterações dos sentidos efetivas. 	<p>6. Sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição do potencial do sentido primário; - Potencial para feridas/perdas da capacidade para autocuidado; - Potencial para comunicação alterada; - Estigma; - Monotonia sensorial/defeituosa; - Sobrecarga sensorial/privação - Dor aguda; - Dor crônica; - Percepção diminuída; - Estratégias de resistência ineficazes para diminuição sensorial. 	<p>6. Sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepção sensorial perturbada; - Comunicação aumentada, disposição para; - Comunicação verbal prejudicada - Autocuidado <ul style="list-style-type: none"> # para alimentação, déficit no; # para higiene íntima, déficit no; # para vestir-se/arrumar-se, déficit no; - Dor aguda; - Dor Crônica; - Envenenamento, risco de; - Trauma, risco para.

Indicadores de adaptação positiva no Modo Fisiológico de Roy	Problemas comuns de adaptação no modo fisiológico de Roy	Diagnósticos de enfermagem da NANDA.
<p>7. Fluidos e Eletrólitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balanço Hídrico estável; - Sais nos fluidos corpóreos estáveis; - Status ácido/base equilibrado; - Regulação química estável. 	<p>7. Fluidos e Eletrólitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desidratação; - Edema; - Retenção intracelular de água; - Choque; - Hiper ou hipo calcemia, caemia, ou natremia; - Desequilíbrio ácido/básico; - Regulação ineficaz do tampão para mudanças do pH 	<p>7. Fluidos e Eletrólitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excesso de volume de líquidos; - Déficit de volume de líquidos, risco para; - Déficit de volume de líquidos; - Volume de líquido, desequilíbrio, risco para.
<p>8. Função Neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de atenção/vigília efetivo; - Sensação percepção, codificação, formação de conceitos, memória, linguagem, resposta motora eficazes. 	<p>8. Função Neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição do nível de consciência; - Processo cognitivo defeituoso; - Déficit de memória; - Instabilidade comportamental e da disposição para ânimo; - Compensação ineficaz para o déficit cognitivo; - Potencial para dano cerebral secundário. 	<p>8. Função Neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sufocação, risco para; - Capacidade adaptativa intracraniana diminuída; - Manutenção da saúde ineficaz; - Déficit de conhecimento; - Conhecimento aumentado - Interpretação ambiental prejudicada, síndrome da; - Processos do pensamento perturbados; - Comportamento infantil desorganizado; - Comportamento infantil desorganizado, risco para; - Comportamento infantil organizado aumentado, disposição para; - Disreflexia autonômica; - Disreflexia autonômica, risco para; - Termorregulação ineficaz; - Temperatura corporal, risco de desequilíbrio na; - Hipertermia; - Hipotermia.
<p>9. Função Endócrina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulação hormonal de processos corporais e metabólicos efetiva; - Desenvolvimento reprodutivo efetivo; - Estabilidade de interação do sistema hormonal; - Ritmo hormonal cíclico estável; - Estratégias de enfrentamento do estresse efetivas 	<p>9. Função Endócrina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulação hormonal ineficaz evidenciada por fadiga, irritabilidade, intolerância em relação ao calor; - Desenvolvimento reprodutivo ineficaz; - Instabilidade do sistema hormonal; - Ritmo hormonal cíclico instável; - Estresse. 	<p>9. Função Endócrina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrões de sexualidade ineficazes; - Amamentação <ul style="list-style-type: none"> # eficaz; # ineficaz; # interrompida; - Estresse por mudança, síndrome do; - Estresse por mudança, risco de síndrome do.

Fonte: Lopes; Araújo; Rodrigues (1999)

Quadro 3 – Relação entre indicadores de adaptação positiva, os problemas comuns de adaptação de Roy associados ao modo fisiológico, e os diagnósticos de enfermagem da NANDA 2003-2004.

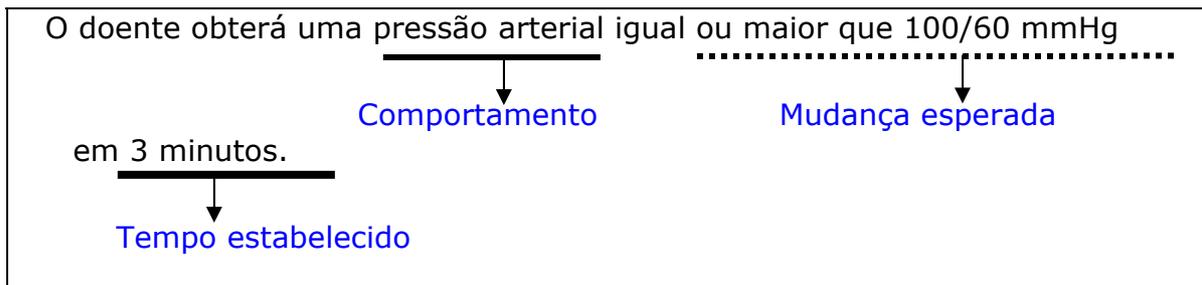
3.1.1.4 Quarta Fase: Estabelecendo metas

De um modo geral, as intervenções de enfermagem têm como objetivo estimular a manutenção e o aumento de um comportamento com adaptação eficaz ao meio em que a pessoa se encontra. O **Quadro 3** traz a listagem dos indicadores de adaptação positiva no modo fisiológico de Roy, sendo esses os objetivos gerais da prática de enfermagem na assistência à pessoa cuja integridade física em algum momento foi prejudicada.

Roy (1984 apud ROY; ANDREWS, 2001) afirma que estabelecer metas é traçar afirmações claras sobre o que se espera do paciente ao ser assistido pela Enfermagem. É definir quais comportamentos são necessários à pessoa para que esta venha manter ou aumentar um comportamento adaptável, bem como modificar o que seja ineficaz. Tal afirmativa revela que o foco do enfermeiro ao estabelecer metas deve ser o comportamento, que nem sempre precisa ser ineficaz para ele poder intervir, mas é necessário também visualizar aqueles adaptáveis a fim de mantê-los ou mesmo aumentá-los.

Para estabelecer metas, o enfermeiro observa um comportamento, identifica quais mudanças são necessárias e determina um tempo para o alcance destas mudanças. (ROY; ANDREWS, 2001).

Quando determina um tempo para o alcance de seus objetivos, o enfermeiro também precisa, aliada a sua prática clínica, definir se seus objetivos deverão ser alcançados em curto ou longo prazo. E isso se dá através de uma boa análise do quadro clínico da pessoa, podendo esses objetivos variar entre aqueles que são estabelecidos minuto/minuto, e aqueles de dia/dia. Normalmente as metas estabelecidas no modo fisiológico têm aprazamentos curtos, enquanto que em outros modos, algumas podem chegar a meses. Segue abaixo um exemplo de como se estrutura as metas dentro do modelo de adaptação de Roy:



Como ser participativo que é, interagindo constantemente com o ambiente, a pessoa é personagem atuante no estabelecimento de metas, seja sugerindo novos objetivos como também avaliando aqueles traçados pelo enfermeiro. Para Roy e Andrews (2001), envolver a pessoa nos objetivos de sua própria integridade levará a mesma a um maior desempenho por alcançá-los. E essa interação também possibilita ao enfermeiro avaliar o raciocínio da pessoa e sua disposição para o restabelecimento.

Quando o enfermeiro estabelece metas, ele "ajuda a pessoa a lutar pelo seu potencial humano total" (ROY; ANDREWS, 2001, p. 60).

3.1.1.5 Quinta Fase: Intervenções de enfermagem

Esta é uma fase de raciocinar como a pessoa irá alcançar as metas propostas e quais intervenções de enfermagem irão levar a pessoa ao alcance da adaptação.

Roy e Andrews (2001) trata esta fase como uma questão de gerir estímulos, ou seja, o enfermeiro é responsável por fornecer, manter, aumentar, diminuir ou ausentar estímulos, já que esses são os responsáveis por ativarem os mecanismos de enfrentamento e assim desencadearem comportamentos.

Nesta fase, dois pontos são relevantes: o estímulo focal e o nível de adaptação da pessoa. Ambos têm uma ligação direta com a capacidade da pessoa para se adaptar de modo eficaz ou não.

Quando o enfermeiro altera estímulos, ele aumenta as chances da pessoa, através de seus mecanismos de enfrentamento, responder positivamente e emitir comportamentos positivos.

De modo didático, podemos subdividir esta fase em oito etapas: a) reflexão sobre os objetivos e como eles podem ser alcançados; b) seleção dos estímulos que precisam sofrer alterações; c) realização de uma lista com intervenções possíveis para aquele caso; d) escolha de quais intervenções tem maior probabilidade, se efetuadas, de alcançarem as metas estabelecidas; e) identificação das conseqüências e probabilidade de ocorrência destas, em caso de implementação das intervenções selecionadas; f) avaliação do valor das conseqüências originadas pela implementação das intervenções; g) determinação de **como** serão realizadas as intervenções, por fim, escolhidas; h) implementar as ações cujas conseqüências de alta probabilidade alcancem as metas estabelecidas (valor desejável).

Um exemplo descrito por Roy e Andrews (2001) para melhor visualização prática desta fase, é: Uma pessoa internada num hospital tem como queixa não conseguir dormir bem à noite. Esse comportamento é conseqüência de pelo menos três estímulos:

- nível de barulho no posto de enfermagem (focal);
- cama desconfortável (contextual);
- fome (contextual).

O enfermeiro tem como meta que a pessoa irá conseguir dormir satisfatoriamente nos próximos turnos noturnos. Ele identifica os estímulos que precisam ser alterados e verifica o que seja focal e contextual. E assim lista algumas intervenções, chegando à seleção de três: alterar o nível de barulho no posto de enfermagem; alterar o conforto da cama; alterar a fome.

Ao selecionar três intervenções, as mesmas são submetidas ao teste de verificação de conseqüência, probabilidade e valor. Segue o **Quadro 4** com aplicação desse teste ao caso clínico então descrito.

Intervenções de enfermagem	Conseqüência	Probabilidade	Valor
1. Alterar o nível de barulho	Aumento do sono; Não aumento do sono;	Alta Baixa	Desejável Indesejável
2. Alterar o conforto da cama	Aumento do sono; Não aumento do sono; Rompimento intravenoso;	Alta Baixa Baixa	Desejável Indesejável Indesejável
3. Alterar a fome	Aumento do sono; Não aumento do sono; Não realização da cirurgia pela manhã	Moderada Moderada Alta	Desejável Indesejável Indesejável

Fonte: Roy; Andrews (2001).

Quadro 4 - Aplicação do teste de conseqüência, probabilidade e valor.

Por fim o enfermeiro determinará **como** irá ser executada a intervenção por fim escolhida, que, nesse caso, foi alterar o nível de barulho no posto de enfermagem. Como prescrição de enfermagem para ser implementada nesse exemplo, temos: fechar a porta do quarto da pessoa à noite; reduzir o volume de conversas no posto de enfermagem à noite.

Obedecer a todo esse critério antes de intervir, leva a ações mais acuradas, que trarão um maior benefício e menor malefício àquele que está sendo assistido. Como se pôde observar pelo exemplo acima, buscar alterar o estímulo focal, em muitos casos traz uma maior probabilidade de alcance das metas; este deve ser o foco do enfermeiro sempre que possível. E quando não se puder agir sobre o estímulo focal, o enfermeiro deve atentar para os contextuais, no intuito de garantir uma melhor condição para adaptação positiva. Também, em alguns momentos, o enfermeiro terá como opção agir sobre estímulos focais e contextuais, simultaneamente.

Nesta pesquisa, para a seleção das intervenções adota-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), no intuito de se ter acesso a uma lista de intervenções e atividades de enfermagem, correlacionadas aos diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA.

A NIC proporciona uma listagem abrangente de intervenções e atividades adequadas a todas as especialidades de atuação da Enfermagem. Um outro benefício é ela proporcionar não apenas as intervenções, mas também o como realizá-las (atividades).

3.1.1.6 Sexta Fase: Avaliação

Avaliar, enquanto 6ª fase do processo de enfermagem, significa para Roy o momento em que o enfermeiro irá analisar a eficácia das intervenções implementadas. Para tanto, será necessário tomar como base os três elementos que compuseram suas metas para uma determinada pessoa: comportamento, mudanças necessárias e tempo estabelecido (ROY; ANDREWS, 2001). E então deve-se levantar o questionamento: A pessoa atingiu os objetivos comportamentais traçados para ela? Quando a resposta é positiva se afirma que a intervenção de enfermagem foi eficaz.

O enfermeiro verifica se a pessoa alcançou o comportamento adaptável que se objetivava, e se o fez dentro do tempo previsto. Este é um momento para uma nova avaliação do comportamento, sendo realizada após implementação das intervenções e respeitando o tempo estabelecido para que os mecanismos de enfrentamento gerassem respostas adaptativas.

Para avaliar o comportamento gerado, o enfermeiro utiliza as mesmas técnicas de quando foi levantar os dados inicialmente, sendo: observação sensível, mensuração e entrevista.

No momento da avaliação, o enfermeiro também pode constatar que seus objetivos não foram alcançados, e, a partir deste momento, ele procederá a investigação sobre o que falhou. A falha para o não alcance das metas estabelecidas podem estar nas próprias metas, tidas como fora da realidade ou não aceitas/assimiladas pela pessoa, alvo da assistência; ou ainda pode estar numa avaliação incorreta, em que dados do comportamento podem ter sido levantados erroneamente (ROY; ANDREWS, 2001).

Uma resposta ineficaz leva o enfermeiro de volta ao primeiro passo do processo de enfermagem, e prosseguir passo a passo observando o(s) comportamento(s) ineficaz(es) para então compreender sua atual situação (ROY; ANDREWS, 2001).

Para uma melhor compreensão do processo de enfermagem é coerente apresentá-lo, passo a passo, em suas fases separadamente. Contudo a

vivência clínica mostra um processo cujas fases se entrelaçam e que ocorre de forma contínua. Nem sempre se avalia um comportamento dissociado de seu estímulo, ambos podem ser constatados simultaneamente. E assim ocorre o processo de enfermagem, em que a única regra constante é a pessoa, alvo da assistência de enfermagem.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A Pessoa em Estado Crítico e as Unidades Móveis de Terapia Intensiva

Voltando um pouco na história, a Enfermagem surgiu como profissão através de um trabalho desempenhado na guerra da Criméia (1854-1856) por Florence Nightingale, quando a mesma preparou mulheres para com ela cuidar dos soldados feridos. Já nessa época, Florence classificava os feridos de acordo com o grau de dependência; nesse caso, os soldados mais graves eram colocados junto à área de trabalho dos enfermeiros, para que fossem melhor observados e receberem um tratamento contínuo. Distingue-se, então, muito facilmente, que os mais graves precisam de maiores cuidados, de uma maior observação, de uma assistência pronta e ágil, e que o tempo precisa ser contornado de todas as formas possíveis. E também é interessante ver que a profissão de Enfermagem surgiu lidando com situações de urgência.

Prosseguindo nesse contexto, à medida que o campo cirúrgico foi evoluindo, foi surgindo também a necessidade de locais específicos para tratar a pessoa em pós-operatório imediato. Era este o início das salas para tratamentos mais avançados do que nas clínicas, as quais, com o tempo, passaram a ser responsabilidade do enfermeiro a observação direta de pessoas em estado críticos que ali chegavam. Mais à frente, e a partir dessas salas de recuperação, foram desenvolvidas as Unidades de Terapia Intensiva - o que se deu por volta de 1920 - essas inicialmente atendiam pessoas neurocirurgiadas e, em seguida, aquelas em pós-cirúrgicos como um todo (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2003).

Em 1950, estourou a epidemia de poliomielite, e toda essa sobrecarga nos hospitais veio a favorecer o atendimento a pessoas graves, no sentido de que foram dispostas novas tecnologias, técnicas inovadoras de ventilação artificial, novidades essas que ultrapassaram os limites das salas cirúrgicas, chegando às Unidades de Terapia Intensiva, o que levou aos enfermeiros a necessidade de lidarem com tais progressos, unindo manipulação da tecnologia aos cuidados manuais característicos desta profissão.

Já no final da década de 1950, surgiu a primeira Unidade de Choque, que tratava pessoas em estado crítico e com traumatismo. Essas unidades

foram evoluindo, chegaram ao Brasil na década de 1970 e tornaram-se o que se conhece hoje: pessoas que antes eram tratados em enfermarias comuns, passaram a ser assistidos em unidades específicas, dispondo de todos os recursos tecnológicos e humanos que lhe fossem necessários. Estas unidades progrediram, ainda, para um atendimento móvel, onde a pessoa pode dispor de um atendimento em um curto espaço de tempo e ser assistido em todo o percurso pré-hospitalar. A equipe que a assiste neste período – embora breve – tomam medidas cabíveis que favoreçam a vida e a minimização de seqüelas (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2003).

Contudo, apesar de tanta progressão nos meios para assistência destas pessoas, Hudak, Gallo e Benz (1997, p.4) afirmam que:

A essência da enfermagem em cuidados intensivos está não nos ambientes especiais, nem em meio do equipamento especial, mas no processo de tomada de decisão baseado na sólida compreensão de condições fisiológicas e psicológicas.

