



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Bruna Pegorer Santos

**Construção de instrumento de sistematização da
assistência de enfermagem em sala de observação de
pronto-socorro**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Mestrado Profissional.

Orientadora: Prof^a Dra. Marla Andréia Garcia de Avila
Co-Orientadora: Prof^a Dra Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

**Botucatu
2019**

Bruna Pegorer Santos

Construção de instrumento de sistematização da
assistência de enfermagem em sala de observação de
pronto-socorro

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem –
Mestrado Profissional.

Orientadora: Prof^a Dra. Marla Andréia Garcia de Avila

Co-Orientadora: Prof^a Dra Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Santos, Bruna Pegorer.

Construção de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em sala de observação de pronto-socorro / Bruna Pegorer Santos. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marla Andréia Garcia Avila

Coorientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Capes: 40400000

1. Enfermagem. 2. Processo de enfermagem. 3. Segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Processo de enfermagem; Segurança do Paciente.

Construção de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em sala de observação de pronto-socorro

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Dra. Marla Andréia Garcia Avila

Co-Orientadora: Profª Dra Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Comissão Examinadora:

Profª Dra. Marla Andréia Garcia de Avila

Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Profª. Drª. Meire Cristina Novelli e Castro

Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP

Profª. Drª. Rita de Cassia Altino

Universidade do Sagrado Coração- USC

Botucatu, 31 de Julho de 2019

*Com carinho, às minhas sobrinhas Manuela e Catarina,
por todo o amor e alegria.
Por me fazerem desejar um mundo melhor.*

*“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível”.*

São Francisco de Assís

Agradecimientos

*A Deus por me conceder a bênção da vida, a Nossa Senhora Aparecida e
Divino Espírito Santo pela intercessão e proteção em todos os momentos da
minha caminhada, pelos dons da sabedoria, mansidão e perseverança.*

*À minha orientadora Marla A. G. de Avila por me permitir, me ensinar,
incentivar com tanta generosidade e me mostrar que é possível.
A você sempre meu respeito, carinho e admiração.*

*À minha coorientadora Marli T. C. Duarte pelo incentivo sem limites, pela
escuta atenta, pela disponibilidade e paciência e por me fazer desejar,
Muito obrigada.*

*Às professoras Dra Meire Novelli e Dra Rita Altino pelas valiosas
contribuições que enriqueceram tanto este trabalho.*

*Ao Dr Claudío Miranda pela disposição e
por todo auxílio na busca pelos dados do nosso PSR.*

*À Enfª Ms Darlene Bravim e ao Enf Ricardo Maranzatto pela confiança e
ajuda ao longo desses dois anos.*

*À equipe maravilhosa do Pronto-Socorro Referenciado, por segurar a barra
nos plantões intermináveis. Vocês são sensacionais!*

*Em especial aos enfermeiros do noturno, por todo apoio, carinho e
compreensão, por me ouvirem divagar por horas, demonstrando tanto
interesse.*

*Aos dedicados enfermeiros que atuam na sala de observação e que,
voluntariamente, deram contribuições tão importantes na construção do
instrumento, produto desse Mestrado.*

*À equipe da Pós Graduação em Enfermagem, do Departamento de
Enfermagem da FMB e da Biblioteca por sempre estarem dispostos a ajudar
e compreender as nossas aflições.*

*Às amigas Ana Paula, Natália, Priscila e Joice por compreenderem todos os
dias de estresse, ansiedade, me confortando,
e muitas vezes me fazendo rir para relaxar.*

*À Mariana Días, por ser o ponto de onde essa aventura partiu, por acreditar
muito mais que eu! Por ter a facilidade de me manter com os pés no chão
enquanto a cabeça está tão longe.
Obrigada por toda experiência e parceria!*

*Às companheiras de horas no computador, Label e Babi, as cachorras mais
compreensivas, por todo carinho e alegria.
Agradeço por estarem sempre por perto, independente do horário.*

*Agradeço a minha Mãe, Edna, por ser educadora e instigar em mim a
vontade de querer sempre mais, ao meu Pai, Marco,
por ser exemplo de perseverança e retidão.
Por me ensinarem a cultivar e valorizar amizades e ser essencialmente feliz!*

*Ao meu Irmão Murillo, um grande fã, que me motiva a ser melhor em tudo o
que eu faço e a minha cunhada Gabriela, por ser o alívio cômico nos dias
mais tensos e por me “emprestar” Manu e Cat sempre que possível.*

*À toda minha família que cada um com seu jeitinho, muito amor e alegria
me ensinaram a ter caráter e responsabilidade, rir e sonhar, trabalhar e
estudar, “e como estudar!”*

*São tantos os que me ajudaram a chegar até aqui, esta tudo transcrito com
carinho em cada página que escrevi.
Muito obrigada a cada um!*

*“Eu cansei de aceitar limites,
só porque alguém diz que eles existem.
Algumas coisas eu não posso mudar,
mas até que eu tente, nunca vou saber!”*

*Stephen Schwartz
para “Defying Gravity - Wicked”*

“O que realizamos por dentro mudará a nossa realidade externa”

Plutarco

APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Graduada em enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista no ano de 2010, seguido de licenciatura como especialização, há 6 anos trabalho no Pronto Socorro Referenciado (PSR) do Hospital das Clínicas, vinculado à Faculdade de Medicina de Botucatu. Ao longo da formação acadêmica e experiência profissional, a comunicação no ambiente de trabalho, a segurança do paciente e a qualidade da assistência foram aspectos motivacionais e de constante interesse para mim. Após vivenciar a transição e reorganização da estrutura de atendimento do PSR, que com reforma predial adquiriu um espaço denominado “sala de observação”, para absorver e melhor alocar os pacientes de menor complexidade, que outrora permaneciam em macas nos corredores do setor, percebi que, mesmo com estrutura física mais adequada e organizada, aparentemente, as falhas na comunicação e algumas dificuldades para assistência de enfermagem individualizada permaneciam.

Diante disso, com intuito de aprimorar a assistência de enfermagem e a segurança do paciente, busquei por instrumentos de sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que pudessem atender às necessidades tão peculiares deste setor, mas nenhum modelo adequado foi encontrado na literatura. Assim, surgiu a motivação de desenvolver um instrumento de SAE de fácil e rápido preenchimento, tendo em vista a alta demanda e rotatividade dos pacientes nesse ambiente e considerando o elevado número de processos já executados pelas enfermeiras que lá atuam. Essa peculiaridade de pesquisar e desenvolver ferramentas relacionadas à SAE se enquadrou perfeitamente na proposta do programa de mestrado profissional, em especial o edital 27/2016 do qual participo. Este edital é uma parceria da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES /COFEN Conselho Federal de Enfermagem, como parte do projeto Tecnologias de apoio à sistematização da assistência de enfermagem: contribuições de cursos de mestrado profissional da região centro-sul paulista”.

SANTOS B P. Construção de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em sala de observação de pronto-socorro. 80f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Resumo

Introdução: A obrigatoriedade da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em unidades atendimento de saúde que prestam assistência de enfermagem está estabelecida pela Resolução nº358 do COFEN. Sistematização da assistência de enfermagem é a representação metodológica do processo de trabalho de enfermagem, organizando o raciocínio clínico para conhecer e diagnosticar as necessidades, elencar prioridades e proporcionar intervenções adequadas no momento adequado.

Objetivo: Elaborar um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem, pautado na teoria das Necessidades Humanas Básicas e utilizando Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem, específico para pacientes assistidos em sala de observação do pronto socorro, com viabilidade de aplicação. **Método:** estudo descritivo, metodológico em 4 etapas: 1. Análise do perfil dos usuários atendidos na sala de observação do PSR; 2. Elaboração de um instrumento preliminar; 3. Construção participativa do instrumento de SAE; 4. Formatação final do instrumento de SAE. O levantamento de dados se deu por consultas aos prontuários eletrônicos dos pacientes admitidos na sala de observação nos meses de março, abril, agosto e setembro de 2018, o período foi escolhido considerando mudanças climáticas que poderiam inferir em sazonalidade. **Resultados:** Com a análise dos atendimentos realizados (3196 pacientes) foi possível tipificar as demandas de assistência, dividindo as especialidades clínicas (51,0%) destacando clínica médica geral e psiquiatria; cirúrgicas (46,5%) cirurgia geral e ortopedia; identificou-se que a menor parte resultou em internação (22,1%); dentre as faixas etárias estabelecidas a de maior recorrência se deu entre 19-59 anos de idade (55,6%), e prevalência do sexo masculino (51,3%), diante disso, elaborou-se um instrumento ajustado às necessidades da população atendida. Obteve-se contribuição do grupo focal para a praticidade e aplicabilidade do instrumento, com relação aos aspectos éticos esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e aprovada através do parecer nº 2.725.145. **Conclusão:** Foi construído um instrumento de SAE com rigor científico e com colaboração dos enfermeiros que poderão utiliza-lo, e ainda, foi possível aprofundar a temática de processo de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem e fatores organizacionais para dar autonomia e reconhecimento ao enfermeiro.

Descritores: Segurança do Paciente; Enfermagem; Processo de Enfermagem.

SANTOS B P. Construction of an instrument for the systematization of nursing care in an emergency room. 80f. Dissertation (Master degree) – Botucatu, Medical School, State University of São Paulo, Botucatu, 2019.