Os usuários dos serviços urgência são aqueles que, acometidos por agravos à saúde, podem progredir a estados graves, até a óbitos, se não tratados adequadamente e em tempo hábil. Normalmente, são pessoas em estado grave, com suas funções vitais instáveis. Mas isso, segundo Orlando (2002), não se traduz na subtração de seus direitos enquanto pessoa, ao contrário disso traz grande carga de responsabilidade sobre a equipe que a assiste, a qual, na maioria das vezes, levará o ônus da necessidade de decidir por uma vida.

Em 1983, a Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, voltada tanto para o bem-estar como para recuperação da pessoa em estado crítico, publicou sua Declaração de Ética. Uma de suas premissas é o direito dessas pessoas “a serem atendidas de forma personalizada, com referência especial quanto ao lado afetivo e atenção à sua relação com médicos e enfermeiros” (ORLANDO, 2002, p. 45).

Silva (2003) coloca que pessoas em estado crítico normalmente carregam enormes barreiras, que vão desde as fisiológicas - como aquelas de comunicação verbal por uma intubação, por exemplo -, até as barreiras de auto-estima, de gregária. São pessoas fragilizadas em todos os sentidos e,

talvez por isso, muitas vezes lhes caiam bem o termo vítima. A atenção primordial, no entanto, por parte dos cuidadores, principalmente na área pré-hospitalar, está voltada para as barreiras fisiológicas, para a falta de adaptação do organismo dessas vítimas devido aos estímulos bruscos e repentinos a que foram submetidas. Essa priorização ocorre pelo nível de urgência em que se instalam os danos e as alterações, podendo atingir o que, em um primeiro momento, é o mais importante: a vida. A referida autora ainda afirma que essas pessoas encontram-se sem noções para ativar o potencial que têm em si para curar, melhorar o seu estado, devendo ser auxiliadas pela Enfermagem para enxergarem em si mesmas os caminhos que podem trilhar para uma melhor adaptação.

Para Hudak; Gallo e Benz (1997), essa adaptação também pode ser favorecida através de uma negociação do enfermeiro pela pessoa, passando a assumir atividades impossíveis de serem assumidas pela pessoa em estado grave, com o fim de conservar-lhe energia. As autoras ainda afirmam que essa negociação é necessária por essas pessoas não conseguirem adaptar-se eficazmente ao problema fisiológico e ao ambiente a que estão submetidas. Passando o enfermeiro a assumir um papel de defensor, evitando à pessoa estímulos que venham a aumentar a necessidade desta de interagir, se referindo às interações que prejudicam a adaptação dessas. É importante ainda ressaltar que para ser um negociador de uma determinada pessoa, o enfermeiro precisa visualizá-la como um todo, porque só essa visualização lhe dá tal capacidade.

As autoras supracitadas colocam que a segurança dessas pessoas será favorecida à medida que sua vulnerabilidade fisiológica e emocional diminuir. Quanto mais essas pessoas perdem o controle de suas funções vitais, mais será reduzido seu sentimento de segurança. Cabe, então, ao enfermeiro intervir nessa sensação de segurança, retornando à pessoa a possibilidade de estar segura, e isso será através de sua habilidade técnica, dos instrumentos, medicação, interação, entre outros. Quando o enfermeiro se faz negociador ele dá de si a alguém, as energias de alguém são poupadas temporariamente pela doação de suas próprias energias; estes enfermeiros também assumem alegrias pela boa adaptação de uns, e decepção pela má adaptação de outros.

4.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: histórico

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel surgiu em 1972 com o médico cirurgião Dominique Larrey, que trabalhava para a Grande Armada de Napoleão utilizando-se de um ambulância; a palavra "ambulância" tem a sua origem no latim *ambulare*, significando deslocar. Larrey disponibilizava aos combatentes de guerra um atendimento rápido, no local onde se dera o agravo, seguido de transporte aos hospitais de campanha. Dessa forma, ele pôde observar um melhor resultado de suas intervenções, favorecendo um aumento na taxa de sobrevivência entre esses combatentes (BRASIL, 2006).

Já no final do século XIX, em New York, este tipo de atendimento extra hospitalar por meio de ambulâncias devidamente equipadas teve um maior impulso e, então, retornou à Europa, onde foi incorporada e implementada pelos franceses. Foram os franceses, nessa época, que adotaram o sistema de regulação médica que hoje conhecemos e adotamos no Brasil (BRASIL, 2006).

Lopes e Fernandes (1999 apud CAMPOS, 2005) afirmam que o modelo francês, inicialmente, surgiu para levar atendimento médico a vítimas de acidentes de trânsito e que também realizava as transferências inter-hospitalares. Para ambas as situações, buscava-se a manutenção da vida por uma assistência adequada.

Já na década seguinte da implantação do SAMU na França, através de suas vivências, os médicos puderam observar a defasagem tanto de equipamentos quanto de recursos humanos devidamente capacitados para o atendimento de urgência como um todo. Havia uma desproporcionalidade entre os meios para atender situações traumáticas e aquelas consideradas clínicas, assim como o serviço de atendimento pré-hospitalar se encontrava cada vez mais deficiente. Tal realidade evidenciou a necessidade de treinamento para os profissionais que atuavam nessa área, e destacou uma extrema relevância do médico no local de atendimento, onde sua atuação estava diretamente ligada a um aumento das chances de sobrevivência daqueles que eram atendidos pelo SAMU. O foco do atendimento era dar boas condições

para ventilação, respiração e circulação adequada (LOPES; FERNANDES, 1999 apud CAMPOS, 2005).

Os objetivos que norteiam o funcionamento do SAMU em seu modelo francês, são:

[...] responder com meios exclusivamente médicos às situações de urgência, com as seguintes missões – garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha, e preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital (BRASIL, 2006, p. 50, 51).

Paralelo a esse modelo francês, funciona o modelo norteamericano de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Nesse modelo, a figura central depois do usuário é o para-médico, apesar de dispor de médicos na sua equipe. Assim, enquanto o modelo francês se baseia na atuação profissional do médico *in locu*, o modelo norteamericano centraliza-se no para-médico, deixando a pessoa do médico para deslocamento apenas em situações de grandes desastres. A formação em para-médico não exige nenhuma titulação prévia na área de saúde, sendo a pessoa devidamente treinada e capacitada para o atendimento extra hospitalar. Esse treinamento varia em número de horas e, assim, numa qualificação maior ou menor. O profissional mais qualificado é habilitado e devidamente autorizado a realizar procedimentos bastante invasivos e críticos, a exemplo de: intubar, realizar punção de tórax e administrar medicamentos. Tais condutas ocorrem na ausência de regulação ou supervisão médica (BRASIL, 2006). Tal realidade é bem diferente do que o SAMU francês propõe; neste nenhum profissional, a não ser o médico, pode realizar tais procedimentos. Em determinados momentos, o médico pode delegar, sob sua supervisão, alguns procedimentos considerados não tão críticos ou invasivos. Na Europa, embora possam existir profissionais não médicos com a habilidade para tomar determinadas condutas, estes não têm a devida autorização por parte da lei que rege esse tipo de atendimento.

Ainda sobre o modelo francês, vê-se que este é um serviço que se liga ao Sistema de Saúde, sendo devidamente hierarquizado e, por conseguinte,

regionalizado. Para seu efetivo funcionamento e suporte, tem suas ligações com os centros hospitalares. É um tipo de atenção à sociedade, que permite conhecer as reais necessidades desta, bem como evidencia os recursos disponíveis na saúde (FERNANDES, 2004 apud CAMPOS, 2005).

Em inícios de 1990, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo juntamente com o Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França implantam, aqui no Brasil, a Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira. Esse contato com a França conduz a um Atendimento Pré-Hospitalar Móvel centrado na pessoa do médico regulador. O modelo brasileiro, mesmo sendo bastante influenciado pelo modelo francês, teve como diferencial a participação dos profissionais de enfermagem, e estes viriam intervir naqueles casos considerados como de menor complexidade (BRASIL, 2006).

A sigla do SAMU foi também adotada a partir do modelo francês: ***Service d'aide Médicale Urgente*** que se traduz para Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Mas já em 2002, através da Portaria 2048/GM, ficou estabelecido o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Essa mudança se deve ao fato de ser adotada a visão de uma equipe de saúde na prestação do socorro e, embora se mantenha necessária a regulação médica, é cada vez mais promulgada a noção de trabalho em equipe.

Foi na década de 1990 que, centrado no modelo norteamericano, surgiu o Resgate a partir das instituições militares, mais especificamente o Corpo de Bombeiros. Esses profissionais foram devidamente capacitados, tendo como curso de formação o de Resgatista, o que hoje representa o Suporte Básico de Vida. As primeiras cidades onde foram criados o Resgate foram Brasília e São Paulo; e, em bem pouco tempo, chegaram a outras capitais e grandes cidades do país. Esse surgimento do Resgate, provavelmente, se deu pela necessidade de atender a população através desse serviço, tendo em vista uma falta de abordagem mais contundente pelo Ministério da Saúde frente a essa problemática (BRASIL, 2006).

Inicialmente, quando o SAMU começou a se estruturar em alguns municípios (Porto Alegre, Vale do Ribeira, Campinas), foi-se fomentando a aglutinação de técnicos e, assim, foi criada a Rede Brasileira de Cooperação

em Emergências (RBCE). A RBCE vem, desde 1995, promovendo debates em todo o país a respeito da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Esses debates resultaram na publicação de portarias voltadas para esse tipo de atenção e na adoção da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006).

Hoje o Brasil dispõe de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com fortes influências do modelo francês. O mesmo está presente em 266 municípios, com mais de 62 milhões de brasileiros beneficiados por esse serviço (BRASIL, 2006). Cada vez mais tem sido discutida a Política Nacional de Atenção às Urgências, contextualizando o SAMU dentro do Sistema Único de Saúde, sendo o mesmo reconhecido como porta de entrada para o SUS, revelando assim indicadores de saúde de suma importância.

5 CAMINHO METODOLÓGICO E RESULTADOS

Dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências, o SAMU é o principal componente. O mesmo tem como finalidade de proteger a vida das pessoas e garantir-lhes um atendimento de qualidade no SUS. Essa Política, segundo Brasil (2005), tem por ações focais: organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, nas unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU); reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais; criar retaguarda hospitalar para os atendimentos nas urgências; estruturar o atendimento pós-hospitalar. Dentro desse contexto se insere esta pesquisa, trabalhando em uma das faces dessa Política Nacional.

Ao que se refere ao Atendimento Pré-Hospitalar Avançado, esta pesquisa estará voltada para a Assistência de Enfermagem, buscando através do Processo de Enfermagem, a sistematização de suas ações desenvolvidas, com o fim de que sejam realizadas através de um raciocínio crítico, lógico e científico. Sendo assim, a proposta deste trabalho é contribuir para uma Enfermagem que, ao mesmo tempo em que seja operacional - devido ao contexto onde se insere esses cuidados - seja também sistematizada. Acredita-se que isso se dará através da construção e validação de um instrumento, que contenha o levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, intervenções e evolução de enfermagem.

Diante de tal abordagem vê-se que esta se trata de uma pesquisa do tipo metodológica, uma vez que se destina à construção de um instrumento. Para Polit; Hungler e Beck (2004), este tipo de estudo está voltado para investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, assim como visa a validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa; o objetivo deste então, é construir e validar um instrumento que seja confiável, bem como preciso e utilizável pelos profissionais que estão na execução prática da profissão.

O local de estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, localizado no Centro Administrativo Municipal de João Pessoa - Pb. Esse serviço atualmente dispõe de uma frota de 12 ambulâncias, das quais 10 atendem a população com o Suporte Básico à Vida (SBV); destas, ainda, 1 é destinada às urgências sociais e 2 são ambulâncias da Polícia Rodoviária

Federal atendendo em parceria com o SAMU as ocorrências em rodovias federais. Num quadro de 10 ambulâncias, destinadas ao SBV, há uma redistribuição das mesmas quanto ao local de permanência, sendo estes locais escolhidos com base em dados estatísticos do número de ocorrências por bairro.

No total de 12 ambulâncias, duas se destinam ao Suporte Avançado à Vida, e ambas se localizam na sede do SAMU João Pessoa – Pb. Por mês este serviço tem uma média de 1.000 atendimentos, onde 300 correspondem ao Suporte Avançado à Vida.

Sendo esse um serviço que funciona através de uma regulação médica, a liberação de uma Unidade de Suporte Avançado está diretamente atrelada à pessoa do médico regulador, que é o responsável pelo julgamento clínico e crítico das informações que lhe são passadas a respeito do usuário via telecomunicação. Esta análise médica resultará na liberação ou não de uma Unidade de Suporte Básico (USB) ou de uma Unidade de Suporte Avançado (USA).

O serviço estabelece como norma para saída das USA casos que envolvam trauma, urgências obstétricas, casos clínicos descompensados com risco de vida iminente - principalmente os que envolvem crianças e idosos - e as transferências inter-hospitalares. Hoje o SAMU disponibiliza de uma equipe de 31 médicos, sendo 1 coordenador da equipe médica, 1 coordenador geral do serviço, e 29 médicos reguladores que se intercalam entre a regulação e assistência prestada diretamente nas USA; o corpo de enfermagem é composto por 14 enfermeiros, contando com o coordenador da equipe, 48 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem; além de 20 telefonistas auxiliares de regulação médica (TARMS) e 6 rádio-operadores; 42 condutores/socorristas (motoristas); 4 operacionais para serviços gerais (auxiliares de limpeza).

Sobre a importância da construção de um instrumento Cianciarullo (1976, apud SILVA, 2004, p.57) aponta que “é necessário um instrumento para o atendimento hospitalar, que facilite a operacionalização do processo e que proporcione ao enfermeiro condições para visualizar os problemas de enfermagem de forma rápida”. Tal afirmativa é totalmente aplicável ao Atendimento Pré-Hospitalar, podendo ainda atestar que tal operacionalização

do processo de enfermagem, nesse tipo de serviço, só será possível através de instrumentos construídos dentro da realidade do serviço a que se destina. Para a construção do mesmo foram inicialmente propostas 5 fases, contudo, por motivo de tempo, só foram desenvolvidas as 4 primeiras fases que serão descritas a seguir.

5.1 Primeira Fase: Construção e aplicação do instrumento para coleta de dados

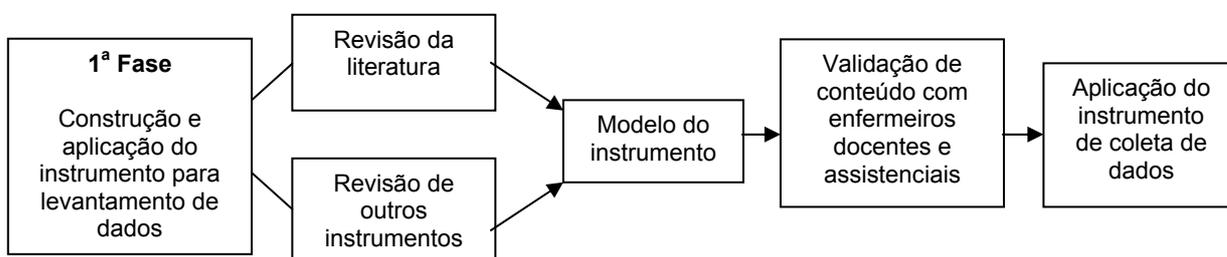


Figura 1 – Etapas da primeira fase da pesquisa: Construção e aplicação do instrumento para coleta de dados.

Construir um instrumento significa dar a este a capacidade de representar dados confiáveis através da mensuração, tendo por preocupação a aplicabilidade por parte da equipe ao usuário por ela assistido.

Segundo Günther (1999 apud SILVA, 2004, p. 56), a construção de um instrumento deve: “obedecer a uma estrutura básica, ou seja, à identificação do pesquisador e à legitimação dos objetivos da pesquisa, e uma estrutura lógica das temáticas apresentadas na coleta de dados”.

Nesta primeira fase o objetivo desta pesquisa foi a construção e validação de um instrumento para levantamento de dados; dando seqüência, aplicou-se o mesmo nos usuários do SAMU, dentro da Unidade de Suporte Avançado.

5.1.1 Revisão de Literatura

Para garantir ao instrumento uma estrutura lógica da temática defendida, foi necessária, antes de mais nada, uma revisão da literatura sobre o objeto de estudo.

Foi realizada uma revisão da literatura sobre o Modelo de Adaptação de Callista Roy, cujo enfoque foi o Modo Fisiológico de Adaptação, e também levantadas referências sobre a pessoa em estado crítico, urgências, unidades de terapia intensiva sejam estas hospitalares ou móveis (Unidades de Suporte Avançado – USA), e a assistência de enfermagem/processo de enfermagem voltados para esta área abordada.

Dentro desse contexto, foi realizada a busca por instrumentos de coleta de dados que, pelo menos, envolvessem dois itens: assistência de enfermagem e urgência/emergência; sendo então encontrados e utilizados três instrumentos como base: 1) **Ficha de Atendimento na Sala de Emergência** do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), construído e concedido para nossa utilização por Saleh (2003); 2) **Instrumento para Coleta de Dados de Paciente Vítima de Trauma** da Arruda (2000), que foi construído e utilizado em sua dissertação de mestrado, cujo título foi o Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes vítimas de trauma admitidos em CTI, à luz do referencial teórico de Roy; 3) **Ficha de Regulação Médica – SAMU**, sendo a mesma concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – Pb, na pessoa do enfermeiro/coordenador da equipe de enfermagem do SAMU.

Antes da construção do instrumento o projeto de pesquisa foi encaminhado para a apreciação e aprovação do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), sendo em seguida encaminhado para a obtenção do consentimento pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa – Pb, para a realização do estudo e a aplicação do instrumento nos usuários que seriam atendidos. Depois o projeto com as devidas autorizações foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, em observância à Resolução 196/96, do Ministério da Saúde para aprovação (BRASIL, 1996).

5.1.2 Construção do Instrumento para Coleta dos Dados

Após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB (ANEXO A), iniciou-se a construção do instrumento para a coleta de dados.

Sendo realizada a revisão da literatura e identificados os instrumentos já existentes (anteriormente mencionados), e tomando-se por base os 9 componentes do Modo Fisiológico de Callista Roy, foi construído o primeiro modelo do instrumento em questão para a coleta de dados. Este foi dividido em 7 seções - oxigenação, eliminação, proteção, sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina - de acordo com os componentes do Modo Fisiológico identificados como relevantes para este primeiro momento de assistência no serviço de Atendimento Pré-hospitalar. Algumas seções foram subdivididas em subseções: **oxigenação** – sistema respiratório, sistema circulatório; **eliminação** – intestinal, renal; e, a partir dessas subseções, estabeleceram-se os itens que comporiam a avaliação da enfermagem pela entrevista e exame físico.

5.1.3 Validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados

Para muitos autores, a validade de um instrumento é essencial dentro de sua avaliação. Validade então “é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir” (POLIT; BECK; HUNGLER 2004, p.291).

Na investigação de um instrumento, três aspectos mostram-se relevantes: validade do conteúdo; validade relacionada a critério, relacionando-se com esta a validade previsiva e a concorrente; e validade do constructo (POLIT; BECK; HUNGLER 2004).

Para a avaliação do instrumento proposto, este foi submetido à validação de conteúdo, a fim de observar se os itens propostos têm uma

abrangência que alcancem a realidade a ser investigada (RICHARDSON, 1999; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Validar um conteúdo requer necessariamente um julgamento, e este, por sua vez, ocorrerá através de especialistas na área de conteúdo. Esses especialistas irão julgar a relevância e adequação dos itens, podendo assim ser calculado um índice de validade que expresse a extensão da concordância do especialista, não descartando as análises subjetivas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Após a construção do instrumento de coleta de dados procedeu-se à realização da validação de conteúdo, voltada para a relevância dos itens. Essa validação foi efetuada por uma amostra de 6 pessoas, das quais, 3 compunham um grupo de enfermeiros assistenciais do SAMU, e as outras 3 pertenciam a um grupo de docentes especializados na área de urgência pré-hospitalar e/ou intra-hospitalar (ver Tabela 1). A cada membro da amostra foi entregue um Termo de Esclarecimento (APENDICE A) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), contendo este os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e sua participação na mesma, e garantido-lhe o direito ao anonimato, bem como à recusa ou desistência de sua participação em qualquer etapa deste trabalho. Junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi anexado o instrumento construído no formato de *check-list* (APENDICE C), a fim de que fossem confirmados os itens considerados como relevantes para o Atendimento Pré-Hospitalar, por cada membro da amostra. Foi ainda disponibilizado um espaço livre, designado como outros, no final de cada subseção e de cada seção, com o intuito de possibilitar o direito a acréscimos, assim julgados necessários pelos membros.

Tabela 1 – Caracterização demográfica da amostra de enfermeiros participantes da validação do instrumento. João Pessoa/ Pb, 2006.

Características demográficas	n	f (%)
IDADE		
31 – 40 anos	4	66,7
41 – 50 anos	1	16,6
Mais de 51 anos	1	16,6
SEXO		
Feminino	4	66,7

Masculino	2	33,3
NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM		
NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM		
Especialista	6	100
ANOS DE EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRA		
6 a 10	2	33,3
11 a 15	1	16,6
16 a 20	2	33,3
Mais de 26	1	16,6
ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE URGÊNCIA		
1 a 5	1	16,6
6 a 10	2	33,3
11 a 15	1	16,6
16 a 20	2	33,3
ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		
1 a 5	3	50,0
6 a 10	1	16,6
11 a 15	1	16,6
Sem experiência em APH	1	16,6
POSIÇÃO NA ENFERMAGEM		
Enfermeira assistencial	3	50,0
Enfermeira docente	3	50,0

5.1.3.1 Resultados da validação

Com a devolução dos instrumentos por parte da amostra, procedeu-se à análise estatística simples. Para tanto, estabeleceu-se que, para ser considerado relevante dentro da nossa cada item amostra devia apresentar uma concordância de pelo menos 0,80; os que não alcançassem esse índice de concordância seriam confrontados com a literatura atual a fim de levantar-se respaldo ou não para sua permanência no instrumento. Dentre as 7 seções apresentadas no instrumento, todas alcançaram a margem de 0,80 com seus devidos subitens, conforme mostra a **Tabela 2**.

Tabela 2 – Índice de concordância dos itens após validação de conteúdo. João Pessoa – Pb, 2006.

Componentes Fisiológicos		Itens julgados	Índice de Concordância %
Oxigenação	<i>Vias aéreas superiores</i>	Pérvias	1,0
		Obstruídas, especificar	1,0
		Eupnéia	1,0
		Dispnéia	1,0

Componentes Fisiológicos		Itens julgados	Índice de Concordância %
	Respiração	Bradipnéia	1,0
		Taquipnéia	1,0
		Taquidispnéia	1,0
		Apnéia	1,0
	Ausculat pulmonar	Normal	1,0
		Roncos	1,0
		Atrito pleural	1,0
		Creptos	1,0
		Sibilos	1,0
	Percussão	Clara	1,0
		Timpânica	1,0
		Maciça	1,0
	Expansibilidade Torácica	Bilateral	1,0
		Unilateral Direita	1,0
		Unilateral Esquerda	1,0
	Retração Torácica	Sim	1,0
		Não	1,0
	Saturação de Oxigênio		1,0
	Mucosas	Coradas	1,0
		Pálidas	1,0
		Ictéricas	1,0
	Cianose	Ausente	1,0
		Generalizada	1,0
		Localizada, área	1,0
	Tontura	Sim	1,0
		Não	1,0
	Ausculat cardíaca	BCNF	1,0
BCHiperfonéticas		1,0	
BCHipofonéticas		1,0	
RCR2t		1,0	
RCI, especificar		1,0	
Pulso	Cheio	1,0	
	Fino	1,0	
	Fraco	1,0	
	Forte	1,0	
	Paradoxal	1,0	
	Ausente, local	1,0	
Perfusão periférica Perfusão periférica	Preservada	1,0	
	Diminuída - > 2 seg.	1,0	
	Precária - > 6 seg.	0.83	
Ingurgitamento jugular	Não	1,0	
	Sim	1,0	
Relaxamento do esfíncter anal	Não	1,0	
	Sim, aspecto das fezes	1,0	
Relaxamento do esfíncter uretral	Não	1,0	
	Sim, aspecto da urina	1,0	
Sudorese	Não	1,0	
	Sim, especificar: moderada ou intensa	1,0	
Prot eção Cor da pele	Ictérica	1,0	
	Pálida	1,0	
	Ruborizada	1,0	

Componentes Fisiológicos		Itens julgados	Índice de Concordância %
	Umidade da pele	Normal	1,0
		Normal	1,0
		Seca	1,0
		Úmida	1,0
		Úmida e pegajosa	1,0
	Integridade da pele	Preservada	1,0
		Lesada	1,0
		Tipo da lesão	1,0
		Local da lesão	1,0
	Sentidos	Dor	Escala Gráfica de Palavras
Escala Facial de Dor			1,0
Comportamento expressivo		Não	1,0
		Gemidos	1,0
		Choro	1,0
Comportamento protetor		Sim	1,0
		Não	1,0
Tensão muscular		Não	1,0
		Sim	1,0
Fluidos e Eletrólitos		Hemorragia	Não
	Sim		1,0
	Sim – interna. Local		0,83
	Sim – externa. Local		1,0
	Vômito	Não	1,0
		Sim, especificar aspecto e quantidade	1,0
	Queixa de sede intensa	Não	0,83
Sim		0,83	
Função Neurológica	Estado de consciência	Normal	1,0
		Sonolento	1,0
		Torporoso	1,0
		Comatoso	1,0
		Agitado	1,0
	Escala de coma de Glasgow		1,0
	Óbito no transporte	Não	1,0
Sim		1,0	
F. Endócrina	Glicemia Capilar		0.83

Observou-se também a sugestão de novos itens a serem acrescentados em nosso instrumento, ver **Tabela 3**. Esses itens, contudo, foram analisados com base na literatura atual, a fim de confirmar a pertinência e agregação dos mesmos ao instrumento proposto.

Tabela 3 – Novos itens propostos para composição do instrumento de coleta de dados. João Pessoa – Pb, 2006.

Componentes Fisiológicos		Itens propostos pela amostra (amostra = 6)	Percentual de indicação %
Oxigenação	Ausculatã pulmonar	Ausente	17,0
		Estertores bolhosos	33,0
		Murmúrio vesicular presente em HTE	17,0
		Murmúrio vesicular presente em HTD	17,0
	Percussão	Hipertimpânica	33,0
	Expansibilidade Torácica	Ausente	17,0
	Saturação de Oxigênio	Com FiO ₂ : _____.	17,0
	Pulso	Dicrótico	17,0
		Anacrótico	17,0
		Filiforme	17,0
Perfusão Periférica	< 2 seg.	17,0	
Proteção	Integridade da pele	Escoriação	17,0
		Corte inciso	17,0
		Laceração	17,0
		PAF	17,0
		FAB	17,0
		Empalamento	17,0
		Transfixante	17,0
		Amputação	17,0
F. Neurológica	Estado de consciência	Agitação psicomotora	17,0

Foram observados pela pesquisadora quais os instrumentos que continham novos itens sugeridos, bem como aqueles com itens questionados, e buscou-se um segundo contato com o autor das sugestões a fim de compreender melhor suas contribuições para a construção deste instrumento. A partir desse segundo contato foram esclarecidos pontos relevantes sobre o instrumento, bem como foram discutidos conjuntamente os itens sugeridos. Entre os itens sugeridos, seguem os que foram considerados pertinentes: a) Oxigenação – Auscultã pulmonar: estertores bolhosos; murmúrio vesicular presente em hemitórax direito (HTD); murmúrio vesicular presente em hemitórax esquerdo (HTE); b) Oxigenação – Percussão: hipertimpânica; c) Oxigenação – Expansibilidade torácica: ausente; d) Função neurológica – Estado de consciência: agitação psico-motora.

Como visto acima, no componente Oxigenação, em **ausculta** foram sugeridos novos itens. Seguem as sugestões e o grau de indicação, respectivamente: estertores bolhosos 17%; murmúrios vesiculares presentes em hemitórax esquerdo (HTE) 17%; murmúrio vesiculares presentes em hemitórax direito (HTD) 17%; e ausculta ausente 17%.

Para Potter e Perry (1999), em uma ausculta pulmonar podem estar presentes sons normais e anormais. Os sons normais variam de acordo com a sua localização e origem, sendo descritos como: vesiculares, broncovesiculares e brônquicos. Já os sons anormais são denominados de adventícios e originam-se das alterações ocorridas a nível de traquéia, brônquios, alvéolos e até mesmo das pleuras viscerais e parietais. Essas alterações vão desde um excesso de umidade, presença de muco, estreitamento das vias, presença de líquido, entre outras causas.

Swearingen e Keen (2005) e Potter e Perry (1999) classificam os sons adventícios em quatro tipos: crepitação, sibilo, ronco e atrito pleural. A crepitação é uma nova denominação para o que anteriormente se conhecia como estertores.

Para Potter e Perry (1999), o ronco é considerado como uma crepitação grosseira, mas Swearingen e Keen (2005), na avaliação dos sons respiratórios não fazem essa ligação entre ronco e crepitação, apenas abordam os tipos de sons: crepitação grosseira, crepitação fina, sibilo, ronco e atrito pleural.

Em língua portuguesa portuguesa, estertor significa:

Respiração rouca e crepitante dos moribundos e daqueles que sofrem certas doenças respiratórias ou têm a respiração opressa; ruído respiratório anormal, de que há mais de um tipo, percebido pela ausculta pulmonar normal, e que está relacionado, quando patológico, à mobilização de secreções brônquicas ou bronco-alveolares (FERREIRA, 2004, p.828).

Segundo Guimarães et al. (2002), estertor é o mesmo que ruído respiratório.

A crepitação fina para Swearingen e Keen (2005), é aquela que apresenta "som descontínuo, explosivo, com interrupções. Menos sonoro que

as crepitações grosseiras, com timbre mais baixo e duração menor". Tal definição se assemelha aos estertores bolhosos.

Neste estudo, abordar-se-á a classificação dos sons respiratórios proposta por Swearingen e Keen (2005), já que esta traz uma denominação mais atual e aborda todos os sons referidos por outras referências. O que resulta na não alteração da coleta de dados no item proposto: estertores bolhosos.

Com relação aos sons da ausculta normal optou-se por não detalhá-los dentro do instrumento. Sabe-se que, na presença de trauma de tórax - por exemplo - em alguns agravos tem-se como sinal no exame físico, a diminuição e as vezes até ausência dos murmúrios vesiculares. E esse sinal pode fazer-se presente em um ou em ambos os hemitórax. Tais achados são comuns dentro do atendimento pré-hospitalar móvel, que atende a um número elevado de solicitações ligadas ao trauma, principalmente em acidentes automobilísticos e homicídios. Sendo assim, foram acrescentados ao instrumento os itens propostos: murmúrios vesiculares presentes em hemitórax direito (MV^+HTD), murmúrios vesiculares presentes em hemitórax esquerdo (MV^+HTE). Como **ausculta ausente**, acrescentou-se: murmúrios vesiculares ausentes em hemitórax direito (MV^-HTD) e murmúrios vesiculares ausentes em hemitórax esquerdo (MV^-HTE). Tomou-se também como regra que uma ausculta considerada normal implica numa ausculta de murmúrios vesiculares, brônquicos e bronco vesiculares.

Ainda em Oxigenação, na percussão, foi proposto o item hipertimpânica, achado comum, por exemplo, no pneumotórax. Este item foi considerado relevante para a coleta de dados.

Dentro do componente Fluídos e Eletrólitos, 17% (1 especialista) da amostra questionou o item que diz respeito a hemorragia interna (5ª seção, item 5.1.1 do APÊNDICE C). A mesma alegou que no Atendimento Pré-Hospitalar pode haver apenas a suspeita para hemorragia interna por indicadores externos, como mecanismo do trauma ou choque sem outra causa explicada. Contudo esse item não pode se tornar uma afirmativa dentro do exame clínico, uma vez que seria necessário, para assim o afirmar, um

suporte de meios diagnósticos, a exemplo do lavado peritoneal e da ultrasonografia, disponíveis apenas no Atendimento Intra-hospitalar; justificando-se, assim, por parte da amostra, a necessidade de retirar esse item do instrumento.

Em contrapartida, repensou-se essa sugestão da especialista e confrontou-se a mesma com o objetivo deste estudo, anteriormente citado. Assim, a responsabilidade da pesquisadora é construir um levantamento de dados que possibilite a identificação de diagnósticos de enfermagem e estes sejam priorizados dentro da assistência prestada. Pela característica do atendimento - de ser breve quanto ao tempo e limitado quando comparado aos recursos hospitalares - é realidade que muitos problemas detectados nos usuários deste serviço, serão apenas inicialmente tratados. Haverá sempre a intenção por parte do profissional de solucioná-los, mas sabendo da necessidade de uma continuidade do atendimento que lhe é prestado.

O Comitê of PHTLS (2004) propõe que a avaliação da cena, como medida inicial no atendimento ao trauma, seja de bastante relevância como ponto de partida. O mesmo afirma que “[...] a cena pode fornecer informações a respeito dos mecanismos do trauma, da situação pré-acidente e do grau geral de segurança” (p. 70).

Para um enfermeiro emergencista que atua no APH móvel, o conhecimento sobre biomecânica do trauma é essencial, a fim de que este consiga ver não apenas as lesões identificáveis, mas também aquelas que são possíveis de terem ocorrido. É necessário, então, a esse profissional identificar lesões óbvias, e também aquelas não tão óbvias, para assim avaliar adequadamente o usuário. As lesões caracterizadas como não óbvias muitas vezes são fatais, levando o usuário rapidamente a um quadro de instabilidade, quando não identificadas e tratadas precocemente.

Sobre esta avaliação inicial que inclui a biomecânica do trauma o Comitê of PHTLS (2004, p. 32), ainda afirma:

Saber onde procurar e como avaliar, a fim de encontrar lesões, é tão importante quanto saber o que fazer depois que as lesões foram encontradas. Um histórico completo e preciso do evento traumático bem como uma interpretação adequada dessas

informações podem fazer com que o socorrista pré-hospitalar antecipe a maioria das lesões antes de examinar o doente.