Abstract

Introduction: The mandatory implementation of nursing care in health care units that attend nursing care is planned for COFEN. Nursing care counseling is a methodological examination of the nursing process, organization of clinical reasoning to know and diagnose how needs, list and maintain the function of light at the appropriate time. **Objective:** To elaborate a Nursing Care Systematization instrument, based on the theory of Basic Human Needs and using the Minimum Nursing Data Set, specific for patients assisted in the emergency room observation room, with feasibility of application. **Method:** descriptive, methodological study in 4 steps: 1. Analysis of the profile of the users served in the PSR observation room; 2. Elaboration of a preliminary instrument; 3. Participatory construction of the SAE instrument; 4. Final format of SAE instrument. Data collection was performed by means of records in patients' charts in the observation room during the months of April, April and September of 2018; inferred in seasonality. **Results:** With the analysis of the requests made (3196 patients) it was possible to classify as the assistance needs, dividing the medical specialties (51.0%) with the general medical attention and psychiatry; surgical (46.5%) general surgery and orthopedics; it was identified that the smallest part resulted in hospitalization (22.1%); Among the age groups, the greatest recurrence was between 19-59 years of age (55.6%), and the male sex (51.3%) was preceded by an instrument for the needs of the population served. Evaluation of the focus group for the practicality and applicability of the instrument, in relation to the disease control techniques. this research was submitted to the Research Ethics Committee of the Botucatu Medical School and approved through opinion nº. 2.725.145. **Conclusion:** An SAE instrument was built with scientific rigor and with the collaboration of nurses who used nursing practice, nursing practice, nursing practice and organizational factors to give autonomy and recognition to nurses.

Key-words: Patient Safety; Nursing; Nursing Process.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AFE	Análise Focal Estratégica
AVC	<i>Unidade de Acidente Vascular Cerebral</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDME	<i>Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIMED	Centro de Informática Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CROSS	Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde Bauru
DVP-	Derivação ventricular peritoneal
HC-FMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
H	Horas
Min	Minutos
NANDA-I	NANDA Internacional, Inc
NHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de enfermagem
PS	Pronto-Socorro
PSR	Pronto Socorro Referenciado
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RG	Registro
RH	Recursos humanos
SAE-	Sistematização da assistência de enfermagem
SO	Sala de observação
SP	São Paulo
S.W.O.T.	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats.</i>
Sem	Semana
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Lista de quadros e figuras

Quadro 1	Síntese do processo de desenvolvimento das duas sessões de grupo focal. Botucatu, 2019.....	32
Quadro 2	Quadro 2. Apresentação das especialidades e CID-10 de maior frequência durante os meses de março, abril, agosto e setembro do ano de 2018, Botucatu, 2019.....	39
Quadro 3	Elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem necessários, segundo sua categoria. Botucatu, 2019.....	41
Quadro 4	Diagnósticos de Enfermagem prováveis pacientes atendidos em sala de observação de pronto socorro, características definidoras e fatores relacionados. Botucatu, 2019.....	41
Quadro 5	Resultado do grupo focal, com aspecto da técnica S.W.O.T. Botucatu, 2019.....	54
Figura 1	Instrumento preliminar.....	52
Figura 2	Instrumento de SAE para Sala de Observação do PSR finalizado.....	56

Lista de tabelas

- Tabela 1- Características demográficas, de atendimento e alta dos pacientes em sala de observação do pronto socorro referenciado, segundo mês de admissão no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019**36**
- Tabela 2- Sexo e destino de pacientes em sala de observação do pronto socorro referenciado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, segundo faixa etária. Botucatu, 2019.....**37**
- Tabela 3- Tipo de especialidade que atendeu o paciente, segundo destino de pacientes em sala de observação do pronto socorro referenciado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019.....**37**
- Tabela 4- Distribuição dos pacientes atendidos conforme escala de risco e tempo de permanência na sala de observação do pronto socorro referenciado, segundo mês de admissão no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019.....**38**

Sumário

1. Introdução.....	17
2. Objetivo.....	24
3. Método	26
▪ 3.1 Desenho e campo do estudo.....	26
▪ 3.2 Etapas metodológicas	27
Primeira Etapa: Análise do perfil dos usuários atendidos na SO.....	27
Segunda Etapa: Elaboração do instrumento preliminar	29
Terceira Etapa: Construção participativa do instrumento de SAE	29
Quarta Etapa: Formatação final do instrumento de SAE	333
▪ 3.3. Aspectos éticos.....	34
▪ 3.4. Produto	34
4. Resultados	36
▪ 4.1 Perfil dos usuários atendidos na SO do PSR	36
▪ 4.2 Instrumento Preliminar.....	40
▪ 4.3 Construção participativa do instrumento de SAE	533
▪ 4.4 Instrumento de SAE para SO de PS.....	555
5. Discussão	588
6. Considerações finais	655
7. Cronograma de execução	677
Referências.....	669
Apêndices	726
▪ Apêndice I Coleta de dados março, abril, agosto e setembro de 2018.....	766
▪ Apêndice II. Temário.....	777
▪ Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Resolução 466/2012.....	799
Anexos	81
▪ Anexo 1 Exemplo de utilização do instrumento “Escala – segurança do paciente”	81
▪ Anexo 2 Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	82

1. Introdução

Esta pesquisa aborda a sistematização da assistência de enfermagem em unidade de pronto socorro, com enfoque no cuidado e segurança do paciente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, é atividade privativa do enfermeiro e sua implementação é imprescindível para diferenciação e valorização dos profissionais de enfermagem, proporcionando assistência individualizada e de excelência.^(1,2) A obrigatoriedade da implantação da sistematização em todas as unidades de atendimento de saúde que forneçam assistência de enfermagem está estabelecida na Resolução nº 358 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem)⁽³⁾.

A teórica brasileira Wanda Horta, desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) partindo dos pressupostos de Maslow e Mohana, apoiou-se em fenômenos universais (leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo) para desenhar a teoria que em síntese reestabelece ou previne desequilíbrios nos fenômenos vitais no âmbito pessoal, familiar e coletivo, considerando os níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais que se manifestam por sinais e sintomas, universais, mas revelam-se de maneira única em cada indivíduo de acordo com suas características pessoais ⁽⁴⁾.

O Processo de Enfermagem (PE), descrito por Horta, se caracteriza como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, é constituído por 6 etapas cíclicas e dinâmicas: histórico; diagnóstico; plano assistencial; planos de cuidados ou prescrição; evolução; e prognóstico⁽⁴⁾.

A SAE organiza o trabalho quanto ao método, sujeito e instrumento, operacionalizando as etapas do PE, é a representação metodológica do processo de trabalho. SAE é, ainda, uma ferramenta de gestão do cuidado, uma vez que pode contribuir para deliberação gerencial e política através da análise da eficiência e eficácia das ações realizadas, ou seja, muito além do cuidado direto ^(3, 5, 6).

É através da SAE que se pode organizar e desenvolver o trabalho da

equipe, detectando as prioridades de cada paciente, as necessidades e, assim, proporcionar adequada decisão para as possíveis intervenções acompanhando os resultados. É a ferramenta gerada com embasamento científico consistente, que acresce confiabilidade às atividades exercidas e visibilidade às ações de enfermagem ^(7, 8).

Desta forma, a SAE promove a humanização do cuidado, uma vez que aproxima indivíduo e equipe multidisciplinar de saúde, em especial a equipe de enfermagem. Abandonando o atendimento mecanizado, repetitivo, impessoal, empírico ou com intervenções ao acaso, com a incorporação da SAE passa a proporcionar a prática segura de atenção às necessidades dos indivíduos assistidos ^(2,8,9).

O termo “Segurança do Paciente” foi caracterizado, pelo Ministério da Saúde, como: redução do risco desnecessário de dano associado ao cuidado ao mínimo aceitável. A partir da RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu-se normas para promoção da segurança em saúde, como a criação de comissões de segurança, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)⁽¹⁰⁾ com responsabilidade de criar e executar planos de segurança na assistência, com princípios de melhorar continuamente os processos, disseminar a cultura de segurança, integrar ações de gestão de risco e garantir boas práticas de funcionamento dos serviços. Dentre as dezessete frentes de trabalho determinadas pela RDC nº36, destacamos:

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de “úlceras por pressão”, atualizando o termo, lesão por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre

serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII - promoção do ambiente seguro ⁽¹¹⁾.

No Brasil já foram regulamentadas diretrizes para promover a segurança em ambiente hospitalar ou externo, incluindo serviços de urgência e emergência, e estão reunidas nos Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente, normatizando o tipo de serviço e a estrutura necessária, e enfatizam os seis aspectos de segurança adotados: identificação do paciente; higienização das mãos; cirurgia segura; prevenção de quedas e lesão por pressão; prescrição, preparo e administração de medicamentos ^(12, 13,14).

Foi apontada a ligação entre assistência de enfermagem e segurança do paciente, e foram consideradas ações positivas as implementações de protocolos de assistência e ressaltam a importância de instrumento e ferramentas que qualifiquem a assistência e dessa forma promovam ambiente e cuidado seguros ^(9,15).

O olhar atento, cordialidade, aplicação correta de recursos, comunicação clara e efetiva são ações simples, que executadas em conjunto personalizam o atendimento, humanizando a assistência prestada. Desta forma, elaborar um plano de ação que minimize a espera e o desconforto, bem como, melhorar o acolhimento, minimizando a carência de estrutura e insumos, ações que promovam intervenções seguras com relevância para o indivíduo e sua família, abrangendo equipe e instituição, promove o cuidado humanizado e seguro. Neste sentido, a SAE é ideal para auxiliar o enfermeiro a organizar seu processo de trabalho ⁽¹⁶⁾.

Entretanto, estudos recentes ainda demonstram que a falta de tempo, déficit de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, instrumento inadequado, falta de treinamento e altas demandas de pacientes destacam-se entre os fatores que impedem a implantação do Processo de Enfermagem (PE) e da SAE ^(2,7,8).

Ainda que, em diversos setores, o PE tenha atingido padrões elevados de utilização e satisfação, principalmente em unidades de internação clínicas, na principal via de entrada dos pacientes no serviço hospitalar brasileiro, a SAE ainda é deficitária. ^(2,8,17,18) Estudos que abordam os temas humanização,

segurança e, principalmente, SAE em unidades de urgência e emergência são poucos e, apesar da exigência legal, no trabalho do enfermeiro de pronto-socorro (PS), o PE e instrumentos de sistematização ainda não estão inseridos^(2,8).