Alguns traumas, como o abdominal, dependem muito de uma boa avaliação inicial para serem abordados de modo eficaz. Para avaliar a extensão desse tipo de trauma, o enfermeiro vai precisar unir os achados do exame físico ao mecanismo do trauma.

Normalmente, traumas abdominais se ligam a hemorragias internas que, em sua maioria, têm uma gravidade considerada relevante. Diante desse quadro quando o enfermeiro faz a ligação entre a cena do acidente e achados físicos - como equimoses, escoriações, distensões abdominais - e somado a estes ainda presencia um quadro de ansiedade, agitação e dispnéia, é comum associar ao seu raciocínio clínico um sangramento intra-abdominal que, apesar de não ser concretamente identificável pelo uso de exames complementares, se não houver intervenção a tempo, levará o usuário a complicações mais sérias que vão do choque hipovolêmico ao óbito.

Sendo assim, a hemorragia interna é uma suspeita relevante para a Enfermagem dentro do atendimento pré-hospitalar, e pode levar à identificação de diagnósticos de enfermagem, a exemplo de Risco para Volume de Líquido Deficiente.

A sugestão de retirar o item **hemorragia interna** do levantamento de dados será parcialmente acatada, sendo o item modificado, pela justificativa acima descrita, na sua apresentação para **suspeita de hemorragia interna**.

No componente Função Neurológica, foi sugerida, por um enfermeiro especialista da amostra (17%), a alteração de "óbito **no** transporte" para "óbito **durante o** transporte". Sendo nesse primeiro momento, acatada a sugestão.

Segue abaixo o modelo do instrumento de coleta de dados - dessa primeira etapa - aplicado nos usuários do SAMU assistidos pela Unidade de Suporte Avançado.

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES ATENDIDOS PELO SAMU –
SUPORTE AVANÇADO À VIDA**

Número do Instrumento: _____ Data da Coleta: _____ Hora: _____

Motivo que levou o paciente a solicitar o SAMU: _____

Tipo de Urgência: _____

Condições Gerais: T = _____ ; P = _____ ; R = _____ ; PA = _____ ; FC = _____

1. Oxigenação – "Necessidade do corpo de oxigênio, dos processos de ventilação, transporte e troca de gases".

Sistema Respiratório

1.1. Vias superiores: () Pérvias () Obstruídas, especificar: _____

1.2. Respiração: () Eupnéia () Dispnéia () Bradipnéia () Taquipnéia
() Taquidispnéia () Apnéia

1.3. Ausculta: () Normal () Roncos () Atrito pleural () Creptos () Sibilos () MV⁺HTD
() MV⁺HTE () MV⁻HTD () MV⁻HTE

1.4. Percussão: () Timpânica () Hipertimpânica () Maciça () Normal

1.5. Expansibilidade Torácica: () Bilateral () Unilateral D () Unilateral E

1.6. Retração Torácica: () Sim () Não

1.7. Saturação de Oxigênio: _____

1.8. Mucosas: () Coradas () Pálidas () Ictéricas

1.9. Cianose: () Ausente () Generalizada () localizada, área: _____

1.10. Tontura: () Sim () Não

Sistema Circulatório

1.11 Ausculta: () BCNF () BCHiperfonéticas () BCHipofonéticas
() RCR2t () RCI, especificar: _____

1.12 Pulso: () Cheio () Fino () Fraco () Forte () Ausente, local: _____
() Pulso paradoxal

1.13. Perfusão Periférica: () Preservada () Diminuída - >2 seg. () Precária - > 6 seg

1.14. Ingurgitamento jugular: () não () sim

2. Eliminação – "Processos fisiológicos envolvidos na excreção do lixo metabólico, principalmente por meio intestinal e renal".

Intestinal

2.1. Relaxamento do esfíncter anal: () não () sim, aspecto das fezes: _____

Renal

2.2. Relaxamento do esfíncter uretral: () não () sim, aspecto da urina: _____

2.3 Sudorese: () não () sim, especificar: moderada ou intensa

3. Proteção – "Defesas básicas do corpo que incluem processos de imunidade e sistema tegumentar, protegendo contra infecções, traumas e mudanças na temperatura".

Pele

3.1 Cor: () ictérica () pálida () ruborizada () normal

3.2 Umidade: () normal () seca () úmida () úmida e pegajosa

3.3 Integridade: () preservada () lesada

3.3.1 Lesão – Tipo: _____ ; Local: _____

4. Sentidos – "Visão, audição, tato, paladar e olfato, possibilitam as pessoas a interagirem com seu ambiente. A dor também é considerada importante na avaliação dos sentidos".

Dor

4.1 Escala Gráfica de Palavras:


 Sem dor Leve Moderada Intensa Pior dor possível

4.2 Escala Facial de Dor:



Sem dor

Pior dor possível

4.3 Comportamento expressivo: () não () gemidos () choro

4.4 Comportamento protetor: () sim () não

4.5 Tensão muscular: () não () sim, especificar: _____

5. Fluidos e Eletrólitos – "Equilíbrio necessário para função celular, extra-celular e dos sistemas".

5.1 Hemorragia externa: () não () sim, local _____

5.2 Suspeita de hemorragia interna () não () sim

5.2. Vômito: () não () sim, especificar(aspecto e quantidade): _____

5.3. Queixa constante de sede intensa: () não () sim

6. Função Neurológica – "Canais essenciais para os mecanismos de enfrentamento. Controlam e coordenam movimentos do corpo, a consciência, os processos cognitivos/emocionais, e a atividade dos órgãos"

6.1. Estado de consciência: () normal () sonolento () torporoso () comatoso () agitado
() **agitação psico-motora**

6.2 Escala de Coma de Glasgow:

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anaormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL		

6.3 Óbito durante o transporte: () não () sim

7. Função Endócrina:

7.1 Glicemia Capilar: _____

Vermelho: itens acrescentados a partir da validação

Azul: itens modificados a partir da validação

5.1.4 Aplicação do instrumento para coleta de dados

Após a validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados, foi realizada a sua aplicação, pela autora, em pacientes atendidos pelas Ambulâncias de Atendimento Pré-Hospitalar Avançado do SAMU/João Pessoa – Pb, o que abrangeu uma clientela acometida por trauma, urgências clínicas, obstétricas e psiquiátricas, sendo ainda identificadas as urgências sociais. Estas urgências sociais não foram registradas na coleta pois, apesar de haver

o deslocamento de uma Unidade de Suporte Avançado ao local solicitado, não foi realizado nenhum atendimento ao usuário, procedendo a transferência da solicitação a uma Unidade de Suporte Básico destinada às urgências sociais. Essa coleta foi realizada entre os dias 22 de junho a 21 de agosto de 2006, em turnos diurnos e noturnos. Os dados coletados compõem a amostra dos indicadores clínicos, representando assim um perfil do usuário atendido pelo SAMU na Unidade de Suporte Avançado.

Tendo em vista o contexto em que se presta o atendimento em Ambulâncias de Atendimento Pré-Hospitalar Avançado do SAMU, e a dificuldade para conseguir o Termo de Consentimento para a participação no estudo dos usuários inconscientes, foi solicitada uma autorização junto ao SAMU para proceder com a coleta dos dados com todos os usuários, garantindo desta forma a observância dos preceitos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa, que determina as normas e diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos. Assim foram considerados como participantes da pesquisa todos os usuários que deram entrada no serviço nos dias em que se realizou o levantamento dos dados, incluindo aqueles que se encontravam inconscientes no momento do atendimento, e ainda, não eram acompanhados de nenhum representante legalmente responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados, essa pesquisa, hora em forma de projeto, foi apresentada as enfermeiras assistenciais do SAMU, bem como ao enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e a coordenadora geral do serviço. Tal apresentação deu-se em uma reunião de rotina para avaliação do serviço entre enfermeiras e coordenação. Achou-se este um momento propício para não apenas mostrar o que seria feito, mas também para levar esclarecimentos sobre a pesquisa proposta, garantir o apoio para o desenvolvimento da mesma e firmar a autorização - por parte da coordenação geral do serviço - para coleta dos dados.

5.1.4.1 Caracterizando a amostra

A aplicação do instrumento para a coleta de dados foi realizada em 43 usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, escolhidos aleatoriamente, para os quais houve indicação por regulação médica, da assistência prestada pela Unidade de Suporte Avançado.

Tabela 4 – Caracterização demográfica dos 43 usuários do SAMU, atendidos pela Unidade de Suporte Avançado (USA). João Pessoa – Pb, 2006.

Características demográficas	n	f (%)
IDADE		
5 – 14 anos	3	6,8
15 – 19 anos	3	6,8
20 – 29 anos	12	27,9
30 – 49 anos	12	27,9
50 – 59 anos	1	2,3
60 – 69 anos	5	11,6
70 – 79 anos	4	9,3
80 ou + anos	3	6,8
Total	43	100
SEXO		
Feminino	16	37,2
Masculino	27	62,8
Total	43	100
LOCAL DA OCORRÊNCIA – DISTRITO		
Distrito I*	7	16,3
Distrito II**	11	25,6
Distrito III***	5	11,6
Distrito IV****	7	16,3
Distrito V*****	9	20,9
BR 230 – Bayeux	1	2,3
Transferência inter-hospitalar	3	7,0
Total	43	100
DESTINO DO TRANSPORTE		
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	25	58,1
Hospital Geral Santa Isabel	6	13,9
Hospital Universitário Lauro Wanderley – UTI	1	2,3
Hospital Edson Ramalho	1	2,3
Maternidade Frei Damião	1	2,3
Hospital Unimed	1	2,3
Atendimento no local da ocorrência	5	11,6
Recusa de ser transportado	1	2,3
Óbito no local da ocorrência	2	4,6
Total	43	100

***Distrito I** – Mumbaba, Mussuré, Bairro das Industrias, Distrito Industrial, Jardim Venesa, Alto do Mateus, Oitizero, Ernani Satiro, Costa e Silva, Gramame, Planalto Boa Esperança.

****Distrito II** – Jaguaribe, Varjão, Cristo, Ernesto Geisel, João Paulo II, Funcionários, Grotão, Água Fria, Cidade dos Colibris.

*****Distrito III** – Castelo Branco, Bancários, Jardim São Paulo, Jardim Cidade Universitária, José Américo, Mangabeira, Cuia, Valentina, Paratibe, Muçumagro.

******Distrito IV** – Ilha do Bispo, Trincheiras, Varadouro, Centro, Tambiá, Roger, 13 de Maio, Mandacaru, Padre Zé, Alto do Céu, Bairro dos Ipês, João Agripino, Bairro dos Estados.

*******Distrito V** – Torre, Expedicionários, Tambauzinho, Bessa, Jardim Oceania, Manaíra, São José, Brisamar, Tambaú, Miramar, Cabo Branco, Altiplano, Portal do Sol, Ponta do Seixas, Penha, Costa do Sol, Barra de Gramame.

Quanto à caracterização demográfica, apresentada na Tabela 4, observou-se que as faixas etárias que mais solicitam o SAMU são a jovem e a adulto jovem, representando, cada uma, 27,9% das solicitações. O que tem uma relação direta com a epidemiologia do trauma no Brasil, onde as maiores incidências estão sobre pessoas em idade produtiva (FREIRE, 2001). É também relevante o número de pessoas entre 60 – 69 anos de idades (11,6%) que dão entrada por este serviço. Quanto ao sexo, mais uma vez confirmam-se dados estatísticos que mostram que os homens são duas vezes mais acometidos por trauma do que as mulheres; dos 43 usuários atendidos durante a pesquisa 62,8% (27) eram do sexo masculino, enquanto 37,2% (16) eram do sexo feminino.

Quanto à localização das chamadas e envio de ambulâncias, o SAMU mapeia a cidade por distritos, estando o município de João Pessoa dividido em 6 distritos. A relação dos distritos onde se deram os chamados manteve-se bem diversificada. Dos 43 instrumentos aplicados destacaram-se o Distrito II com 25,6 % das ocorrências, e o Distrito V com 20,9% dos chamados. Foi ainda identificado que 7,0% dos atendimentos corresponderam a transferência inter-hospitalar, e nesses casos não se levou em consideração o local da ocorrência.

Quanto ao destino do transporte 58,1% (25) corresponderam ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, que é uma representatividade esperada por ser este o único hospital de referência no atendimento ao trauma no estado da Paraíba. Contudo é necessário um rigor no exame clínico do usuário, por parte da equipe que o assiste, a fim de repensar outras alternativas para encaminhamento destes usuários, contribuindo assim para uma redistribuição das ocorrências nas unidades hospitalares presentes em nossa cidade, e diminuição da superlotação nos serviços de referências.

5.2 Segunda fase: Identificação dos Diagnósticos e Intervenções/Atividades de Enfermagem

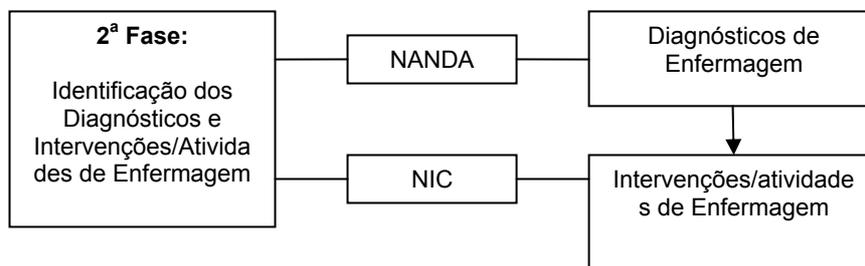


Figura 2 – Etapas da segunda fase da pesquisa: Identificação dos Diagnósticos e Intervenções/Atividades de Enfermagem.

A partir dos indicadores clínicos levantados na primeira fase, foi constituída esta segunda etapa, onde: a) utilizando-se a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA foram identificados, por meio do raciocínio clínico, os diagnósticos de enfermagem; b) utilizando a Classificação de Intervenções de Enfermagem – NIC, foram estabelecidas as intervenções/atividades de enfermagem.

5.2.1 Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem

Considera-se como sendo diagnóstico de enfermagem o julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo que se encontra sob a assistência de enfermagem. Roy e Andrews (2001) discorrem que o diagnóstico de enfermagem é também um “processo de avaliação”; processo esse que resulta de uma afirmação sobre o estado de adaptação em que se encontra uma pessoa, ou seja, o enfermeiro avalia os comportamentos e estímulos de uma pessoa, e então afirma quais problemas existem e precisam de resolução por parte da Enfermagem, é nessa fase que ocorre a síntese das informações.

Falar em diagnóstico de enfermagem dentro do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar traz um certo incômodo à equipe de enfermagem que assiste os usuários desse serviço. Esse incômodo provém de questionamentos de como é

possível pensar em diagnóstico de enfermagem em situações tão críticas, nas quais o tempo para realizar ações cabíveis e necessárias traduz-se em vida. Concomitantemente a esse questionamento, identificam-se o desconhecimento e a falta de aplicação prática do processo de enfermagem e dos Sistemas de Classificações de Enfermagem, e um regime de trabalho que afasta possibilidades para o envolvimento da equipe de enfermagem com o Processo de Enfermagem íntegro, em suas fases, e plenamente executável e registrado. Barreiras essas, no entanto, transponíveis, a medida que se dá a conhecer melhor esse Processo, esse raciocínio clínico, e disponibiliza-se um instrumento compatível com o serviço, e que aborde o perfil dos usuários por eles assistidos.

Identificar diagnósticos de enfermagem nesse serviço é desafiador. A palavra chave na mente é **prioridade**. Que problemas de fato importa serem solucionados num tempo tão curto e frente a um estado de saúde normalmente tão grave? Foi pensando nisto que, previamente à identificação dos diagnósticos de enfermagem, realizou-se um levantamento junto a literatura dos diagnósticos prováveis a serem encontrados no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, sendo então identificados 48 diagnósticos de enfermagem. Após este levantamento inicial cada um dos 48 diagnósticos foram revistos buscando-se analisar suas definições, características definidoras e fatores relacionados, o que resultou numa filtragem onde o critério de exclusão foi a ausência de meios ou prioridade para intervir sobre determinado diagnóstico de enfermagem durante o transporte na Unidade de Suporte Avançado, chegando á uma lista de 29 diagnósticos de enfermagem, apresentada no Quadro 5

Ainda na análise dos diagnósticos de enfermagem junto a literatura, é importante ressaltar que o diagnóstico de **Capacidade adaptativa intracraniana diminuída** deveria ser excluído logo na primeira listagem (48 diagnósticos) por não haver meios no APH móvel para se mensurar numericamente a pressão intracraniana, observando a recomendação da NANDA para listar como característica definidoras sinais e sintomas que expressem o valor desta pressão. Contudo, este diagnóstico, é bastante relevante na correlação entre o trauma cranioencefálico e o aumento desta

pressão; sendo comum no APH móvel quando suspeitado de trauma cranioencefálico, tomar medidas que controlem a pressão intracraniana.

Estudos mostram que suspeita de trauma cranioencefálico somado a padrão ventilatório anormal, ou apnéia, posturas motoras de decorticação ou descerebração são achados que acompanham o aumento da pressão intracraniana, levando a equipe que assiste um usuário com tal acometimento a tomar medidas que previnam ou busquem controlar esse aumento da pressão intracraniana (Comitê of PHTLS, 2004). Tais motivos levou a manutenção, na lista de diagnósticos, desse diagnóstico apontado pela NANDA, embora tenha sido feito um ajuste nas características definidoras.

DOMÍNIOS DA NANDA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nutrição	Volume de líquido deficiente.
	Risco de volume de líquido deficiente.
	Volume excessivo de líquido.
Eliminação	Troca de gases prejudicada
Atividade e Repouso	Mobilidade física prejudicada
	Deambulação prejudicada
	Débito cardíaco diminuído
	Ventilação espontânea prejudicada
	Padrão respiratório ineficaz
	Perfusão tissular ineficaz
Percepção e Cognição	Confusão aguda
Enfrentamento/Tolerância ao estresse	Ansiedade relacionado à morte
	Enfrentamento ineficaz
	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
Segurança/proteção	Risco de infecção
	Risco de lesão
	Integridade da pele prejudicada
	Risco de integridade da pele prejudicada
	Integridade tissular prejudicada
	Risco de aspiração
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas
	Risco de disfunção neurovascular periférica
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
	Termorregulação ineficaz
	Hipotermia
	Hipertermia
Conforto	Dor aguda
	Dor crônica
	Náusea

Quadro 5 – Lista dos 29 diagnósticos de enfermagem analisados quanto as suas definições, características definidoras e fatores relacionados. João Pessoa – Pb, 2006.

Com essa busca na literatura e análise dos diagnósticos de enfermagem garantiu-se uma visão mais direcionada e crítica durante o processo de raciocínio diagnóstico. E este teve como base fundamental os indicadores clínicos levantados na coleta de dados (1ª fase da pesquisa). Após esse raciocínio chegou-se à identificação dos diagnósticos de enfermagem - nos usuários das 43 ocorrências do SAMU - com suas respectivas frequências. A Tabela 5 apresenta a listagem dos 29 diagnósticos associados aos componentes do modo fisiológico de Roy. Foi estabelecido previamente que o diagnóstico que apresentasse uma frequência igual ou maior a 50% comporia a lista de diagnóstico de enfermagem, no instrumento de sistematização da assistência de enfermagem do SAMU/João Pessoa, representando o perfil diagnóstico neste serviço.

Tabela 5 – Perfil dos diagnósticos de enfermagem identificados a partir dos indicadores clínicos levantados nos usuários do APH Móvel, SAMU – João Pessoa – Pb, 2006.

MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	f (%)
MODO FISIOLÓGICO DE ADAPTAÇÃO DE ROY		
Fluidos e Eletrólitos	Volume de líquido deficiente	0,0
	Risco de volume de líquido deficiente	0,0
	Volume excessivo de líquido	2,2
Oxigenação	Troca de gases prejudicada	13,0
	Débito cardíaco diminuído	2,2
	Ventilação espontânea prejudicada	8,7
	Padrão respiratório ineficaz	6,5
	Perfusão tissular ineficaz	8,7
	Risco de aspiração	28,3
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	8,7
Atividade e Repouso	Mobilidade física prejudicada	21,7
	Deambulação prejudicada	43,5
Função Neurológica	Confusão aguda	19,6
	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	2,2
	Risco de disfunção neurovascular periférica	2,2
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	6,5
	Termorregulação ineficaz	0,0
	Hipotermia	4,3
	Hipertermia	0,0
Proteção	Risco de infecção	100,0
	Risco de lesão	43,5
	Integridade da pele prejudicada	34,8
	Risco de integridade da pele prejudicada	0,0
	Integridade tissular prejudicada	26,1

MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	f (%)
Sentidos	Dor aguda	37,0
	Dor crônica	4,3
	Náusea	4,3
MODO DE ADAPTAÇÃO DO AUTOCONCEITO		
Self-pessoal	Ansiedade relacionado à morte	8,7
	Enfrentamento ineficaz	8,7

Os resultados do estudo evidenciaram que só um diagnóstico atingiu uma frequência igual ou maior a 50%, o que se levou à reavaliação do percentual de frequência dos diagnósticos para inclusão no instrumento. Optou-se pela seleção dos diagnósticos mais frequentes por Componente do modo fisiológico de adaptação de Roy para aqueles que se relacionam com esse modo, e ainda aqueles diagnósticos ligados a outros modos de adaptação identificados no estudo. Foram listados no modo fisiológico de adaptação: no Componente **Oxigenação** – Risco de aspiração (28,3%), Troca de gases prejudicada (13,0%), Ventilação espontânea prejudicada (8,7%), Perfusão tissular prejudicada (8,7%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (8,7%); em **Atividade e repouso** – Mobilidade física prejudicada (21,7%), Deambulação prejudicada (43,5%); em **Função Neurológica** – Confusão aguda (19,6%); em **Segurança e proteção** – Risco de infecção (100%), Risco de lesão (43,5%), Integridade da pele prejudicada (34,8%), Integridade tissular prejudicada (26,1%); em **Sentidos** – Dor aguda (37,0%). E no modo de adaptação do autoconceito: em **Self-pessoal** – Ansiedade relacionada à morte (8,7%), Enfrentamento Ineficaz (8,7%).

Alguns diagnósticos de enfermagem apresentaram uma frequência muito baixa e outros de até 0,0%, ambos foram desconsiderados para comporem a proposta do instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem. Esses diagnósticos, apesar de pouco frequentes ou ausentes na amostra colhida, estão presentes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; justifica-se, portanto, suas baixas frequências por fatores variáveis dentro deste serviço. Fatores estes como: tipo de ocorrências, época do ano, dia da semana e horário em que se deu a coleta dos dados.

Justifica-se, ainda, a baixa porcentagem do diagnóstico de **Dor aguda** pelo elevado número de usuários que apresentaram sinais de embriaguês. Quanto ao diagnóstico de **Risco para infecção**, considerou-se este como sendo de caráter horizontal, ou seja, ele permeia todos os atendimentos prestados pelo Suporte Avançado à Vida, não sendo então necessário listar intervenções dentro do instrumento para este diagnóstico, pois tais ações se caracterizam como rotina dentro da assistência de enfermagem. Outros fatores levantados com relação a esse diagnóstico são o ambiente e o tempo em que se presta a assistência, considerando que no Atendimento Pré-Hospitalar a prioridade é salvar vidas e minimizar seqüelas, não cabendo, neste momento, uma atenção específica para o risco de infecção, muito embora tal diagnóstico seja sim identificado por parte da enfermagem e são desenvolvidas atividades de enfermagem voltadas para o mesmo, dentro dos limites de contextos onde se insere este cuidado.

5.2.2 Estabelecimento das Intervenções/Atividades de Enfermagem

Segundo Roy e Andrews (2001), a intervenção como quinta fase do processo de enfermagem, envolve: planejamento, cujo ponto de partida é a reflexão de como se irão alcançar as metas estabelecidas; e implementação, momento para executar o que foi proposto. Aqui as intervenções têm um foco: estão voltadas para os estímulos que levam a comportamentos adaptáveis ou não. Roy chega a mencionar a intervenção como "gestão de estímulo", e sobre isso afirma:

Para promover a adaptação, poderá ser necessário gerir outros estímulos presentes. A gestão de estímulos envolve alterar, aumentar, diminuir, remover, ou mantê-los. Alterar estímulos aumenta a capacidade dos mecanismos de resistência das pessoas responderem positivamente, e o resultado é o comportamento adaptável (ROY; ANDREWS, 2001, p. 61).

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) uma intervenção é qualquer tratamento oferecido, de modo direto ou indireto, pelo enfermeiro, à pessoa por ele assistida, e que vise alcançar resultados previamente estabelecidos. Esse tratamento deve ter como base o julgamento

clínico, bem como o conhecimento cognitivo do profissional sobre a clínica da pessoa. Dentro das intervenções a NIC estabelece as atividades de enfermagem, sendo estas o meio pelo qual o tratamento proposto será implementado. Entende-se ainda que numa única intervenção podem ser necessárias várias atividades para sua execução (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

Diante dessas duas definições, entende-se que quando Roy faz uso do termo intervenção como 5ª etapa do processo de enfermagem, ela ao mesmo tempo está propondo intervenções, atividades e suas devidas implementações. E isto se dá porque para esta autora a intervenção é vista como planejamento e execução. Por outro lado também se vê que Roy através de seu Modelo Conceitual, aborda que o enfermeiro após estabelecer suas metas deve traçar suas intervenções (**o que** deve ser feito para o alcance das metas) e a seguir deixar claro **como** estas deve ser executadas. Seguindo então o mesmo padrão estabelecido pela NIC, que será utilizada neste estudo.

Durante a coleta de dados (1ª fase da pesquisa) para traçar o perfil diagnóstico, a medida que equipe realizava o atendimento, foram registradas quais atividades eram realizadas pela enfermagem frente às complicações clínicas e traumáticas apresentada pelos usuários deste serviço. Em um segundo momento, após identificado o perfil diagnóstico de enfermagem para este serviço, foram cruzadas as atividades registradas com as atividades apontadas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, utilizando como base as intervenções prioritárias para cada diagnóstico identificado na NANDA. Como resultado deste cruzamento, o **Quadro 6** apresenta os diagnósticos, as intervenções e atividades de enfermagem aqui estabelecidas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Troca de gases prejudicada	Controle de Vias Aéreas: - Abrir vias aéreas por elevação do queixo ou mandíbula; - Remover secreções, encorajando a tossir ou aspirando; - Administrar oxigênio, conforme adequado; - Posicionar de modo a aliviar dispnéia; - Monitorar estado respiratório e a oxigenação.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Mobilidade física prejudicada	<p>Posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionar e imobilizar levando em conta o alinhamento correto do corpo; - Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, movimentando-a o mínimo possível; - Evitar colocar em posição que aumente a dor; - Virar usando técnica de rolar o paciente; - Monitorar circulação, movimentos e sensações das extremidades afetada;
Deambulação prejudicada	Idem ao diagnóstico anterior
Ventilação espontânea prejudicada	<p>Assistência ventilatória:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter vias aéreas desobstruídas; - Observar FR e Sat O₂ após administração de broncodilatadores; - Iniciar reanimação pulmonar quando detectar parada respiratória; <p>Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado. <p>Reposição rápida de líquidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obter e manter acesso IV de grande calibre; <p>Supervisão da pele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar cor, calor, pulsos.
Perfusão tissular ineficaz	<p>Cuidados de emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar RCP ao ser identificada PCR; - Aplicar curativo compressivo sobre sangramento; - Monitorar quantidade e natureza da perda de sangue; - Aplicar colar cervical. <p>Controle da hipovolemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar perda de líquidos.
Desobstrução de vias aéreas ineficaz	<p>Precauções contra aspiração:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter cabeceira da maca elevada, se e o quanto possível; - Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal; - Monitorar Sat O₂ imediatamente antes, durante e após o procedimento - Observar tipo e quantidade de secreções obtidas.
Confusão aguda	<p>Orientação para a realidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar abordagem coerente e firme na interação com o usuário; - Informar ao usuário sobre pessoa, tempo e local, na medida das necessidades; - Repetir as verbalizações; - Conter fisicamente o usuário.
Ansiedade relacionado à morte	<p>Redução da ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar procedimentos a serem realizados no usuário; - Buscar compreender a perspectiva do usuário sobre uma situação temida; - Oferecer informações factuais sobre o estado de saúde; - Criar uma atmosfera que facilite a segurança.
Enfrentamento ineficaz	<p>Intervenção de crise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar se o usuário apresenta risco de segurança a si a outros. <p>Melhora do enfrentamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o domínio gradativo da situação; - Desencorajar a tomada de decisão quando o paciente sofre grande estresse.
Risco de lesão	<p>Controle do ambiente: segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar mecanismos de proteção para imitar fisicamente a mobilidade. <p>Contenção física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar uma forma de contenção quando limitar manualmente o paciente durante o transporte.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Integridade da pele prejudicada	<p>Cuidados com lesões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar características das lesões; - Limpar área afetada com SF 0,9%; - Realizar curativo de acordo com o tipo do ferimento. <p>Supervisão da pele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar mudanças na pele; - Observar a temperatura da pele; - Observar cor da pele; - Observar presença de edema.
Integridade tissular prejudicada	<p>Cuidados no local do ferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cobrir ferimento em compressa umedecida em SF 0,9%. <p>Controle de hemorragia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar função neurológica.
Risco de aspiração	<p>Precauções contra aspirações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar nível de consciência; - Posicionar usuário em decúbito elevado, se possível; - Lateralizar usuário em caso de vômito; - Observar características do vômito. <p>Aspiração de vias aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar conteúdo aspirado do usuário.
Dor aguda	<p>Controle da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensurar a dor antes e após a administração de analgésicos; - Colocar usuário em posição de conforto na maca, se possível.

Quadro 6 – Intervenções de enfermagem para o instrumento da SAE, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. João Pessoa, 2006.

5.3 Terceira fase: Construção do Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU

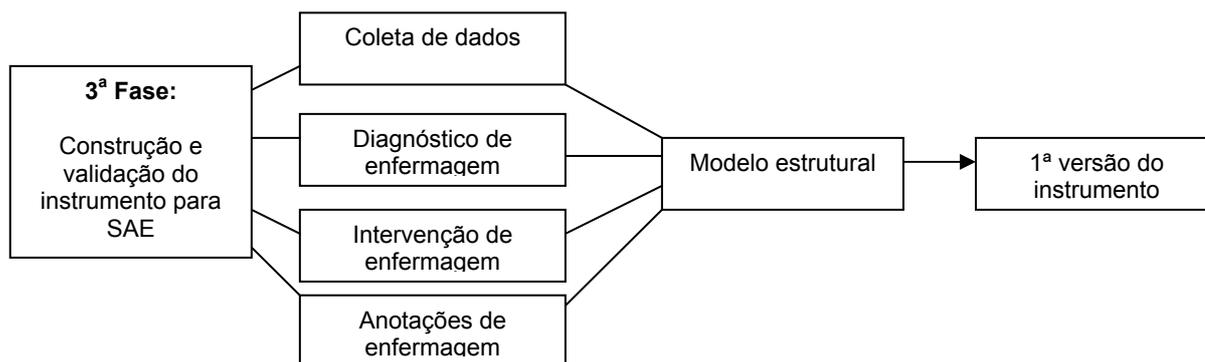


Figura 3 – Etapas da terceira fase da pesquisa: Construção do Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU

Uma vez identificados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções/atividades de enfermagem, foi executada a terceira fase: construção do instrumento para SAE. Nessa fase foi sugerido por um dos

enfermeiros da amostra – participante da 1ª validação – um novo formato de apresentação do instrumento. O formato proposto seguiu a estrutura do instrumento do ***Patient Analgesia Flowsheet*** – *Division of Patient Care Operations, Division of Anesthesiology Acute Pain Management Service of the Cleveland Clinic Foundation (ANEXO C)*. Esta proposta, no entanto, de formatação e estrutura do instrumento foi acatada e aperfeiçoada em busca de um melhor aproveitamento de espaço e maior objetividade para preenchimento do mesmo, adequando-o para atender os objetivos desta pesquisa.

O instrumento para SAE no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se compõe de 6 partes. Uma das partes apresenta os dados de referência para preenchimento do mesmo; outra é para identificação da ocorrência; e quatro são referentes à assistência ao usuário. A primeira parte do instrumento estabelece os dados necessários para identificação da ocorrência. São de natureza epidemiológica e por isto permitem estabelecer uma caracterização deste tipo de atendimento. Estes dados também são essenciais para o controle interno do serviço.

A segunda parte é composta pela avaliação de comportamentos e estímulos, o que se refere à coleta de dados. Na coleta de dados há 7 seções que classificam as necessidades fisiológicas, sendo estas, sete dos 9 componentes do modo fisiológico de Callista Roy, dos quais três (de um total de 5) correspondem às **necessidades básicas de integridade fisiológica**: oxigenação, eliminação e proteção; e quatro correspondem aos **processos complexos**, que de modo direto influenciam nas necessidades básicas, são estes: sentidos, fluídos e eletrólitos, função neurológica, e função endócrina.

Dentre os 9 componentes propostos por Roy, não entraram para este instrumento apenas dois: nutrição, e atividade e repouso. Esta ausência justifica-se uma vez que não foram identificados comportamentos e estímulos considerados relevantes de serem abordados pela Enfermagem durante o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; mas analisando os demais componentes foi possível a identificação de diagnósticos relacionado a atividade e repouso.

Como também referido anteriormente (item 5.1.2), duas seções (Oxigenação e Eliminação) deram origem a mais duas subseções cada, sendo:

Oxigenação – sistemas respiratório e circulatório; Eliminação – intestinal e renal.

Essas seções (componentes do modo fisiológico), e, nos casos acima citados, subseções deram origem a itens, dos quais foram estabelecidos subitens. Ambos foram levantados, inicialmente, a partir da literatura pertinente ao tema, buscando-se estabelecer pontos primordiais a serem avaliados pela entrevista e exame físico dentro do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; em um segundo momento, através da validação do instrumento para a coleta de dados, foram realizadas algumas modificações, estas porém ocorreram em itens e subitens. Esses subitens mencionados correspondem no instrumento para sistematização os dados referenciais para preenchimento do mesmo.