Um instrumento com o qual se identifica as necessidades e os problemas, para nortear o desenvolvimento de intervenções específicas, que registra as ações e firma a autonomia profissional, com reconhecimento legal, não tem sido utilizado. A SAE é substituída por evoluções estereotipadas, decisões inseguras, genéricas, imediatistas, equivocadas e sem embasamento científico, além de não gerar documentação eficiente^(2,7,10). Assim, a equipe de enfermagem perde o referencial e passa a adotar o padrão biomédico, focado na doença, apenas seguindo a prescrição médica, realizando, portanto, um trabalho condicionado, mecânico e desorganizado^(2,8,18,19).

Por mais que alguns profissionais compreendam e valorizem os conceitos de SAE e PE, para tantos outros os conceitos são confusos, impraticáveis e demandam muito tempo. A subjetividade e o empirismo são predominantes na prática da profissão, com impacto direto na qualidade do serviço oferecido^(8,19,20,21,22).

Ainda, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado seguro está diretamente ligado a questões de planejamento, qualificação dos recursos humanos, estratégias e protocolos. Considerando a soberana política da punição, que só induz o medo nos profissionais em expor seus erros, constata-se a difícil tarefa de identificar e corrigir as falhas para que não se repitam. Entretanto, a ascensão da investigação em segurança, nos últimos tempos, favorece a criação de protocolos de assistência, como a utilização dos diagnósticos padronizados de enfermagem na redução de riscos^(5,15,22).

Pesquisadores têm apontado que a padronização da linguagem além de favorecer a comunicação entre os profissionais proporciona clareza e qualidade de informações, por isso o uso de classificações de enfermagem deve ser adotado na prática do PE^(23,24,25).

A literatura revela que o agrupamento de um conjunto de dados claros, padronizados, confiáveis e validados é essencial para assegurar a qualidade e a segurança do cuidado^(23,25).

Na década de 1980, Werley e Lang iniciaram as práticas para padronizar um conjunto essencial de dados em enfermagem, desenvolvendo o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (CDME), para nortear o gerenciamento da prática de enfermagem em diversas situações, a partir da inserção de elementos de enfermagem categorizados, contendo informações, categorias e itens essenciais, definições uniformes, relacionados especificamente para atender às necessidades dos múltiplos usuários, com relação à dimensão da prática da enfermagem^(24,25).

Considerando que identificar as necessidades do indivíduo e desenvolver o processo de enfermagem, depende diretamente de um levantamento primário de informações, que coletadas, analisadas e interpretadas determinam o “Conhecimento de Enfermagem”⁽²⁴⁾.

Por isso, a dificuldade em determinar quais são os dados realmente essenciais para elaboração e execução do processo de enfermagem motivaram a elaboração de inúmeros instrumentos, na maioria das vezes, muito abrangentes e de difícil replicação. Entretanto, é essencial elencar e padronizar o mínimo de informações necessárias para o atendimento ^(24,25).

Por definição, CDME se dividem em três categorias: itens demográficos (identificação do paciente; data de nascimento; sexo; raça e etnia; informações de residência); itens do cuidado de enfermagem (diagnóstico, intervenção, resultados e intensidade de cuidado); e itens relacionados ao serviço (relação profissional/ambiente/instituição de saúde)⁽²⁴⁾.

Neste sentido e observando a importância da SAE na qualidade do cuidado prestado e, portanto, na humanização e segurança do paciente, e ainda a escassez de estudos nacionais nesta área, com foco em unidade de pronto socorro, procura-se compreender quem são os pacientes atendidos na SO e quais seriam suas necessidades básicas relacionadas ao cuidado em enfermagem.

Assim, o que se pretendeu neste estudo foi desenvolver um conjunto de dados pautados nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) desenhadas pela teórica brasileira Wanda Horta⁽⁴⁾, amplamente conhecida e utilizada nacionalmente. Em síntese, a atuação da enfermagem é estabelecer pela assistência, atendendo às necessidades básicas, procurando sempre reconduzir o homem à situação de no âmbito pessoal, familiar e coletivo,

considerando os níveis biopsicossociais e psíquicos que se manifestam por sinais e sintomas universais, mas que se revelam de maneira única em cada indivíduo, de acordo com suas características pessoais^(4,23).

Recomenda-se seguir uma linguagem padronizada para desenvolver um instrumento de SAE objetivo, prático e eficiente para uso em sala de observação de uma unidade de pronto socorro.

Objetivo

2. Objetivo

Elaborar um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem, pautado na teoria das Necessidades Humanas Básicas e utilizando Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem, específico para pacientes assistidos em sala de observação do pronto socorro, com viabilidade de aplicação.

3. Método

3.1 Desenho e campo do estudo

Trata-se de estudo metodológico, que visou à construção de um instrumento para desenvolvimento do PE em sala de observação de unidade de PS.

Os estudos metodológicos têm por objetivo a investigação de métodos de coleta e organização dos dados, beneficiando o desenvolvimento das investigações com o rigor necessário ^(4, 24, 26).

O campo de estudo foi o Pronto-Socorro Referenciado (PSR) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB), autarquia da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Trata-se de um hospital universitário, referência na assistência de média e alta complexidade para a região do Departamento Regional de Saúde Bauru - DRS VI, em especial para os Pólos Cuesta e Vale do Jurumirim. Atende 68 municípios, abrangendo aproximadamente dois milhões de pessoas ⁽²⁷⁾.

O PSR, de grande representatividade na Região Centro-oeste paulista, é composto por sala de observação (SO), sala de medicação, salas de emergência clínica e cirúrgica, sala emergência pediátrica, sete leitos de retaguarda para internação infantil, 24 leitos de retaguarda para internação adulto e Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), com 10 leitos ⁽²⁷⁾.

Na SO ficam os pacientes que aguardam elucidação diagnóstica, leito de internação hospitalar e casos de resolução rápida, que não têm necessidade de internação hospitalar, como analgesia, observação pós-trauma leve, preparo para exames diferenciais de imagem e laboratoriais.

A admissão dos pacientes se dá por meio de demanda espontânea, encaminhamento para atendimento de urgência proveniente de outras unidades do complexo HC (ambulatórios, serviço de radioterapia, serviço de quimioterapia, por exemplo), serviço de Atendimento Pré-hospitalar e Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde (CROSS-SP).

A equipe de enfermagem é responsável pelo atendimento direto aos pacientes e seus familiares, mediam informações entre os membros da equipe multiprofissional, paciente e família, realiza o encaminhamento para setores de exames de imagem e internação.

Para exemplificar a demanda de atendimento, no terceiro trimestre de 2018,

foram realizados 16.701 atendimentos no PSR, desses atendimentos, 2515 foram encaminhados para a SO, entre outros fatores, para aguardar leitos de internação, finalização de diagnósticos, resultados de exames e período de observação⁽²⁷⁾. Desta forma, é comum a superlotação e o tempo prolongado de permanência dos pacientes nesta unidade.

3.2 Etapas metodológicas

Este estudo foi desenvolvido em quatro etapas:

- Primeira Etapa: Análise do perfil dos usuários atendidos na SO do PSR;
- Segunda Etapa: Elaboração de um instrumento preliminar;
- Terceira Etapa: Construção participativa do instrumento de SAE;
- Quarta Etapa: Formatação final do instrumento de SAE

Primeira Etapa: Análise do perfil dos usuários atendidos na SO do PSR

Na primeira etapa objetivou-se analisar o perfil dos usuários e para tanto foi realizado levantamento dos pacientes assistidos na sala de observação do PSR nos meses de março, abril, agosto e setembro de 2018. Estes períodos foram selecionados por abrangerem as mudanças de estações climáticas e no intuito de obter maior variação das demandas populacionais. Foram incluídos todos os pacientes admitidos na SO no período e excluídas as duplicidades, em função de atendimento de duas ou mais especialidades simultaneamente. Assim, a amostra intencional foi constituída por 2979 pacientes, totalizando 3196 atendimentos.

As variáveis estudadas foram:

- Data e hora de admissão e de saída do paciente na SO;
- Tempo de permanência (em horas);
- Idade (em anos);
- Sexo (Feminino ou Masculino);
- Escore da Escala de Segurança do Paciente ou “Escala de Risco”. Esta escala é um instrumento de avaliação desenvolvido pela gerência de enfermagem do HCFMB, incorporado ao sistema informatizado do prontuário eletrônico, em aba própria. A escala é composta por 10 itens com múltiplas

opções de justificativas específicas para cada um deles, a saber: “risco de perda de sonda nasoenteral/nasogástrica”, “risco de extubação acidental” (não utilizado na SO), “risco de lesão por pressão”, “risco de flebite”, “risco de queda”, “risco de extravasamento”, “risco de perda de cateter venoso periférico”, “risco de erro na medição”, “sala de observação” (entrada ou saída) e “sala de emergência” (não utilizado na SO). No que se refere à SO, quando finalizada a escala gera uma pontuação que varia de 2 a 8 pontos, uma vez que dois dos itens serão sempre assinalados (sala de observação e risco de erro na medicação) e, por outro lado, dois não se enquadram no tipo de atendimento prestado (risco de extubação e sala de emergência)(Anexo1).

Esta escala além de fornecer o escore de risco, também é utilizada para gerar a listagem dos pacientes admitidos na SO, utilizada para passagem de plantão entre os turnos. Para tanto, ela é realizada na admissão em sala, momento em que todos os itens são avaliados, permitindo inclusive o registro do horário da entrada do paciente. Na saída do paciente da SO, nove itens são registrados como não se aplica e apenas o item SO é assinalado como saída, registrando o horário desta ocorrência.