Quanto ao preenchimento da coleta de dados, é reservado um espaço destinado à atribuição do numeral que corresponda ao indicador clínico encontrado pela realização da entrevista e exame físico no paciente. Foi avaliado que, como pessoas, estamos em constante interação com o meio, recebendo estímulos e emitindo comportamentos, sendo assim ficou reservado pelo menos quatro espaços distintos para cada item a fim de se registrar como o usuário evolui do momento em que a equipe chega até ele, até o mesmo dar entrada num serviço hospitalar.

Itens como Saturação de oxigênio, Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow e Glicemia capilar não têm correspondentes nos dados de referência, já que estes têm em seus resultados dados expressos em numeral, podendo ser diretamente registrados.

Na terceira parte deste instrumento ficou reservado o espaço para registro dos diagnósticos de enfermagem. A forma de registro se assemelha a coleta de dados, onde existem dados de referência na forma de numeral a serem colocados em espaços reservados. Os diagnósticos no instrumento estão relacionados aos seus domínios, devendo o registro obedecer a essa relação.

Do mesmo modo que os diagnósticos se ligam aos seus domínios, as intervenções se ligam a seus diagnósticos. Assim, quando o enfermeiro registra a intervenção que realizou, ele deve deixar claro qual problema que

estava buscando solucionar. Essas intervenções estão listadas nos dados de referência e são a quarta parte deste instrumento.

Enquanto enfermeiros, ao intervir sobre determinados problemas, sabe-se que a pessoa responderá de forma própria, e essas respostas necessitam ser avaliadas e registradas adequadamente. Para possibilitar esse registro, ficaram reservados na coleta de dados espaços para anotar tanto dados referentes à admissão no serviço, quanto dados posteriormente colhidos durante o transporte.

Não constam no instrumento os resultados esperados, contudo a inserção desses itens tornaria o instrumento maior, envolvendo aumento do custo financeiro e do tempo para a utilização do mesmo. É importante salientar que o enfermeiro, ao fazer uso deste, será levado a estabelecer resultados para o usuário assistido, com o intuito de resolução dos problemas identificados, o que torna esse dado implícito dentro deste instrumento, ao serem correlacionados coleta de dados, os diagnóstico e as intervenção de enfermagem.

Como última parte deste instrumento, tem-se às anotações de enfermagem. Este é um espaço reservado para o enfermeiro evoluir o usuário e acrescentar dados que foram coletados, mas que por ventura não tenham sido contemplados dentro do instrumento. Dados esses considerados essenciais para uma boa continuidade e registro adequado da assistência prestada a estes usuários.

Dentro de um contexto como o de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel é necessário que a assistência seja a mais objetiva possível, e que nenhum recurso utilizado nesta venha diminuir o ritmo com que se presta o cuidado. Deste modo elaborou-se um instrumento que, ao mesmo tempo se apresenta como histórico e, posteriormente, como evolução; onde ao dar entrada no serviço até o primeiro contato direto no local da chamada são preenchidos os dados iniciais sobre o usuário, dados suficientemente necessários para ser identificado o(s) diagnóstico(s) prioritário(s). A partir de então executam-se as prescrições médicas, bem como as de enfermagem, passando-se a avaliar o usuário até dar entrada num hospital referenciado pela regulação médica.

Durante todo o transporte, apesar de poucos minutos, o enfermeiro continuamente observa e avalia o usuário, bem como faz a implementação de suas intervenções.

5.4 Quarta fase: Validação de conteúdo e aparência do instrumento de sistematização

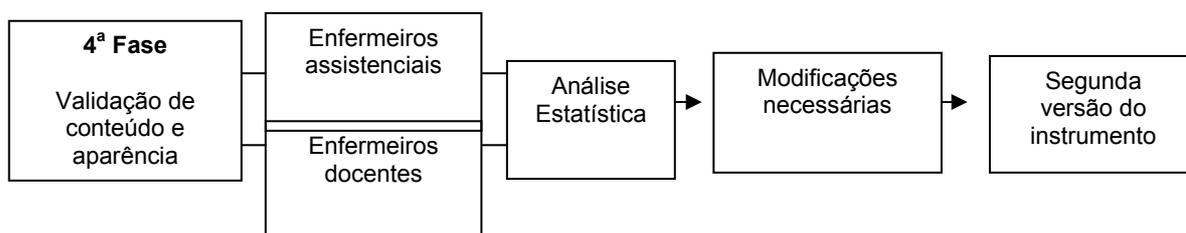


Figura 4 – Etapas da quarta fase da pesquisa: Validação de conteúdo e aparência do instrumento de sistematização

Na quarta fase, foi realizada a validação de conteúdo e aparência, do instrumento de sistematização como um todo. Essa validação foi realizada pelos mesmos enfermeiros que validaram o instrumento de coleta de dados na 1ª fase da pesquisa. Para a validação, foi entregue a cada um dos integrantes da amostra uma Carta de Esclarecimento (APÊNDICE D), informando os objetivos dessa nova fase, bem como orientando sobre a validação do instrumento; juntamente a este seguiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), e o questionário para validação do conteúdo (APÊNDICE F), que continha cada parte do instrumento seqüenciada, com espaço para que o enfermeiro julgasse se concordava ou não com aquele item.

O objetivo dessa nova validação foi averiguar o índice de concordância para cada item do instrumento, e também a sua forma de apresentação. Ele foi avaliado quanto a: forma de apresentação; identificação da ocorrência; coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; intervenções de enfermagem; anotações de enfermagem. Para a coleta de dados, no questionário de validação, apresentou-se uma subdivisão dessa parte do instrumento, sendo: oxigenação; eliminação; proteção; sentidos; fluídos e eletrólitos; função

neurológica; função endócrina. Assim os enfermeiros validariam a coleta de dados pelos componentes do modo fisiológico proposto por Roy.

Os enfermeiros ainda foram orientados no Termo de Esclarecimento que ao validarem a coleta de dados eles deveriam observar que itens e subitens compunham cada parte a ser validada. Por exemplo: ao validar Oxigenação simultaneamente, eles também estavam validando os itens, subitens e dados de referência correspondentes desta parte. Essa mesma orientação seguiu para os diagnósticos e intervenções de enfermagem que se relacionam com seus dados de referência.

Por fim anexou-se junto aos Termos de Esclarecimento e Consentimento e ao questionário de validação uma cópia do instrumento para sistematização da assistência no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel possibilitando a validação do mesmo quanto a aparência.

Para análise estatística da validação de conteúdo e aparência, considerou-se que o índice de concordância deveria ser igual ou maior a 0,80. Os itens que obtiveram este índice passaram a compor o Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU.

A validação de conteúdo busca confrontar o que é sugerido pelo pesquisador e aquilo que de fato é essencial para o campo prático. Sendo necessário aos itens do instrumento refletirem e medirem o universo para qual foram criados e então aplicados (RICHARDSON, 1999; POLIT; HUNGLER, 1995).

Ao submeter um instrumento à validação de conteúdo, é objetivo do pesquisador a adequação do mesmo ao campo prático destinado.

Ao analisar estatisticamente cada um dos questionários para validação, observou-se nos 6 (total de questionários entregues) que todos os itens do instrumento obtiveram um índice de concordância maior que 0,80. E isso implica na validade de todo o conteúdo, bem como da forma de apresentação do instrumento. O índice de menor concordância foi de 0,93, e ocorreu na validação do conteúdo, no que se refere a coleta de dados dentro de fluídos e eletrólitos.

Quanto à forma de apresentação do instrumento, foi sugerido por um membro da amostra que fosse aumentado o espaço entre as linhas destinadas à identificação da ocorrência. Esse aumento possibilita uma cobertura maior das anotações, principalmente daquelas que não estejam contempladas pelo instrumento, mas que possam surgir como identificação da ocorrência. Dessa forma foi acatada a sugestão.

Os itens da coleta de dados - mesmo já tendo passado por uma validação de conteúdo por este mesmo grupo amostral (1ª fase da pesquisa) - foram submetidos a mais esta validação. Essa revalidação aconteceu pelo fato de que, nesta 4ª fase da pesquisa, o objetivo seria validar o Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem como um todo, o que levou a não desagregação desses itens. Revalidar a coleta de dados possibilitou um refinamento dos dados ali inclusos.

Em Oxigenação, houve, por parte de um membro da amostra, a sugestão para acréscimos de novos itens, a saber: "em pulso, sugiro linguagem diferenciada - dicrótico, anacrótico, filiforme, paradoxal, ausente, normal, etc".

Analisando as literaturas voltadas para a Semiologia de Enfermagem e Médica, pôde-se confrontar cada uma destas sugestões, chegando assim a conclusões que aperfeiçoam o item confrontado.

Segundo López e Medeiros (2004) o pulso arterial pode ser caracterizado sob dois aspectos: **a)** quanto a sua freqüência e ritmo cardíaco; **b)** quanto a sua amplitude e contorno.

A freqüência cardíaca é também avaliada através de pulsos arteriais, e é considerada como parte imprescindível do exame físico, seja este inicial ou evolutivo. Como padrões de normalidade, são considerados os valores de 70 a 80 batimentos por minuto (bpm), em indivíduos sadios e em repouso; sendo considerado taquicardia valores iguais ou superiores a 100 bpm; e, bradicardia aqueles expressos em valor igual ou inferior a 50 bpm (LÓPEZ; MEDEIROS, 2004).

Avaliar o ritmo cardíaco implica não apenas em afirmar se uma pessoa está taqui ou bradicárdico, mas diz respeito também à investigação desse

ritmo - que vai desde a sua intensidade de desvio, à sua origem anatômica (sinusal ou ectópica), sua seqüência de descarga (regular ou irregular), via de condução (principal ou acessória), tipo de condução (normal, acelerada, retardada), entre outros (LÓPEZ; MEDEIROS, 2004). Essa investigação vem a somar dentro do contexto clínico da pessoa, e assim esses achados terão seus devidos significados, pois uma freqüência alterada, um ritmo irregular, são apenas comportamentos adotados frente a estímulos. Tornando o grande desafio o desvendamento destes estímulos, bem como sua associação com outros componentes fisiológicos para assim chegar aos problemas de enfermagem, estabelecer metas e intervir.

A investigação da amplitude e contorno do pulso arterial é algo que requer bastante prática clínica. A alteração da amplitude e/ou contorno dão origem há várias formas de apresentação: pulso arterial de pequena amplitude e pulso arterial de grande amplitude, com contorno de onda de pulso normal ou anormal; pulso de duplo pico; pulsos que variam de amplitude de modo rítmico (LÓPEZ; MEDEIROS, 2004).

O pulso Anacrótico e Dicrotício é classificado como um pulso arterial de duplo pico. Nestes, duas ondas de pulso são palpadas durante cada ciclo cardíaco. O anacrótico é um tipo de alteração do contorno que raramente é identificada pelo exame físico; nele ocorre um duplo pico sistólico, que é originado de "algum entalhe acentuado nos ramos ascendentes da onda de pulso [...] distingue-se por ser um pulso de pequena amplitude e de elevação lenta" (LÓPEZ; MEDEIROS, 2004, p. 319). Pacientes com estenose aórtica apresentam esse tipo de pulso, no qual quanto maior a gravidade da estenose, maior será a anormalidade de seu contorno e menor a amplitude do pulso (LÓPEZ; MEDEIROS, 2004).

O pulso dicrotício apresenta um duplo pico, sendo um deles na sístole (o primeiro), e outro no início da diástole. Sobre sua identificação no exame físico, López e Medeiros (2004, p.311) afirmam: "usualmente, o colapso do pulso carotídeo é bastante rápido de modo que a pequena onda que segue o entalhe dicrotício, observada nos registros do pulso carotídeo, não é palpada". Eles ainda afirmam que uma palpação só ocorreria em casos extremos, e que, raramente, é presenciado em adolescentes e jovens, e praticamente não é

percebido em adultos acima de 40 anos, ou que apresentem pressão arterial sistólica de acima de 140 mmHg. Esse tipo de pulso está presente na insuficiência cardíaca grave, choque hipovolêmico e tamponamento cardíaco.

Por fim, o pulso paradoxal, que é uma variação rítmica da amplitude. Esse pulso é identificado pela diminuição da pressão arterial sistólica durante a inspiração. A gravidade do fenômeno é que estabelece a diminuição da amplitude do pulso durante a inspiração; e em alguns casos chega a não ser palpável. Quanto à variação da pressão arterial sistólica (PAS), durante a inspiração, em condições de normalidade e inspiração tranqüila, há uma diminuição da mesma em 5 a 8 mmHg. Assim para ser considerada uma alteração fisiológica e reconhecida como pulso paradoxal, a redução da PAS precisa ser maior do que 10 mmHg (LÓPEZ e MEDEIROS, 2004).

Identificar cada um destes pulsos implica bastante perspicácia do profissional. Muitas vezes, é necessário, para sua identificação ou confirmação que haja uma monitorização cardíaca.

Barros et al. (2002) classificam o pulso quanto a intensidade (cheio ou filiforme); e a ritimicidade (regular ou irregular). Elas ainda abordam um outro tipo de pulso chamado de "martelo d'água". Já para Potter e Perry (1999), um pulso é avaliado pelas suas características de: frequência; ritmo (rítmico ou arritmico); amplitude (forte, fraco, fino, em salto); e igualdade. As referidas autoras ainda abordam a resistência do pulso, que é a força do sangue contra as paredes das artérias. Para avaliar essa resistência, é utilizada uma escala proposta por Seidel *et al.* (1995 apud POTTER; PERRY, 1999, p. 637):

- 0 = Ausente;
- 1+ = pulso está diminuído, fracamente palpável;
- 2+ = pulso facilmente palpável, normal;
- 3+ = pulso cheio, aumentado;
- 4+ = pulso forte, latejante.

Fonte: Seidel *et al.* (1995 apud POTTER; PERRY, 1999, p. 637)

No instrumento, na identificação da ocorrência existe um item que é atribuído aos dados gerais do usuário, envolvendo os cinco sinais vitais. Fica então já neste ponto avaliado o pulso quanto a sua frequência. Mais à frente, em Oxigenação, o enfermeiro avalia esse pulso arterial quanto a sua amplitude, tendo como dados referênciais: cheio, fino, fraco, forte, ausente. Confrontando os dados do estudo com a sugestão fornecida para acréscimos, e com a literatura, chegou-se a algumas conclusões que se seguem.

Entende-se que os pulsos anacróticos e dicróticos compõem uma classificação muito específica dentro do exame físico cardiocirculatório; abordar os mesmos dentro do atendimento pré-hospitalar expõe o profissional a erros de mensuração. Vê-se, ainda, que poucos dos usuários são monitorados dentro das Unidades de Suporte Avançado, como também poucos são os profissionais que têm a habilidade para distinguir esses tipos de pulso. Essa habilidade não se adquire em um curso de capacitação, mas na prática clínica diária e voltada para a área de cardiologia.

Das referências voltadas para semiologia de enfermagem, a que se teve acesso, nenhuma delas abordava esses tipos de pulsos; o que se pode indicar que detectá-los pode ser mais de interesse da avaliação médica, do que para avaliação de enfermagem. Interessa à Enfermagem, para formular seus diagnósticos, a identificação do pulso em sua frequência: se é cheio, fraco, forte, normal; se apresenta igualdade nos seus pares; e se é regular ou irregular. Para tanto optou-se pela adoção da escala de Seidel *et al.* (1995 apud POTTER; PERRY, 1999), bastante coerente e aplicável ao atendimento pré-hospitalar (APH), o que acarretou em um reajuste dos dados de referência à esta escala.

O pulso paradoxal por sua vez é um achado comum em situações de trauma. Sendo necessário ao enfermeiro atentar para os valores de normalidade na redução da PAS durante a inspiração. Identificar esse pulso dentro do APH também requer monitorização do usuário, o que é um obstáculo, a menos em situações cujo quadro clínico esteja bem grave e assim se detecte este tipo de pulso pela diminuição ou mesmo desaparecimento do pulso radial durante a inspiração. Sendo assim, essa avaliação entra no instrumento pela facilidade da constatação do mesmo pelo pulso radial,

favorecendo a detecção de falência circulatória. Contudo é preciso estar alerta a todos os sinais e sintomas que implicam em alterações circulatórias, pois, de modo algum, pode-se descartar tal alteração apenas pelo não reconhecimento desse tipo de pulso.

Em função neurológica, também houve a sugestão de novos itens, sendo: "maior abrangência do nível de consciência; abordar pupila quanto ao tipo e fotorreação; e ausentar o item óbito durante o transporte".

Para Barros *et al.* (2002, p.95), consciência é "[...] o conhecimento de si mesmo e do ambiente. É a capacidade do indivíduo de reagir quando está em perigo, ou de satisfazer suas necessidades biológicas e psicossociais". As mesmas autoras relatam a existência de termos utilizados para descrever o nível de consciência, que são: letárgico, confuso, sonolento, obnulado, torporoso e coma. Contudo esses termos, para serem definidos e interpretados são apontados pela sua subjetividade, gerando ambiguidades e confusões na definição de um quadro neurológico, quanto ao nível de consciência, o que levou as autoras a afirmarem que tais termos não devem ser utilizados para avaliar o nível de consciência.

Para solucionar esse problema de ambigüidade dos termos é que surgem as escalas, definindo bem padrões e uniformizando a linguagem. Hoje a escala mais utilizada para avaliação do nível de consciência é a Escala de Coma de Glasgow, ela "determina e avalia a profundidade e nível do coma", bem como fornece prognóstico evolutivo (BARROS *et al.*, 2002, p.98; POTTER; PERRY, 1999).