- Tipo de clínica atendeu o paciente (clínica, cirúrgica e mista);
- Tipo de especialidade clínica: cardiologia, clínica médica geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia clínica, geriatria, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, terapia antálgica;
- Tipo de especialidade cirúrgica: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, gastrocirurgia, neurocirurgia, ortopedia, urologia, ginecologia e obstetrícia;
- Especialidades Mistas: oftalmologia, otorrinolaringologia;
- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) versão 10) ⁽²⁹⁾;
- Destino do paciente (internação ou alta).

Os pacientes foram identificados a partir de uma lista de registros (número do RG hospitalar) cedida pelo Centro de Informática Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (CIMED) e os dados foram obtidos dos prontuários eletrônicos dos pacientes, por meio de um instrumento criado

especialmente para este estudo (Apêndice I) e analisados por meio da estatística descritiva.

Segunda Etapa: Elaboração do instrumento preliminar

A construção do Instrumento preliminar foi realizada pela pesquisadora, pautado nos resultados da primeira etapa deste estudo, nas Teorias das Necessidades Humanas Básicas⁽⁴⁾ e Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem⁽²⁴⁾, normas de segurança do paciente^(10,11,14), políticas humanização^(16,22) e literatura correlata^(2,8,13) e considerando-se as características da SO do PSR do HCFMB. Para construção e formatação do instrumento preliminar foi utilizado o Microsof Word® versão 2010.

Terceira Etapa: Construção participativa do instrumento de SAE

Esta etapa teve por objetivo apresentar e discutir o instrumento preliminar com os enfermeiros do PSR, permitindo, assim, que estes participassem ativamente deste processo de construção, de modo que o produto final fosse adequado à realidade da prática profissional, a ponto de ser aceito como exequível pelos enfermeiros.

A população alvo desta etapa foi constituída pelo total de enfermeiros lotados no PSR (23 enfermeiros). Constituiu-se em critério de inclusão atuar no PS do HCFMB e foram critérios de exclusão estar em atividade no setor há menos de seis meses e/ou em período de férias ou licença nos dias de coleta de dados. Assim, a amostra de participantes foi composta por 11 enfermeiros, uma vez que oito foram excluídos (4 por não se enquadrarem no quesito tempo e 5 por estarem afastados devido férias ou licença) e três não aceitaram participar do estudo. Os dados, nesta etapa, foram obtidos por meio de grupo focal. Esta é uma técnica metodológica, originalmente aplicada à pesquisa social. Trata-se de uma entrevista em grupo onde a interação entre os participantes é essencial. Considera-se a oportunidade de explorar as opiniões de cada indivíduo acerca de determinado fenômeno e as mudanças de posicionamento decorrentes do debate de maneira a aprofundar as

reflexões, ampliando as dimensões de entendimento, possibilitando novas concepções ^(29,30).

Na área de enfermagem, esse método é utilizado, principalmente para compartilhar experiências, estimulando o debate de maneira mais profunda do que uma entrevista convencional ⁽³¹⁾.

Para obtenção de resultados reais, o planejamento é essencial, pois precisa acatar critérios de composição, ferramentas e operacionalização das reuniões, local e horário, duração, ambientação e temário. ^(29,30) Para este estudo, realizaram-se duas reuniões, com no máximo 11 participantes por reunião, considerando a literatura que descreve como número ideal de participantes entre seis e quinze, à medida que se espera um grande número de ideias, mas com oportunidade de reflexão de cada um. ^(29,31)

A moderação foi realizada pela autora da pesquisa e duas enfermeiras observadoras, não atuantes no local do estudo. As reuniões ocorreram na sala de reuniões cedida pela diretoria do PS, com duração de 62 e 65 minutos, respectivamente. As datas e horários foram acordados durante o convite aos enfermeiros, visando facilitar a participação.

Os temas norteadores utilizados para as reuniões foram questões que se relacionavam à SAE e PE, segurança do paciente e humanização no atendimento (Apêndice II). Empregou-se o referencial teórico de NHB de Wanda Horta e CDME, com o intuito de manter o foco na determinação de itens essenciais para compor o instrumento.

Assim, como o proposto por Backes (2011) para instrumentalizar a coleta e a análise dos dados foi utilizada a Análise Focal Estratégica (AFE), que coloca os participantes ativamente no processo, como autores das conjecturas. A AFE é desencadeada da Análise *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), conhecida por S.W.O.T., em que forças e fraquezas estão relacionadas aos fatores internos, oportunidades e ameaças são consideradas fatores externos. Ou seja, os dois primeiros se relacionam a questões em que os sujeitos possuem governabilidade, o que não ocorre em relação aos fatores externos ⁽³¹⁾.

Seu desenvolvimento está descrito em planejamento, ambientação, recrutamento, sessões grupais e avaliação ^(29,30).

Na etapa de planejamento foi desenvolvido o temário (Apêndice II), pautado no S.W.O.T.⁽³¹⁾, obtido todos os insumos necessários e tomadas medidas para operacionalização das reuniões, atendendo aos critérios de composição, como por exemplo, verificar disponibilidade e fazer o agendamento da sala.

No que se referiu à ambientação, foram pontos favoráveis o fato de a pesquisadora conhecer o campo do estudo e ter apoio da instituição para desenvolvimento do grupo focal. A sala em que ocorreram os encontros é comumente utilizada para reuniões de equipe e possui estrutura adequada. Os assentos foram organizados em semicírculo, foi afixado um painel para anotação das ideias centrais. Os participantes foram recepcionados com um lanche.

O recrutamento dos participantes foi realizado formalmente pela autora, com explicação breve do objetivo da pesquisa, do que seria abordado, duração e possíveis datas. Os que manifestaram interesse tiveram seus nomes anotados e passou-se a elencar as datas e horários preferenciais para os encontros. Todos os participantes solicitaram que as reuniões se dessem no início da manhã, nas dependências do PS, uma vez que facilitaria a participação dos enfermeiros do turno da noite, que estariam deixando o plantão e não atrapalharia a rotina do turno diurno. Assim, optou-se por iniciar as reuniões às 7 horas e 30 minutos, por se tratar de um horário em que comumente se realizam treinamentos e reuniões de equipe.

O Quadro 1 apresenta, em síntese, o processo de desenvolvimentos das duas sessões de grupo focal.

No primeiro encontro, foram apresentados o instrumento preliminar e os referenciais teóricos que o embasaram, elencou-se forças e fraquezas sob governabilidade dos enfermeiros para realização da SAE na SO do PS e utilização do instrumento na rotina de trabalho. No segundo encontro, retomaram-se os pontos chave que emergiram no dia anterior e refletiu-se sobre as oportunidades e desafios relacionados à aplicabilidade (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese do processo de desenvolvimento das duas sessões de grupo focal. Botucatu, 2019

Momentos	Sessão 1: 28/05/2019	Sessão 2: 29/05/2019
Abertura da sessão	Recepção e agradecimentos pela participação 11 enfermeiros	Recepção e agradecimento pela participação e justificativa das 2 ausências (intercorrência no setor), 9 participantes.
Apresentações	-Da pesquisadora (moderadora) -Da observadora 1 (que já conhece os participantes) -Dos objetivos da pesquisa Os participantes já se conhecem por trabalharem no mesmo setor.	-Da observadora 2 (que não conhecia os participantes) -Apresentação de nome e tempo de trabalho dos participantes.
Estabelecimento do Setting	Realizamos acordos sobre duração das reuniões, importância da participação e espaço para que todos expressassem suas opiniões, assinatura do TCLE. Descrição da técnica SWOT	Retomada dos acordos.
Esclarecimentos	Sobre a teoria das NHB, SAE, PE e CDME, Sobre Grupo Focal e motivos da escolha do método. Apresentação e leitura do instrumento preliminar.	Sobre não governabilidade, retomada dos pontos elencados no dia anterior como “sob governabilidade”.
Debate	-O que vocês conhecem sobre SAE e o que dificulta sua implementação no pronto	-Como se identifica a necessidade de cada paciente atualmente?

	socorro que está sob governabilidade do Enfermeiro? -Quais são as impressões iniciais do instrumento? -Qual a autonomia do enfermeiro na SO? -Quais as expectativas que surgem da utilização do instrumento? -Registro das ideias centrais no quadro conforme categorização Forças/Fraquezas	-Qual a autonomia se dá ao enfermeiro na SO? -Por quais razões não se realizava SAE na SO? -Segurança do paciente e da equipe (legislação) -Registro das ideias centrais no quadro conforme categorização Oportunidades/Ameaças
Síntese	Retomada e validação das palavras chave elencadas na discussão	Retomada e validação das palavras chave elencadas na discussão
Encerramento da sessão	Novamente agradeceu-se a participação e contribuições, ressaltando a importância da participação na construção do instrumento.	Agradecimentos Finais, novamente questionou-se sobre novas ideias, itens a se acrescentar ou retirar do instrumento proposto.

As ideias centrais relativas aos aspectos relacionados à força e fraqueza, potencialidades e ameaças foram registradas em um quadro e categorizadas segundo seu núcleo de sentido.

Quarta Etapa: Formatação final do instrumento de SAE

Nesta etapa a pesquisadora realocou a disposição dos itens e acrescentou outros, conforme sugestão dos participantes, com linguagem padronizada⁽³²⁾ considerando também as ligações de Diagnóstico- Resultados – Intervenções (NANDA-NOC-NIC)⁽³³⁾, formatando o instrumento final. A formatação foi realizada

utilizando Microsoft Word® versão 2010.

3.3. Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e recebeu parecer favorável sob nº 2.725.145 (CAAE: 88203318.3.0000.5411) (Anexo 2). Para a primeira etapa foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de estudo retrospectivo, com a devida cautela quanto a não identificação dos pacientes incluídos no estudo. Para participação na terceira etapa foi solicitado TCLE (Apêndice III) para os enfermeiros que participaram do estudo. Assim, este estudo cumpre todos os requisitos éticos para pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução CNS 466/2012.

3.4. Produto

O principal produto deste estudo é o instrumento de SAE para SO de PS, exequível, atendendo às exigências legais da profissão, e sobre tudo, permitindo um cuidado sistematizado a esses pacientes. Secundariamente, a estratégia de participação dos enfermeiros na sua construção, poderá favorecer o processo de implantação e avaliação, alvo de futura investigação.

4. Resultados

4.1 Perfil dos usuários atendidos na SO do PSR

A sala de observação do PSR atendeu 3.196 pacientes no período estudado, sendo 840 (26,3%) em março, 812 (25,4%) em abril, 815 (25,5%) em agosto e 729 (22,8%) em setembro. Destes, 51,7% eram do sexo masculino, a faixa etária mais prevalente foi de 19-59 anos (55,6%), seguida dos pacientes com 60-79 anos (29,8%) e a maioria dos pacientes (77,9%) receberam alta da SO (Tabela 1)

De acordo com o mês avaliado, abril foi o único mês em que as mulheres estiveram mais presentes, agosto demonstrou grande número de atendimento à idosos. Foi crescente a taxa relativa de internação no período (Tabela 1)

Tabela 1. Características demográficas, de atendimento e alta dos pacientes em sala de observação do pronto socorro referenciado, segundo mês de admissão no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019

Variáveis	Março		Abril		Agosto		Setembro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Feminino	401	47,7	418	51,5	385	47,2	352	48,3	1556	48,7
Masculino	439	52,3	394	48,5	430	52,8	377	51,7	1640	51,3
Faixa etária										
15-18	17	2,0	26	3,2	20	2,5	14	1,9	77	2,4
19-59	487	58,0	462	56,9	415	50,9	413	56,7	1777	55,6
60-79	243	28,9	220	27,1	266	32,6	225	30,9	954	29,8
>80	93	11,1	104	12,8	114	14,0	77	10,6	388	12,1
Especialidade										
Clínica	412	49,0	416	51,2	417	51,2	384	52,7	1629	51,0
Cirúrgica	409	48,7	372	45,8	373	45,8	334	45,8	1488	46,6
Mista	19	2,3	24	3,0	25	3,1	11	1,5	79	2,5
Destino										
Alta	688	81,9	637	78,4	617	75,7	548	75,2	2490	77,9
Internação	152	18,1	175	21,6	198	24,3	181	24,8	706	22,1
Total	840	26,3	812	25,4	815	25,5	729	22,8	3196	100,0

Observou-se que a maior relação de internações entre as mulheres se deu entre aquelas de 80 anos ou mais (17,0%) e entre adolescentes de 15-18

anos (14,3%). O destino predominante foi a alta hospitalar (77,9%) independente do sexo. Outro fator que se relaciona ao sexo é que a única faixa etária com maioria feminina é aquela de 80 anos ou mais. (Tabela 2)

Tabela 2. Sexo e destino de pacientes em sala de observação do pronto socorro referenciado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, segundo faixa etária. Botucatu, 2019

Variáveis	15-18		19-59		60-79		≥80		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	32	41,6	847	47,7	460	48,2	217	55,9	1556	48,7
Alta	27	35,1	698	39,3	341	35,7	151	38,9	1217	38,1
Internação	5	6,5	149	8,4	119	12,5	66	17,0	339	10,6
Masculino	45	58,4	930	52,3	494	51,8	171	44,1	1640	51,3
Alta	34	44,2	723	40,7	391	41,0	125	32,2	1273	39,8
Internação	11	14,3	207	11,6	103	10,8	46	11,9	367	11,5
Total	77	2,4	1777	55,6	954	29,9	388	12,1	3196	100,0

No período estudado, prevaleceram atendimentos por especialidades clínicas 51% (1629), e destes 549 Foram hospitalizados. Dentre os pacientes admitidos na SO por especialidades cirúrgicas (1488), 23,6% foram hospitalizados. 49% dos atendimentos de especialidades mistas tiveram como destino a internação hospitalar. (Tabela 3)

Tabela 3. Tipo de especialidade que atendeu o paciente, segundo destino de pacientes em sala de observação do pronto socorro referenciado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019

Variáveis	Alta		Internação		Total	
	N	%	n	%	n	%
Cirúrgica	1137	35,6	351	11,0	1488	46,5
Clinica	1080	33,8	549	17,2	1629	51,0
Mista	53	1,6	26	0,8	79	2,5
Total	2270	71,0	926	29,0	3196	100,0%

A tabela 4 apresenta a distribuição dos pacientes atendidos, conforme escala de risco e tempo de permanência na sala de observação do PSR, segundo mês de admissão no HCFMB.

Observou-se que 44,9% dos pacientes permaneceram na SO por mais de 24 horas e 6,8% por mais de 98 horas. Os dados obtidos demonstram, ainda, a relação entre permanência e categoria de risco, a concentração ocorre no score 5 de risco, com permanência entre 24 e 48 horas.

Resolução em menos de 6 horas ocupa a terceira posição em número de pessoas independente do risco (18,2%), e os atendimentos finalizados em menos de 12h somam 34,1% do total de admissões. O risco 5 representa 31,95% dos atendimentos realizados (Tabela 4)

Quanto ao tempo de permanência, o levantamento nos permitiu identificar que 7 pessoas permaneceram por mais de 200h na SO e 5 destas receberam alta, esses dados não constam na tabela. Por outro lado muitos dados contabilizados apresentaram permanência de poucos minutos, não sendo possível determinar se esse tempo de permanência foi real ou falha no registro à admissão.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes atendidos conforme escala de risco e tempo de permanência na sala de observação do pronto socorro referenciado, segundo mês de admissão no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019

Risco		0h- 5h59min	6h- 11h59min	12h- 23h59min	24h- 47h59min	48h- 71h59min	72h- 97h59min	≥ 98h	Total
2	n	32	19	21	24	16	6	6	124
	%	1	0.6	0.7	0.7	0.5	0.2	0.2	3.9
3	n	52	50	58	62	22	15	13	272
	%	1.6	1.6	1.8	1.9	0.7	0.5	0.4	8.5
4	n	120	79	109	86	56	23	21	494
	%	3.7	2.5	3.4	2.7	1.7	0.7	0.7	15.5
5	n	181	178	205	231	99	72	55	1021
	%	5.7	5.6	6.4	7.2	3.1	2.2	1.7	32.0
6	n	112	103	170	153	87	60	77	762
	%	3.5	3.2	5.3	4.8	2.7	1.9	2.4	23.8
7	n	66	55	83	76	53	33	40	406
	%	2.1	1.7	2.6	2.4	1.7	1.0	1.2	12.7
8	n	13	18	23	13	7	5	2	81
	%	0.4	0.6	0.7	0.4	0.2	0.2	0.1	2.5
9	n	6	6	7	9	1	2	5	36
	%	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	1.1
Total	n	582	508	676	654	341	216	219	3196
	%	18.2	15.9	21.1	20.5	10.7	6.8	6.9	100

O mês de setembro não apresentou divergência aos anteriores no que se refere ao score de risco, e a mediana da permanência foi inferior a apresentada em agosto, 18h 51min, a média apresentada foi 32h 20 min.

As especialidades médicas mais solicitadas no período estudado, entre as clínicas se destaca a Clínica Médica Geral como a mais solicitada nos 4 meses. Em março e abril a psiquiatria aparece em segundo lugar e nos outros dois meses a nefrologia se apresenta como a segunda especialidade clínica mais solicitada (Quadro 2)

Quadro 2. Apresentação das especialidades e CID-10 de maior frequência durante os meses de março, abril, agosto e setembro do ano de 2018, Botucatu, 2019.

Março	Abril	Agosto	Setembro
• CMG Dispneias e Pneumonias • Psiquiatria -Dependência de múltiplas drogas -Tr de personalidade	• CMG Dispneias e Pneumonias • Psiquiatria -Mania e outros Tr de humor -Dependência de múltiplas drogas	• CMG Dispneias e Pneumonias • Nefrologia -Insuficiência renal -Transplantados renais com alguma desordem relacionada	• CMG Dispneias e Pneumonias • Nefrologia -Transplantados renais com alguma desordem relacionada -Insuficiência renal
• CXG -Traumas múltiplos -Dor abdominal • Ortopedia -Fx de Fêmur -Lesões de joelho	• CXG -Dor Abdominal -Traumas múltiplos • Ortopedia -Traumas Múltiplos -Fx de Fêmur	• Ortopedia -Traumas Múltiplos -Fx de Fêmur • CXG -Traumas múltiplos - Dor Abdominal	• Ortopedia -Traumas Múltiplos -Lesões de joelho • CXG -Traumas múltiplos - Dor Abdominal

(CMG, Clínica Médica Geral; CXG, Cirurgia Geral; Tr, Transtorno; Fx, Fratura)

Das especialidades cirúrgicas, a Cirurgia Geral foi mais recorrente nos dois primeiros meses, enquanto a ortopedia foi acionada mais vezes nos

meses de agosto e setembro. Por sua vez a ortopedia ocupa o segundo lugar nos meses de março e abril e a cirurgia geral nos meses de agosto setembro.

O CID obtido nos meses permitiu relacionar as queixas mais frequentes de acordo com as especialidades, portanto, a clínica médica geral esteve responsável principalmente por dispnéias (R-060) e pneumonias (J- 158-180) em todo o período estudado, como primeira e segunda queixa respectivamente, já a psiquiatria atendeu em março casos relacionados ao uso abusivo ou dependência de múltiplas drogas (F-103/199) seguido de transtornos de personalidade (F603/604), em abril houve grande número de pacientes com diagnóstico de mania e outros transtornos de humor (F-302/39) seguido de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas (F130/198).

A nefrologia atendeu no mês de agosto queixas relacionadas à insuficiência renal (N-179/19) e àqueles pacientes transplantados renais com alguma desordem relacionada (Z-940) em setembro as queixas foram as mesmas, mas em ordem inversa, ou seja, as desordens de transplante renal foram as de maior demanda.