Identificou-se que não há necessidade de apresentar dados de referência quanto ao nível de consciência, uma vez que já consta no instrumento a Escala de Coma de Glasgow. Essa escala traduz de modo objetivo as variações da consciência, indo do nível consciente ao coma.

A literatura aponta que alguns termos são necessários dentro da avaliação neurológica, podendo ser facilmente detectados no APH. São eles: **a)** avaliação das pupilas – isocóricas, miose bilateral (D+E), midriase bilateral (D+E), pupila direita (D) maior que a esquerda (E), pupila E maior que a D, pupila arreativa D/E, pupilas arreativas D+E, pupila não fotorreativas D+E; **b)**

sinais de embriaguês – hálito etílico, agitado, agressivo, choroso; **c)** força muscular – paresia, plegia, parestesia.

Quanto a sugestão do acréscimo do item “óbito durante o transporte”, levou-se em consideração dois aspectos, um deles foi presenciado pela pesquisadora durante a coleta de dados no SAMU e corresponde a inexistência do óbito durante o transporte. O SAMU, nas Unidades de Suporte Avançado, para transportar qualquer usuário deste serviço, tem como princípio verificar se já não foi estabelecido o estado de óbito, esta conduta é tomada pelo médico antes mesmo de trazer o usuário para dentro ambulância, pois uma vez dentro dela o médico da equipe tem sob sua responsabilidade aquele usuário. Constatar um óbito durante o transporte traz grandes implicações para o serviço e implica na resolutividade de inúmeras burocracias. É desta forma que mesmo o médico tendo aceitado transportar o usuário, e caso ele suspeite de óbito durante o transporte, não se chegará a nenhum diagnóstico de óbito dentro da ambulância, sendo o procedimento mais comum dar entrada no hospital de destino em manobras de ressuscitação contínua. E em nenhum momento, mesmo havendo a suspeita de óbito, dentro da ambulância haverá interrupção dessas manobras.

Um outro aspecto avaliado é como deve proceder a Enfermagem frente a um usuário que teve, durante o transporte, diagnóstico médico de óbito. Qual o papel da Enfermagem? Haverá condições para preparo do corpo? Tem-se pouca noção do que se faria. Isso se deve ao fato dessa circunstância ser praticamente impossível de acontecer. Diante disto foi retirado o item óbito durante o transporte do instrumento.

Teve-se também por parte de um componente da amostra a sugestão de acrescentar o diagnóstico Risco para infecção. Este diagnóstico esteve presente no perfil de diagnósticos dos usuários, obtendo uma frequência de 100%, sendo que por motivos anteriormente citados (item 5.2.2) optou-se por não colocá-lo no instrumento.

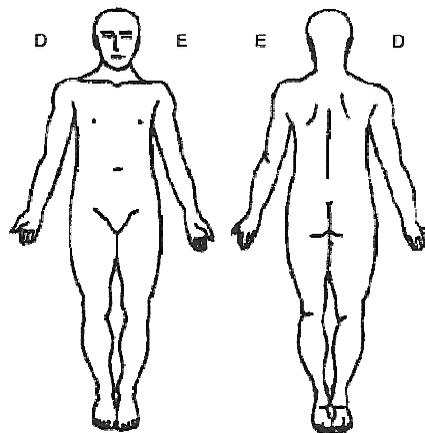
O processo de enfermagem há muito vem sendo discutido dentro da Enfermagem. Esta discussão nem sempre se origina ou resulta de um consenso entre os profissionais dessa categoria. Há quem chegue a dizer que

o processo de enfermagem é impraticável em todas as suas etapas, e assim tentam adaptar o processo a sua realidade, e não a sua realidade ao processo.

A falta de consenso é gerada, antes de tudo, devido à falta de informação: pouco se sabe a respeito, mas muito se quer discuti-lo. A aplicação desse processo está estreitamente ligada, para muitos enfermeiros, a uma boa disponibilidade de tempo. Sendo assim, teria realmente o enfermeiro tempo que lhe sobre? Com toda a sobrecarga de trabalho ainda restará tempo para realizar exame físico, traçar diagnóstico, estabelecer intervenções, implementar e avaliar? Quanto mais corrido o serviço e menor o tempo de contato com o usuário, menos se vê a possibilidade de sistematizar a assistência de enfermagem. E o interessante é que a verdade está justamente no contrário dessa afirmação, pois quanto mais corrido o serviço e menor o tempo de contato com o usuário, maior é a necessidade de sistematizar a assistência ali prestada. Qual a outra forma de garantir qualidade no que se faz?

Essa falta de conhecimento, convivência e experiência com o processo de enfermagem trouxe implicações para validação deste instrumento. Sendo identificado nos enfermeiros da amostra uma certa limitação para apreender melhor o que seja diagnóstico e intervenção de enfermagem. O resultado ficou claro quando o item diagnóstico foi validado com um índice de concordância de 0,96, e as intervenções com 1,0. Reconhece-se a impossibilidade de discordar de um item e assim mesmo ter que fazer sugestões sobre algo que foge do campo de conhecimento e domínio de cada um. A escolha da amostra foi baseada no melhor perfil de enfermeiros aqui em João Pessoa, ligados à área de urgência e/ou Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Quanto a esse critério acredita-se ter alcançado sucesso. Mas, no que se refere à ligação entre o APH móvel e a sistematização da assistência de enfermagem, houve uma lacuna que não pôde ser preenchida pela amostra levantada.

Diante deste fato, vislumbra-se, posteriormente, a necessidade de uma nova validação de conteúdo para o instrumento proposto nesta pesquisa, optando-se por uma amostra enfermeiros que dominem estes dois aspectos acima levantados, contemplando outros centros e estados do país.

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM****OXIGENAÇÃO:**

- 6 = Troca de gases prejudicada
- 7 = Ventilação espontânea prejudicada
- 8 = Perfusão tissular prejudicada
- 9 = Desobstrução ineficaz de vias aéreas

ATIVIDADE/REPOUSO:

- 10 = Mobilidade física prejudicada
- 11 = Deambulação prejudicada

15 = FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

- 12 = Confusão aguda

SEGURANÇA/PROTEÇÃO:

- 13 = Risco de lesão
- 14 = Integridade da pele prejudicada
- Integridade tissular prejudicada
- 16 = Risco de aspiração

SENTIDOS:

- 17 = Dor aguda

SELF-PESSOAL

- 18 = Ansiedade relacionado a morte
- 19 = Enfrentamento ineficaz

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**Controle de Vias Aéreas:**

- 6.1 Abrir vias aéreas por elevação do queixo ou mandíbula;
- 6.2 Remover secreções, encorajando a tossir ou aspirando;
- 6.3 Administrar oxigênio, conforme adequado;
- 6.4 Posicionar de modo a aliviar dispnéia;
- 6.5 Monitorar estado respiratório e a oxigenação;

Assistência ventilatória:

- 7.1 Manter vias aéreas desobstruídas;
- 7.2 Observar FR e Sat O₂ após administração de broncodilatadores;
- 7.3 Iniciar reanimação pulmonar quando detectar parada respiratória;

Oxigenoterapia

- 7.4 Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado;

Reposição rápida de líquidos:

- 7.5 Obter e manter acesso IV de grande calibre;

Supervisão da pele:

- 7.6 observar cor, calor, pulsos;

Cuidados de emergência:

- 8.1 Iniciar RCP ao ser identificada PCR;
- 8.2 Aplicar curativo compressivo sobre sangramento;
- 8.3 Monitorar quantidade e natureza da perda de sangue;
- 8.4 Aplicar colar cervical;

Controle da hipovolemia:

- 8.5 Monitorar perda de líquidos;

Aspiração de vias aéreas:

- 9.1 Manter a cabeceira da maca elevada, se e o quanto possível;
- 9.2 Determinar necessidade de aspiração oro e/ou endotraqueal;
- 9.3 Observar o tipo e a quantidade de secreções obtidas
- 9.4 Monitorar Sat O₂ imediatamente antes, durante e após aspiração;

Posicionamento:

- 10.1 / 11.1 Posicionar e imobilizar levando em conta o alinhamento correto do corpo;
- 10.2 / 11.2 Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, movimentando-a o mínimo possível;
- 10.3 / 11.3 Evitar colocar em posição que aumente a dor;
- 10.4 / 11.4 Virar usando técnica de rolar o paciente;
- 10.5 / 11.5 Monitorar circulação, movimentos e sensações das extremidades afetadas;

Orientação para a realidade:

- 12.1 Usar abordagem coerente e firme na interação com o usuário;
- 12.2 Informar ao usuário sobre pessoa, tempo e local, na medida das necessidades;
- 12.3 Repetir as verbalizações;
- 12.4 Conter fisicamente o usuário;

Controle do ambiente: segurança

- 13.1 Usar mecanismos de proteção para imitar fisicamente a mobilidade;

Contenção física

- 13.2 Usar uma forma de contenção quando limitar manualmente o paciente durante o transporte;

Cuidados com lesões:

- 14.1 Observar características das lesões;
- 14.2 Limpar área afetada com SF 0,9%;
- 14.3 Realizar curativo de acordo com o tipo do ferimento;

Supervisão da pele:

- 14.4 Observar mudanças na pele;
- 14.5 Observar a temperatura da pele;
- 14.6 Observar cor da pele;
- 14.7 Observar presença de edema.

Cuidados no local do ferimento:

- 15.1 Cobrir ferimento em compressa umedecida em SF 0,9%;

Controle de hemorragia:

- 15.2 Monitorar função neurológica;

Precauções contra aspirações:

- 16.1 Monitorar nível de consciência;
- 16.2 Posicionar usuário em decúbito elevado, se possível;
- 16.3 Lateralizar usuário em caso de vômito;
- 16.4 Observar características do vômito;

Controle da dor:

- 17.1 Mensurar a dor antes e após a administração de analgésicos;
- 17.2 Colocar usuário em posição de conforto na maca, se possível.

Redução da ansiedade:

- 18.1 Explicar procedimentos a serem realizados no usuário;
- 18.2 Buscar compreender a perspectiva do usuário sobre uma situação temida;
- 18.3 Oferecer informações factuais sobre o estado de saúde;
- 18.4 Criar uma atmosfera que facilite a segurança

Intervenção de crise:

- 19.1 Determinar se o usuário apresenta risco de segurança a si a outros;

Melhora do enfrentamento:

- 19.2 Encorajar o domínio gradativo da situação;
- 19.3 Desencorajar a tomada de decisão quando o paciente sofrer grande estresse.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em sistematização para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um desafio. Esse serviço se caracteriza pelo contexto onde se insere, pelo tempo disponível para se prestar assistência e pela gravidade dos casos atendidos.

O processo de enfermagem é, freqüentemente, associado ao ambiente hospitalar; fora desse contexto ele é pouco pensado pelos profissionais da prática. É incomum pensar em aplicar o processo de enfermagem em via pública, dentro de um carro, ou embaixo de um caminhão, por exemplo.

Por muito tempo pensou-se que seria apenas possível sistematizar esta assistência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência através de protocolos médicos que se destinam a equipe que presta o atendimento. Na urgência o tempo para agir corretamente é valioso, sendo necessária a criação desses protocolos para guiar a prática clínica e assim favorecer um atendimento mais ágil e coordenado em equipe. Quando uma equipe se utiliza de protocolos, cada um sabe o seu papel e o que será feito.

Um dos questionamentos para a autorização desta pesquisa por parte da Secretaria Municipal de Saúde foi o fato de ter como objetivo a elaboração de um instrumento que se destinava apenas a equipe de enfermagem, o que trouxe a preocupação de que se estaria promovendo uma desagregação da equipe no momento do atendimento. Esse pensar se deve à visualização desse atendimento apenas por meio de protocolos médicos.

A pesquisa, no entanto, em nenhum momento pretendeu anular a utilização de protocolos pela equipe de enfermagem, nem mesmo gerar uma divisão entre classes profissionais.

A sistematização através do processo de enfermagem é legalmente um dever da Enfermagem, tendo o seu amparo na Resolução 272/2000 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileira. E, para além do dever, o processo de enfermagem proporciona uma melhora significativa da assistência prestada, contribuindo ainda para o embasamento da profissão como ciência.

Como método de prestação de cuidados, o processo de enfermagem é aplicável em qualquer ambiente, dependendo apenas da disposição para planejá-lo e executá-lo. Alguns fatores, no entanto, facilitam essa prática, sendo um deles a construção de instrumentos que contemplem este exercício, baseados no perfil do atendimento a que se destina.

Foi pensando nisto que buscou-se elaborar um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem no SAMU. Como primeiro passo foi elaborado um instrumento para o levantamento dos indicadores clínicos dos usuários deste serviço. Esse instrumento passou por uma validação com profissionais da prática e enfermeiros docentes e especialistas da área. Os dados foram coletados durante as ocorrências na Unidade de Suporte Avançado pela própria pesquisadora, totalizando 43 casos clínicos, traumáticos e obstétricos.

Após coletar os indicadores clínicos, caso por caso, utilizou-se o processo de raciocínio diagnóstico, para identificar os diagnósticos de enfermagem. Anteriormente, já haviam sido levantados, na literatura os diagnósticos de enfermagem possíveis de ser identificados nos usuários atendidos nesse tipo de serviço, o que veio a facilitar e direcionar o raciocínio diagnóstico. Tendo identificado os diagnósticos a partir dos indicadores clínicos, foram analisadas as suas frequências e então estabelecido - nos usuários do SAMU - o perfil diagnóstico.

O próximo passo foi estabelecer as intervenções de enfermagem com base no perfil diagnóstico, o que se tornou uma tarefa fácil pelo uso da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Para cada diagnóstico identificado, foram listadas as intervenções prioritárias apresentadas na NIC e, conseqüentemente, as atividades que mais tinham chances de solucionar os problemas identificados e eram possíveis de serem realizadas no SAMU.

De posse da coleta de dados, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem estruturou-se o Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo feito a seguir a validação de conteúdo e da forma, com a mesma amostra que validou o instrumento para coleta de dados.

Inicialmente esta pesquisa também tinha como objetivo testar a viabilidade e operacionalidade do instrumento por uma validação clínica, contudo não foi possível atingir esta meta, em virtude do prazo para o término do mestrado e, conseqüentemente, a entrega e defesa deste estudo. É objetivo da pesquisadora a continuidade desta pesquisa para que se venha fornecer ao SAMU um instrumento confiável e que promova uma prática de enfermagem coerente e de qualidade. Pois, acredita-se que elaborar este instrumento, aproxima mais os enfermeiros assistenciais da possibilidade de executarem o processo de enfermagem na sua prática clínica diária.

Durante o estudo foi percebido o interesse, por parte da coordenação médica e de enfermagem do SAMU, no desenvolvimento deste instrumento. Sendo de interesse do coordenador de enfermagem a implantação do mesmo no serviço.

O maior sonho, possa assim dizer, por parte da pesquisadora é também ver a continuidade da assistência do atendimento pré-hospitalar móvel ao atendimento intra-hospitalar. Um usuário assistido pelo SAMU precisa ter seu atendimento continuado pela equipe que o assistirá no hospital, e não haver uma quebra entre esses dois ambientes. Tal realidade foi muito discutida entre a pesquisadora e o coordenador da equipe de enfermagem do SAMU, tentando solucionar esta falha. De fato não se chegou a soluções concretas, mas entende-se que a construção deste instrumento para sistematização no SAMU é um passo inicial para uma assistência diferenciada e que num futuro, ansiado por breve, seja também continua.

Construir o instrumento exigiu esforço e dedicação, mas entende-se que o maior desafio vem a partir de agora que é a sua aplicação na prática. Levar enfermeiros a adotar com seriedade a aplicação deste instrumento e a não abrirem mão da assistência pelo uso do processo de enfermagem.

Unir o que até então esteve respaldado na teoria à prática é um trabalho minucioso, e que muitas vezes pode chegar ao desgaste de quem o tenta. É preciso levar pessoas a acreditarem no que você acredita, e mais do que isso é levar pessoas a adotarem como sua vivência o que você mesma arquitetou para elas. Como fazer os outros sonharem os nossos sonhos? Como

fazer os outros acreditarem no que se acredita? Como introduzir na prática de outrem o que se acredita ser necessário?

Maddowell (1996) afirma que o coração do homem não pode ter contentamento naquilo que sua mente rejeita. É essencial defender o uso do processo de enfermagem, e levar pela consciência as pessoas a acreditarem nas melhorias que ele traz. Porque só entendendo de fato em suas mentes como funciona e os benefícios que ele traz, é que a equipe de enfermagem se unirá para uma prática clínica embasada cientificamente. Do contrário continuarão rejeitando o que previamente desconhecem, e assim não o adotarão na sua prática profissional.