Já as especialidades cirúrgicas que alternaram primeira e segunda posição entre cirurgia geral (março e abril) e ortopedia (agosto e setembro), no mês de março a cirurgia geral atendeu principalmente aos traumas múltiplos (T-07) e dor Abdominal (R-100/104), a ortopedia foi acionada para fratura de fêmur (S-72/729) e lesões de joelho (S-800/836). No mês de abril a cirurgia geral manteve atendimento principalmente para abdome agudo e a ortopedia também atendeu grande quantidade de traumas múltiplos e fratura de fêmur.

No segundo semestre a ortopedia seguiu atendendo principalmente traumas múltiplos seguidos de fraturas de fêmur em agosto e lesões de joelho em setembro. Enquanto a cirurgia geral manteve o atendimento principalmente à traumas múltiplos seguidos por dor abdominal.

4.2 Instrumento Preliminar.

Os dados da etapa anterior permitiram relacionar elementos essenciais do CDME demonstrados no Quadro 3,

Quadro 3. Elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem necessários, segundo sua categoria. Botucatu, 2019

Categoria Itens demográficos do paciente	Categoria Itens de cuidado de enfermagem	Categoria Itens do serviço
• Identificação pessoal • Data de nascimento • Sexo • Raça e etnia • Dados de residência	• Diagnóstico • Intervenção • Resultados • Intensidade do cuidado	• Nº da agência do serviço de saúde • Data de admissão • Data de alta • Dados de Encaminhamento • Dados sobre pagamento (plano/SUS) • Nº de registro profissional (COREN)

A busca ativa de diagnósticos de enfermagem, segundo os descritores: Dor; Desconforto; Autocuidado; Integridade da pele; Alimentação; Eliminações; Abstinência e; Queda, e considerando as características gerais dos pacientes obtidas na etapa anterior permitiu a identificação de 16 diagnósticos de enfermagem prováveis em pacientes atendidos em SO, de acordo com NANDA-I (NANDA Internacional, Inc)⁽³²⁾. Suas características definidoras, fatores relacionados e condições associadas estão apresentadas no Quadro 4

Quadro 4. Diagnósticos de Enfermagem prováveis pacientes atendidos em sala de observação de pronto socorro, características definidoras e fatores relacionados. Botucatu, 2019

Conforto prejudicado Código 00214 Domínio 12- Conforto, Classe 1. Definição: Percepção de falta de conforto/alívio em todas as dimensões.	
Características definidoras: -Alteração do padrão do sono	Fatores Relacionados: -Controle ambiental insuficiente

-Ansiedade -Desconforto com a situação -Desconhecimento com a situação -Medo -Sensação de calor, frio, -Sensação de Desconforto	-Controle situacional insuficiente -Privacidade insuficiente -Condições Associadas: Regime de tratamento -Sintomas relacionados à doença.
Dor aguda Código 00132 Domínio 12- Conforto, Classe 1. Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial; de início súbito ou lento, intensidade leve a intensa, termino antecipado ou previsível e duração menor que 3 meses.	
Características definidoras: -Alteração do parâmetro fisiológico -Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor -Expressão facial de dor -Foco em si próprio -Posição para aliviar a dor -Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades.	Fatores Relacionados: -Agente biológico lesivo -Agente físico lesivo -Agente químico lesivo
Dor crônica Código 00133 Domínio 12- Conforto, Classe 1. Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial; de início súbito ou lento, intensidade leve a intensa, termino antecipado ou previsível e duração maior que 3 meses.	
Características definidoras: -Alteração da capacidade de continuar atividades prévias -Alteração do padrão de sono -Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor	Fatores Relacionados: -Agente lesivo -Alteração no padrão de sono -Compressão de nervo -Sofrimento emocional Condições Associadas:

-Expressão facial de dor -Foco em si próprio -Posição para aliviar a dor -Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades.	-Condição isquêmica -Condição musculoesquelética crônica -Condição relativa a pós-trauma -Contusão Dano ao sistema nervoso -Distúrbio genético -Distúrbio imunológico -Fratura -Função metabólica prejudicada -Infiltração de tumor -Lesão da medula espinal -Lesão muscular
Auto-negligência Código 00193 Domínio 4 -Atividade/Repouso, Classe 5. Definição: Conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito	
Características definidoras: -Falta de adesão a atividades de saúde -Higiene pessoal insuficiente -Fatores Relacionados: Abuso de substâncias -Escolha do estilo de vida -Estressores -Função executiva deficiente -Incapacidade para manter o controle -Medo de internação ou institucionalização	Condições Associadas: -Alteração na função cognitiva -Dificuldades de aprendizagem -Fingimento de doença -Prejuízo funcional -Transtorno psicótico -Transtorno psiquiátrico.
Integridade da pele prejuducada Código 00046 Domínio 11 –Segurança/proteção , Classe 2. Definição: Epiderme e/ou derme alterada.	

Características definidoras: -Alteração na integridade da pele -Área localizada quente ao toque -Dor aguda -Hematoma -Matéria estranha perfurando a pele -Sangramento -Vermelhidão	Fatores relacionados: Externos: -Agente químico lesivo -Excreções -Hidratação -Hipermia -Hipotermia -Pressão sobre saliência óssea -Secreções -Umidade Internos: -Alteração no volume de líquidos -Fator psicogênico -Nutrição inadequada -População em risco -Extremos de idade Condições associadas: -Agente farmacêutico -Alteração hormonal -Alteração na pigmentação -Alteração na sensibilidade -Alteração no metabolismo -Alterações no turgor da pele -Circulação prejudicada -Imunodeficiência -Punção arterial -Radioterapia -Trauma vascular
Comunicação verbal prejudicada Código 00051 Domínio 5 –Percepção/cognição, Classe 5. Definição: Capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.	
Características definidoras:	Condições associadas:

-Déficit visual parcial -Déficit visual total -Desorientação em relação a pessoas -Desorientação no espaço -Desorientação no tempo -Dificuldade para compreender a comunicação -Dificuldade para expressar pensamentos verbalmente -Dificuldade para falar -Dificuldade para verbalizar -Dispneia -Verbalização inapropriada -Barreira ambiental -Vulnerabilidade	-Alteração na percepção -Alteração no desenvolvimento -Barreira física -Condição fisiológica
Mobilidade física prejudicada Código 00085 Domínio 4 – Atividade/repouso, Classe 2. Definição: Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	
Características definidoras: -Alteração na marcha -Desconforto -Dificuldade para virar-se -Dispneia ao esforço -Movimentos descoordenados -Redução na amplitude de movimentos -Redução nas habilidades motoras finas -Redução nas habilidades motoras grossas -Tremor induzido pelo movimento	Fatores relacionados: -Ansiedade -Apoio ambiental insuficiente -Controle muscular diminuído -Depressão -Desnutrição -Desuso -Dor -Força muscular diminuída -Relutância em iniciar movimentos -Rigidez articular Condições associadas: -Agente farmacêutico

	-Alteração na função cognitiva -Alteração na integridade de estruturas ósseas -Alteração no metabolismo -Contraturas -Prejuízo musculoesquelético -Prejuízo neuromuscular -Prejuízo sensório-perceptivo -Restrições prescritas de movimento
Deambulação prejudicada Código 00088 Domínio 4 – Atividade/repouso, Classe 2. Definição: Limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente.	
Características definidoras: – Capacidade prejudicada de andar uma distância necessária – Fatores relacionados: Barreira ambiental – Conhecimento insuficiente sobre estratégias de mobilidade – Dor – Força muscular insuficiente – Medo de quedas	Condições associadas: - Alteração na função cognitiva – Equilíbrio prejudicado – Prejuízo musculoesquelético – Prejuízo neuromuscular – Visão prejudicada
Síndrome do idoso frágil Código 00257 Domínio 1 – Promoção da saúde, Classe 2. Definição: Estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.	
Características definidoras: -Deambulação prejudicada (00088)	Fatores relacionados: -Ansiedade

-Déficit no autocuidado para alimentação (00102) -Déficit no autocuidado para banho (00108) -Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110) -Déficit no autocuidado para vestir-se (00109) -Mobilidade física prejudicada (00085)	-Apoio social insuficiente -Força muscular diminuída -Fraqueza muscular -Imobilidade -Intolerância à atividade -Isolamento social -Medo de quedas -Mobilidade prejudicada Populações em risco: -Baixo nível educacional -História de quedas -Hospitalização prolongada -Idade > 70 anos -Sexo feminino Condições associadas: -Alteração na função cognitiva -Anorexia -Caminhada de 4 metros requer > 5 segundos -Déficit sensorial -Processo de coagulação alterado -Transtorno psiquiátrico
Eliminação urinária prejudicada Código 00016 Domínio 3 – Eliminação e troca, Classe 1. Definição: Disfunção na eliminação de urina.	
Características definidoras: -Disúria -Hesitação -Incontinência urinária -Noctúria -Retenção urinária -Urgência urinária -Urinar com frequência	Fator relacionado: -Múltiplas causas Condições associadas: -Dano sensório-motor -Infecção do trato urinário -Obstrução anatômica

Déficit no auto cuidado para alimentação. Código 00102 Domínio 4 – Atividade/repouso, Classe 5. Definição: <i>Incapacidade de alimentar-se de forma independente.</i>	
Características definidoras: - Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável - Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira - Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente - Capacidade prejudicada de engolir o alimento - Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca - Capacidade prejudicada de manusear os utensílios - Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos - Capacidade prejudicada de pegar os alimentos com os utensílios - Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares	Fatores relacionados: - Ansiedade - Barreira ambiental - Desconforto - Dor - Fadiga - Fraqueza - Motivação diminuída Condições associadas: - Alteração na função cognitiva - Prejuízo musculoesquelético - Prejuízo neuromuscular - Transtornos perceptivos
Déficit no auto cuidado para banho. Código 00108 Domínio 4 – Atividade/repouso, Classe 5. Definição: <i>Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente.</i>	
Características definidoras: - Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água - Capacidade prejudicada de acessar o banheiro - Capacidade prejudicada de lavar o corpo	Fatores relacionados: - Ansiedade - Barreira ambiental - Dor - Fraqueza - Motivação diminuída - Condições associadas:

-Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho -Capacidade prejudicada de regular a água do banho -Capacidade prejudicada de secar o corpo	-Alteração na função cognitiva -Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo -Capacidade prejudicada de perceber relações espaciais -Prejuízo musculoesquelético -Prejuízo neuromuscular -Transtornos perceptivos
Déficit no auto cuidado para higiene íntima. Código 00110 Domínio 4 – Atividade/repouso, Classe 5. Definição: <i>Incapacidade de realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal de forma independente.</i>	
Características definidoras: -Capacidade prejudicada de chegar ao vaso sanitário -Capacidade prejudicada de dar descarga no vaso sanitário -Capacidade prejudicada de levantar-se do vaso sanitário -Capacidade prejudicada de manipular as roupas para realizar a higiene íntima -Capacidade prejudicada de realizar a higiene íntima -Capacidade prejudicada de sentar-se no vaso sanitário	Fatores relacionados: -Ansiedade -Barreira ambiental -Capacidade de transferência prejudicada -Dor -Fadiga -Fraqueza -Mobilidade prejudicada -Motivação diminuída Condições associadas: -Alteração na -função cognitiva -Prejuízo musculoesquelético -Prejuízo neuromuscular -Transtornos perceptivos
Síndrome de abstinência de substâncias aguda. Código 00258 Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse, Classe 3. Definição: <i>Sequelas graves e multifatoriais após cessação repentina de uma substância aditiva.</i>	
Características definidoras: -Ansiedade (00146)	Fatores relacionados: -Desenvolvimento de dependência do

-Confusão aguda (00128) -Distúrbio no padrão de sono (00198) -Náusea (00134) -Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195) -Risco de lesão (00035)	- álcool ou de outra substância aditiva -Desnutrição -Interrupção repentina de uma substância aditiva -Uso pesado de substância aditiva ao longo do tempo -Populações em risco: História anterior de sintomas de abstinência -Pessoas idosas -Condições associadas: Doença física grave comórbida -Transtorno mental comórbido
Risco de integridade da pele prejudicada Código 00047 Domínio 11 – Segurança/proteção, Classe 2. Definição: <i>Suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde.</i>	
Fatores de risco: Externos: -Agente químico lesivo -Excreções -Hidratação -Hipertermia -Hipotermia -Pressão sobre saliência óssea -Secreções -Umidade Internos: -Alteração no volume de líquidos -Fator psicogênico -Nutrição inadequada	Condições associadas: -Agente farmacêutico -Alteração na sensibilidade -Alteração no metabolismo -Alterações no turgor da pele -Circulação prejudicada -Imunodeficiência -Punção arterial -Radioterapia -Trauma vascular População em risco: -Extremos de idade
Risco de queda Código 00155 Domínio 11 – Segurança/proteção, Classe 2. Definição: <i>Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e</i>	

<i>comprometer a saúde.</i>	
Fatores de risco: Ambientais: -Ambiente cheio de objetos -Cenário pouco conhecido -Iluminação insuficiente -Material antiderrapante insuficiente nos banheiros -Uso de imobilizadores Fisiológicos: -Alteração na glicemia sanguínea -Ausência de sono -Diarreia -Dificuldades na marcha -Incontinência -Mobilidade prejudicada -Redução da força em extremidade inferior -Urgência urinária Outros: -Consumo de álcool	Populações em risco: -História de quedas -Idade ≤ 2 anos Idade ≥ 65 anos -Condições associadas: Agente farmacêutico -Alteração na função cognitiva -Anemia -Artrite -Condição que afeta os pés -Déficit proprioceptivo -Doença aguda -Doença vascular -Equilíbrio prejudicado -Hipotensão ortostática -Neoplasia -Neuropatia -Prótese de membro inferior -Uso de dispositivo auxiliar -Visão prejudicada

A união dos conjuntos de dados mínimos e dos diagnósticos de enfermagem à luz da teoria da Necessidade Humanas Básicas⁽⁴⁾ e já incluindo algumas intervenções, forma o instrumento preliminar (Figura 1) que foi apresentado aos enfermeiros durante o grupo focal.



Hospital das Clínicas

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

DD/MM/AAAA

Nº Atendimento:

Cartão SUS:

Matrícula:	Nome:	Sexo:	Etnia:
Nascimento:	Idade:	Município de origem:	Convênio:
Diagnóstico Médico:	Especialidade:	Admissão: DD/MM/AA	HH:MM
☐ Entrada		☐ Atualização	
☐ Saída		☐ Alta/ Transferência	
Acomodação: ☐ Poltrona ☐ Cama ☐ Especiais		> Mov. em Bloco > Elevação MMII > Cabeceira Elevada > Massagem > Outros	
Locomoção: ☐ Auto-suficiente ☐ Deambula c/ auxílio ☐ Auxílio de cadeira ☐ Acamado		> o Risco de Lesão por Pressão relacionado à: > Alteração nutricional > Mudança de decúbito não realizada > Alteração de sensibilidade... > o Risco de Queda relacionado à: > Agitação > Uso de Sedativos > Dificuldade de marcha ...	
Higiene Corporal (Oral/Íntima/Banho) ☐ Encaminhar/Orientar ☐ Auxiliar ☐ Realizar		> o Capacidade executar a higiene prejudicada relacionada à: > Restrição física > Déficit cognitivo > Diagnóstico médico principal...	
Eliminações: ☐ Auto-suficiente ☐ Irrigação Vesical ☐ Sanitário com auxílio ☐ SVD/ SVA ☐ Dispositivos (Comadre, Papagaio, Uropen)		> o Risco de Perda de SNG/ SNE relacionado à: > Fixação inadequada > Tração > Suor excessivo Alimentação, por si próprio, prejudicada.	
Alimentação: ☐ Jejum ☐ Auto-suficiente ☐ Geral ☐ Auxílio ☐ Leve ☐ Dependente ☐ Pastosa ☐ Enteral		> o Risco de perda de Catéter Venoso relacionado à: > Tração > Obstrução > Local de punção...	
Indicação de Acompanhante: ☐ Idade Outros: ☐ Lim. de Movimento ☐ Necessidades Emocionais ☐ Alteração de Comportamento		> o Risco de Flebite relacionado à: > Medicação a ser infundida > Velocidade de administração > Veias esclerosadas... > o Risco de Extravasamento relacionado à: > Local de Punção > Velocidade de infusão > Múltiplas punções	
Terapia Medicamentosa: ☐ Horário ☐ ATB ☐ BIC ☐ Outros ☐ Sintomáticos		Via: ☐ VO ☐ IM ☐ EV ☐ SC	
Ventilação: ☐ Espontânea ☐ Aspiração de VAS ☐ Mascar Venturi ☐ Cateter Nasal ☐ Traqueostomia		> o Respiração, ineficaz > o Risco de fuga relacionado à: > Dependência múltiplas drogas > Agitação psicomotora > Não adesão ao tratamento	
Indicação de Precaução: ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerossóis		Recursos Aguardados: ☐ Laboratoriais ☐ Imagem (RX, ECG, US) ☐ Imagem (TC, Angio, RM) ☐ (Re)Avaliação especialidade ☐ Internação Hospitalar ☐ Contra referência ☐ Aviso Cirúrgico	

> Amarelo
 > Laranja
 > Vermelho

Figura 1. Instrumento preliminar

4.3 Construção participativa do instrumento de SAE

A média de idade dos 11 enfermeiros que participaram da discussão e construção do instrumento final de SAE para pacientes admitidos em SO de PS foi de 35 anos, prevalecendo o sexo feminino (10), com tempo médio de graduação em enfermagem e atuação no PSR de 7 e 5 anos respectivamente, variando entre 9 meses e 7 anos. Todos possuíam único vínculo empregatício. Seis profissionais eram do turno diurno, oito com jornada de trabalho de 40 horas semanais e três de 30h/sem. A maioria (6) possuíam pós graduação *Latu sensu* e um *stricto sensu*.

Como sugestões diretas para o instrumento foi proposto que o instrumento fosse informatizado e sem necessidade de impressão, nesse caso, a hora de admissão e saída fosse passível de ajuste manual (ajustar o horário) permitindo sua realização com horários fidedignos, mas com flexibilidade para que o enfermeiro o fizesse em momento oportuno.

Para as atualizações necessárias durante o período de permanência, que fossem modificados apenas os itens desejados, os demais poderiam permanecer inalterados, evitando retrabalho de preenchimento. Inserir um campo que permita identificar de onde o paciente foi encaminhado, ou seja, seu setor ou serviço de origem.

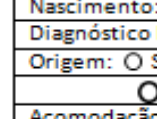
Também foi sugerida a inserção de medidas de precauções, quando pertinente, e identificação do motivo (patógeno/diagnóstico médico), e por fim modificar os títulos dos diagnósticos e intervenções nos ícones. Emergiram como resultados finais das discussões o Quadro 5.

Quadro 5. Resultado do grupo focal, com aspecto da técnica S.W.O.T. Botucatu, 2019.