As implicações desta pesquisa podem ser visualizadas na assistência, no ensino e na pesquisa de enfermagem. Na assistência, através da utilização do instrumento proposto para Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, garantindo ao corpo de enfermagem uma maior possibilidade de desenvolver ações através do processo de enfermagem; no ensino com a inclusão de conteúdos teóricos e práticos relacionados à aplicação do processo de enfermagem. No momento o instrumento construído foi adotado pela disciplina de Enfermagem em Urgência e Emergência de uma Faculdade de Enfermagem no município de João Pessoa; servindo este como instrumento de sistematização para elaboração dos estudos de caso pertencentes a disciplina. Na pesquisa pela utilização do instrumento proposto para aplicar o processo de enfermagem de modo sistemático, o mesmo já vem sendo utilizado em dois Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, sendo readaptado para os setores de urgência intra-hospitalar e UTI.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem** – promoção do cuidado colaborativo. São Paulo: Artmed, 2005.

ARRUDA, A. J. C. G. De. **Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes vítimas de trauma atendidos em CTI, á luz do referencial teórico de Roy**, 2000, 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BARROS, A. L. B. L. de; et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Conselho Nacional de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF: CNS. V. 5, n. 2, p. 12-42, abr./jun. 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A primeira lei de urgência dormiu na gaveta**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/panorama/>>. Acesso em: 23 jun. 2005 a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/artigos/notas.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2005 b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, R. M. **Satisfação da equipe de enfermagem do serviço pré-hospitalar móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho**. Natal, 2005. 128 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde. Natal, 2005.

COMITÊ of PHTLS the National Association of Emergency Medical Technicians. Colégio Americano de Cirurgiões. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 272/2000**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 290/2004**. Fixa as especialidades de enfermagem. Rio de Janeiro, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 300/2005**. Dispõe sobre a atuação do profissional de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-hospitalar. Rio de Janeiro, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1451/95**, estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília,DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3.666). Rio de Janeiro, 1995.

FERREIRA, A. B. H. De. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GALBREATH, J. G. Sister Callista Roy. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: dos fundamentos á prática. 4 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2000, Recife/Olinda – PE. **Anais...** Enfermagem 2000: Crescendo na Diversidade. Recife-PE: ABEn-PE, 2002. v. 1, p.231-243

GUIMARÃES, D. T. et al. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2002.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M.; BENZ, J. J. **Cuidados intensivos de enfermagem** – uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

IVO, M. L.; CARVALHO, E. C. Assistência de enfermagem a portadores de anemia falciforme, à luz do referencial de Roy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [online]. Mar./abr. 2003, vol.11, no.2, p.192-198.

LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L.; RODRIGUES, D. P. A relação entre os modos adaptativos de ROY e a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [online]. Out. 1999, vol.7, n. 4, p.97-104.

LÓPEZ, M.; MEDEIROS, J.L. **Semiologia médica**: as bases do diagnóstico clínico. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MACDOWELL, J. **Evidência que exige um veredito**. 2 ed. São Paulo: Candeia, 1996.

McCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NISHIDE, V. M.; MALTA, M. A.; AQUINO, K. S. Aspectos organizacionais em UTI. In: CINTRA; E. A., NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2003.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2003-2004. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ORLANDO, J. M. C. Da. **UTI – Muito além da técnica** – a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu, 2002.

POLIT D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: método e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

ROY, S. C. **The Roy adaptation model**. Disponível em: <<http://www2.bc.edu/~royca/>>. Acesso em: 16 mai. 2005.

ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. **The Roy adaptation model**: the definitive statement. Norwalk, Connecticut: Appleton e Lange, 1991.

ROY, S. C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da Enfermagem**: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

SALEH, C. M. R. **Construção da ficha de registro do atendimento inicial aos pacientes na sala de emergência de um hospital público de porte extra**. São Paulo, 2003. 107 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, 2003.

SILVA, Kenya de Lima. **Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças de 0 – 5 anos**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SILVA, M. J. P. Humanização em UTI. In: CINTRA; E. A., NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2003.

SOUZA, M. F. S. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidados. In: CIANCIARULO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

SWEARINGEN, P. L.; KEEN, J. H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico**: intervenções de enfermagem e cuidados colaborativos. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O Enfermeiro de Unidade de Emergência de Hospital Privado: Algumas Considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 9 No 2. Ribeirão Preto: Mar./Abr. 2001. ISSN 0104-1169.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Primeira Fase – *Construção e validação de um instrumento para coleta de dados.*

João Pessoa, maio de 2006

Prezada(o) Colega,

Eu, Ana Paula de Oliveira Coutinho, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, pretendo desenvolver uma pesquisa na referida Instituição, intitulada: "**Construção e Validação de um Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Avançado**", com o objetivo de construir e validar um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Avançado. Por esse motivo, gostaria de solicitar sua colaboração, nessa primeira fase da pesquisa, checando, no instrumento em anexo para validação, os itens de concordância e deixando em branco os sinais/sintomas (comportamentos e estímulos) vistos como desnecessários para incorporar este instrumento, o qual se destina ao levantamento dos sinais/sintomas (comportamento e estímulos) mais prevalentes nos pacientes atendidos pelo Atendimento Pré-Hospitalar Avançado; fica também reservado o espaço para acréscimos assim julgados necessários.

É importante ressaltar que esta proposta de sistematização tem como referencial teórico o Modelo de adaptação de Callista Roy, sendo assim o instrumento em questão foi construído com base nesta teoria. O Modelo de Adaptação de Roy olha para a pessoa como um **ser adaptativo** frente aos **estímulos** que são submetidos, estes estímulos, contudo podem gerar respostas adaptativas, ou respostas não adaptativas ambas as respostas são denominadas por Roy como **comportamento**. Para Roy o ser humano se compõe de quatro partes, sendo elas: autoconceito, função de papéis, interdependência, e **fisiológica**, todas elas são indissociáveis, e agem para o equilíbrio do ser com o ambiente em que vive, buscando sua integridade. Tendo em vista o meio em que se desenvolve esta pesquisa focamos o modo fisiológico, já que esta é a prioridade máxima no Atendimento Pré-Hospitalar.

Fica ainda aqui esclarecido que com base neste levantamento dos comportamentos e estímulos (sinais/sintomas) mais prevalentes encontrados nos pacientes atendidos pelo Pré-Hospitalar Avançado, será realizado o levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais comuns a estes usuários, e assim traçadas as prescrições de enfermagem mais utilizadas por este serviço. O que posteriormente nos levará a uma segunda validação.

Ressalto que a sua participação é voluntária, podendo deixar de participar do trabalho, em qualquer momento, e que tudo o que responder ficará no anonimato.

Segue no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o meu endereço e telefone para qualquer dúvida a ser esclarecida sobre esta pesquisa, bem como sobre sua participação nela.

Reconheço que essa tarefa lhe tomará tempo, mas reconheço, também, que sua contribuição será incalculável para realização deste estudo. Desse modo, antecipadamente agradeço-lhe a participação. Serão também solicitados dados gerais sobre você apenas com intuito de caracterização dos participantes que compõe esta amostra, destinada à validação deste instrumento.

Atenciosamente,

Ana Paula de Oliveira Coutinho
Pesquisadora

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____ concordo em preencher o questionário da pesquisa "**Construção e Validação de um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Avançado**", nos termos da carta informativa que me foi apresentada.

João Pessoa, _____ de _____ de 2006.

Assinatura: _____

Endereço da pesquisadora:
Rua Cláudio Santana, 200, Aptº 101
Água Fria – João Pessoa – Pb
CEP: 58 000- 000
Celular: 8847-8722
E-mail: apaulinh@yahoo.com.br

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE USUÁRIOS ATENDIDOS PELO SAMU – SUPORTE AVANÇADO Á VIDA

VALIDAÇÃO

- () Número do Instrumento
 () Data da Coleta
 () Hora
 () Motivo que levou o paciente a solicitar o SAMU
 () Tipo de Urgência
 () Condições Gerais: Temperatura (); Pulso (); Frequência Respiratória ();
 Pressão Arterial (); Frequência Cardíaca ()
 Outros: _____

6 **Oxigenação**

Sistema Respiratório

1.1. Vias superiores:

- () Pérvias
 () Obstruídas, especificar: _____

Outros: _____

1.2. Respiração:

- () Eupnéia
 () Dispnéia
 () Bradipnéia
 () Taquipnéia
 () Taquidispneia
 () Apnéia

Outros: _____

1.3. Ausculta:

- () Normal
 () Roncos
 () Atrito pleural
 () Creptos
 () Sibilos

Outros: _____

1.4. Percussão:

- () Timpânica
 () Maciça
 () Normal

Outros: _____

1.5. Expansibilidade Torácica:

- () Bilateral
 () Unilateral D
 () Unilateral E

Outros: _____

1.6. Retração Torácica:

- () Sim
 () Não

Outros: _____

1.7. () Saturação de Oxigênio: _____

1.8 Mucosas:

- () Coradas
 () Pálidas

() Ictéricas

Outros: _____

1.9. Cianose:

() Ausente

() Generalizada

() localizada, área: _____

Outros: _____

1.10. Tontura:

() Sim

() Não

Outros: _____

Sistema Circulatório

1.11 Ausculta:

() Bullhas Cardíacas NormoFonéticas

() Bulhas Cardíacas Hiperfonéticas

() Bulhas Cardíacas Hipofonéticas

() Ritmo Cardíaco Regular em 2 tempos

() Ritmo Cardíaco Irregular, especificar: _____

Outros: _____

1.12 Pulso:

() Cheio

() Fino

() Fraco

() Forte

() Ausente, local: _____

() Pulso paradoxal

Outros: _____

1.13. Perfusão Periférica:

() Preservada

() Diminuída - > 2 seg.

() Precária - > 6 seg

Outros: _____

1.14. Ingurgitamento jugular:

() não

() sim

Outros: _____

Outros:

2. Eliminação

Intestinal

2.1. Relaxamento do esfíncter anal:

() não

() sim, aspecto das fezes: _____

Outros: _____

Renal

2.2. Relaxamento do esfíncter uretral:

() não

() sim, aspecto da urina: _____

Outros: _____

2.3 Sudorese:

() não

() sim, especificar: moderada ou intensa

Outros: _____

Outros:

3. **Proteção**

Pele

3.1 Cor:

- ictérica
 pálida
 ruborizada
 normal

Outros: _____

7 Umidade:

- normal
 seca
 úmida
 úmida e pegajosa

Outros: _____

8 Integridade:

- preservada
 lesada

Outros: _____

3.3.1 Lesão

Tipo: _____

Local: _____

Outros: _____

4. **Sentidos**

Dor

4.1 () Escala Gráfica de Palavras:

Sem dor Leve Moderada Intensa **Pior dor possível**

4.2 () Escala Facial de Dor:



Sem dor

Pior dor possível

4.3 Comportamento expressivo:

- não
 gemidos
 choro

Outros: _____

4.4 Comportamento protetor:

- sim
 não

Outros: _____

4.5 Tensão muscular:

() não

() sim, especificar: _____

Outros: _____

Outros: _____

5. **Fluidos e Eletrólitos**

5.1 Hemorragia:

() não

() sim

Outros: _____

5.1.1 () interna local: _____

() externa local: _____

Outros: _____

5.2. Vômito:

() não

() sim, especificar (aspecto e quantidade): _____

Outros: _____

5.3. Queixa constante de sede intensa:

() não

() sim

Outros: _____

6. **Função Neurológica**

6.1. Estado de consciência:

() normal

() sonolento

() torporoso

() comatoso

() agitado

Outros: _____

6.2 () Escala de Coma de Glasgow

6.3 Óbito no transporte:

() não

() sim

Outros: _____

Outros: _____

7. **Função Endócrina**

7.1. () Glicemia Capilar: _____

Outros: _____

Outros:

1.Dados demográficos:Sexo: Feminino Masculino Idade: 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos Mais de 51 anos

Nível de educação em Enfermagem:

Graduação Especialista Mestre Doutor

Anos de experiência como enfermeira:

1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Anos de experiência na área da urgência:

1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Anos de experiência na área de atendimento pré-hospitalar:

1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Posição na enfermagem:

Enfermeira assistencial Docente de enfermagem

APÊNDICE D

CARTA DE ESCLARECIMENTO

Quarta Fase – Validação do Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU.

João Pessoa, novembro de 2006.

Prezada Colega,

Eu, Ana Paula de Oliveira Coutinho, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, venho desenvolvendo com a sua contribuição uma pesquisa na referida Instituição, intitulada: **Construção e Validação de um Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Avançado**, com o objetivo de construir e validar um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Avançado.

Como ficou esclarecido na primeira fase desta pesquisa em que contamos com a sua contribuição, segue a nossa quarta fase onde foi construído o instrumento para sistematização da assistência de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Este instrumento se compõe de **seis** partes: **a)** identificação da ocorrência; **b)** *avaliação de comportamentos e estímulos* que correspondem à *coleta de dados*; **c)** *diagnósticos de enfermagem*, onde foi traçado a partir da nossa coleta de dados o perfil diagnóstico desses usuários; **d)** *intervenção*, que é a *prescrição de enfermagem*, levantada a partir do perfil diagnóstico; **e)** *anotações de enfermagem*, espaço reservado para enfermeiro evoluir o paciente e acrescentar dados que foram coletados, mas que por ventura não tenham sido contemplados dentro do instrumento, dados estes considerados essenciais para uma boa continuidade e registro adequado da assistência prestada a estes usuários; **f)** dados de referência para preenchimento do instrumento.

Nesta quarta fase da pesquisa, através de sua colaboração, validaremos este instrumento identificando o índice de concordância de cada parte que compõe o mesmo. Este índice de concordância será observado através de uma análise estatística do preenchimento dos instrumentos entregues para validação. Neste momento será também avaliada a forma de apresentação deste instrumento.

No que se refere ao preenchimento do instrumento cada parte do instrumento será acompanhada de duas opções:

- 9 **Concorda** – para os casos onde não exista a necessidade de realizar qualquer alteração;
- 10 **Não concorda** – para os casos onde haja necessidade de realizar alguma alteração, seja ausentando ou acrescentando um item.

À opção **não concorda** fica reservado um espaço a fim de que se justifique a alteração, deixando registrado qual item deve ser ausentado ou acrescentado.

Levantamos uma ressalva nos itens **b)** coleta de dados, **c)** diagnóstico de enfermagem e **d)** intervenção de enfermagem, onde no momento da avaliação (concorda ou não concorda) sejam estes avaliados já levando em consideração os dados de referência relacionados aos mesmos.

Exemplo 1: Quando você for avaliar OXIGENÇÃO, você deve observar cada item da oxigenação (vias aéreas superiores, respiração, ausculta, percussão,...) e assim também observar os dados de referência para cada item (vias superiores: 0 = pérvias; 1 = obstruídas; ...). Ao marcar no instrumento **concordo** para OXIGENÇÃO, você está afirmando que não há nenhuma alteração a ser feita quanto a estes itens, envolvendo esta mesma afirmação para

os dados de referência relacionados à OXIGENAÇÃO. Ou quando afirmar **não concordo** você deve justificar em que ponto deve haver alteração, podendo está presente nos itens ou nos dados de referência.

Exemplo 2: Ao avaliar a parte de diagnóstico de enfermagem, você também deverá observar os diagnósticos listados nos dados de referência. Ao marcar **concordo** você está demonstrando a aceitabilidade de todos os diagnósticos traçados como perfil destes usuários. Contudo se a sua resposta for **não concordo**, a mesma deverá ser justificada deixando registrada qual alteração entre os diagnósticos você vê como necessária de ser realizada.

Solicito desde já que qualquer não compreensão, para o preenchimento deste instrumento, seja esclarecida junto à pesquisadora a fim de se evitar qualquer má interpretação dos resultados.

Atenciosamente,

Ana Paula de Oliveira Coutinho
Pesquisadora

APÊNDICE E**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____ concordo em preencher o questionário da pesquisa **“Construção e Validação de um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Avançado”**, nos termos da carta informativa que me foi apresentada.

João Pessoa, _____ de _____ de 2006.

Assinatura: _____

Endereço da pesquisadora:
Rua Cláudio Santana, 200, Aptº 101
Água Fria – João Pessoa – Pb
CEP: 58 000- 000
Celular: 8847-8722
E-mail: apaulinh@yahoo.com.br

APÊNDICE F**VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SAMU**

1. Forma de apresentação do instrumento: Concorda () Não concorda ()
Justifique.

2. Identificação da ocorrência: Concorda () Não concorda () Justifique.

3. Coleta de dados

3.1 Oxigenação: Concorda () Não concorda () Justifique.

3.2 Eliminação: Concorda () Não concorda () Justifique.

3.3 Proteção: Concorda () Não concorda () Justifique.

3.4 Sentidos: Concorda () Não concorda () Justifique.

3.5 Fluidos e eletrólitos: Concorda () Não concorda () Justifique.

3.6 Função neurológica: Concorda () Não concorda () Justifique.

3.7 Função endócrina: Concorda () Não concorda () Justifique.

4. Diagnósticos de enfermagem: Concorda () Não concorda () Justifique.

5. Intervenções de enfermagem: Concorda () Não concorda () Justifique.

6. Anotações de enfermagem: Concorda () Não concorda () Justifique.

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico, que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, aprovou por unanimidade na 68ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14/03/06 o parecer da Relatora Profª Maria Jurandy de Freitas Lola autorizando a pesquisadora Ana Paula de Oliveira Coutinho a executar o projeto de pesquisa, intitulado “Proposta de construção e validação de um instrumento para sistematização da assistência de Enfermagem no atendimento Pré-hospitalar móvel avançado” – protocolo 318/06.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

João Pessoa, 14 de Março de 2006.


Profª. Eliane Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