Governabilidade Forças O que podemos realizar?	Não governabilidade Oportunidades Quais as Expectativas?
▪ Empodera o enfermeiro ▪ Flexibilidade p/ preenchimento ▪ Mais completo que o atual ▪ Classificar adequadamente a dependência ▪ Facilita orientar a equipe ▪ Facilita identificar necessidades ▪ Facilita orientar a família e pacientes ▪ Roteiro com pontos chave de avaliação ▪ Respaldo legal ▪ Melhora participação na visita multidisciplinar ▪ Gestão do cuidado ▪ Adequar orientações dadas pela equipe médica sobre a dinâmica da sala.	▪ <i>Link</i> de diagnóstico com intervenção ▪ Identifica dimensionamento de acordo com a dependência ▪ Demonstra a força de trabalho necessária ▪ Valorização profissional pela instituição ▪ Valorização frente a equipe/ pacientes e gestores ▪ Conhecer as necessidades da sala favorece planejamento global ▪ Realizar dimensionamento adequado ▪ Demonstrar necessidades de RH ▪ Incorporar o instrumento ao prontuário para gerar documento de valor legal ▪ Mobilidade de dispositivo (beira Leito) para facilitar a execução.
Governabilidade Fraquezas Por que não fazemos?	Não Governabilidade Ameaças O que nos limita?
▪ Falta de tempo para avaliar e preencher devido número de pacientes ▪ Necessidade de orientar e auxiliar a equipe ▪ Falta de tempo para levantar histórico ▪ Falta de autonomia na visita multidisciplinar ▪ Falta de protocolos e rotinas ▪ Necessidade de interromper o processo de trabalho por conta de demandas diferentes da assistência direta ao paciente.	▪ Comodismo e sobrecarga de trabalho ▪ Desvalorização pessoal e profissional ▪ Carga de trabalho causada pelo desvio de função ▪ Demanda excessiva de pacientes causada pela não obediência aos critérios de admissão e demora para definição de condutas ▪ Desvalorização e incompreensão do trabalho realizado na sala de observação por parte da administração ▪ Desorganização da estrutura física. ▪ Não ser ouvido na visita multidisciplinar

4.4 Instrumento de SAE para SO de PS

O instrumento foi revisto e finalizado (Figura 2) seguindo as modificações sugeridas pelos enfermeiros que participaram do grupo focal. Adotou-se um layout parecido com o que propõe NANDA-I ⁽³²⁾, com fatores relacionados e intervenções ligadas ⁽³⁴⁾.

 Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP		DD/MM/AAAA Nº Atendimento: Cartão SUS:	
Matrícula:	Nome:	Sexo:	Etnia:
Nascimento:	Idade:	Município de origem:	Convênio:
Diagnóstico Médico:		Especialidade:	Admissão: DD/MM/AA_HH:MM
Origem: ☐ Sala de Emergência ☐ Sala de Espera ☐ PSA ☐ Outros			
☐ Entrada ☐ Atualização ☐ Saída			
Acomodação: ☐ Poltrona ☐ Maca ☐ Especial		☐ Mov. em Bloco ☐ Elevação MM ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Calorosa	
Deambulação prejudicada: ☐ Auto-suficiente ☐ Deambula c/ auxílio ☐ Auxílio de cadeira ☐ Acamado		☐ Risco/Integridade da pele prejudicada: ☐ Alteração nutricional ☐ Mudança de decúbito não realizada ☐ Alteração de sensibilidade... ☐ Risco de Queda relacionado à: ☐ Agitação ☐ Uso de Sedativos ☐ Dificuldade de marcha...	
Eliminações: ☐ Auto-suficiente ☐ Irrigação Vesical ☐ Sanitário com auxílio ☐ SVD/ SVA Dispositivos (Comadre, Papagaio, Uropen)			
Déficit de autocuidado alimentação: ☐ Jejum ☐ Auto-suficiente ☐ Encaminhar ☐ Geral ☐ Auxiliar ☐ Leve ☐ Dependente ☐ Realizar ☐ Pastosa ☐ Enteral		Capacidade executar a higiene prejudicada relacionada à (Oral/Íntima/Banho): ☐ Encaminhar ☐ Orientar ☐ Auxiliar ☐ Realizar ☐ Restrição física ☐ Déficit cognitivo ☐ Diagnóstico médico principal...	
Indicação de Acompanhante: ☐ Idade ☐ Outros: ☐ Lim. de Movimento ☐ Necessidades Emocionais ☐ Alteração de Comportamento		☐ Risco de Perda de SNG/ SNE relacionado à: ☐ Fixação inadequada ☐ Tração ☐ Suor excessivo Alimentação, por si próprio, prejudicada.	
Terapia Medicamentosa: ☐ Horário ☐ ATB ☐ BIC ☐ Outros ☐ Sintomáticos		☐ Risco de perda de Catéter Venoso relacionado à: ☐ Tração ☐ Obstrução ☐ Local de punção... ☐ Risco de Flebite relacionado à: ☐ Medicação a ser infundida ☐ Velocidade de administração ☐ Veias esclerosadas...	
Ventilação: ☐ Aspiração de VAS ☐ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Mascara Venturi ☐ Traqueostomia		☐ Risco de Extravasamento relacionado à: ☐ Local de Punção ☐ Velocidade de infusão ☐ Múltiplas punções	
Comunicação verbal prejudicada Sim Não Dor Aguda/Crônica Sim Não		☐ Conforto Prejudicado relacionado à: ☐ Desconforto com a situação ☐ Desconhecimento com a situação ☐ Medo ☐ Sensação de calor, frio, ☐ Sensação de Desconforto	
Indicação de Precaução: Motivo: ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerossóis		☐ Respiração, ineficaz ☐ Risco de fuga relacionado à: ☐ Dependência múltiplas drogas ☐ Agitação psicomotora ☐ Não adesão ao tratamento	
Recursos Aguardados: ☐ Laboratoriais ☐ Imagem (RX, ECG, US) ☐ Imagem (TC, Angio, RM) ☐ (Re)Avaliação especialidade ☐ Internação Hospitalar ☐ Contra referência ☐ Aviso Cirúrgico			

5. Discussão

O presente estudo permitiu a construção de um instrumento que poderá facilitar e qualificar os processos de trabalho do enfermeiro em SO de unidade de PS e foi descrito de forma a tornar passível sua reprodução, para que outros serviços e contextos busquem aperfeiçoar o PE de maneira segura, e correspondente às necessidades que se apresentam.

As características dos usuários da SO do PSR mostram uma discreta prevalência de homens, adultos e de atendimentos clínicos. A faixa etária se enquadra em resultado obtido em estudo do Rio grande do Norte⁽³⁴⁾ Destaca-se os jovens vítimas de trauma leves com período curto de permanência no serviço, dados que diferem de alguns estudos realizados no Brasil^(35,36) e Suíça⁽³⁷⁾.

Este estudo permite observar a presença de idosos representam 41,9% dos atendimentos, estudo suíço identificou aumento de 50% da demanda em departamento de emergência por idosos institucionalizados, com mais de 65 anos, no período de 5 anos, e as queixas apresentadas estavam também relacionadas as que emergiram no atual estudo, ou seja, relacionadas a traumas, problemas respiratórios e digestivos, e na Europa se preparam para a crescente demanda de idosos que devem procurar cuidados hospitalares no futuro próximo⁽³⁵⁾.

Outra característica do atendimento está relacionada à alta demanda de admissões de urgências psiquiátricas, principalmente as que envolviam o uso de substâncias psicoativas, dados que merecem uma investigação aprofundada. Ressalta-se que, na rotina, os atendimentos realizados pelo Serviço Móvel de Urgência envolvendo uso de álcool e outras drogas no município de Botucatu, em grande parte, são direcionados ao PSR. Estudos reforçam a necessidade de preparar a equipe de enfermagem para atuar corretamente junto a estes pacientes, conhecendo suas necessidades para o melhor acolhimento, humanização da assistência e quebra de estigmas relacionados^(38,39,40).

Frente ao diagnóstico situacional obtido da sala de observação, elencaram-se diagnósticos de enfermagem com foco no problema, de risco e de promoção à saúde. Observando que grande parte da demanda da sala era

de idosos, essa característica nos fez direcionar o instrumento para necessidades do idoso de conforto, em deambular, se alimentar e se comunicar efetivamente e com a identificação das características dos usuários vítimas de traumas com necessidade de intervenção cirúrgica ou não, foi possível incorporar algumas particularidades ao instrumento, incluindo as necessidades de acomodação adequada, conforto, terapia medicamentosa para controle da dor aguda, apoiado em levantamento de demandas disponíveis em literatura^(40,41,42).

Dor é um sintoma e um diagnóstico importante, pois, tanto está diretamente relacionado ao conforto do próprio paciente, quanto dos que o cercam. É parte do processo de trabalho do enfermeiro intermediar o relato de dor do paciente e a realização de medidas de conforto, prover as demandas da equipe de enfermagem, equipe médica, na tentativa de reestabelecer o conforto, como verbalizaram durante o grupo focal, serem “a boca” dos pacientes. Assim, nas falas dos participantes do estudo, fica claro que os enfermeiros atuam como interlocutores nesse processo. O diagnóstico médico de dor aguda foi o principal resultado de uma análise realizada no estado do Paraná, também se apresenta como fator relacionado nos diagnósticos de enfermagem, se aplica às diversas situações experimentadas na sala de observação. Em Pernambuco, caracterizou-se a dor aguda como uma das principais causas de procura de unidade de pronto-socorro, mesmo sendo causa de baixa complexidade, a procura se dá por conta da resolutividade da queixa⁽⁴³⁾.

No processo de construção do instrumento, fatores apontados pelos enfermeiros sinalizaram a influencia da dinâmica do serviço no processo de trabalho. Relacionada à realização da SAE na sala de observação, como fraquezas sob governabilidade, destacaram a falta de organização da rotina de trabalho e do tempo, as interrupções por outras demandas e a falta de autonomia. Por sua vez, fora de governabilidade, elencaram déficit de profissionais, falta de reconhecimento e cobrança excessiva. Legitimando esses resultados, pesquisadores da Argélia, França e Brasil, em esforço conjunto, investigaram os desafios das unidades de emergência entre os anos de 2014 e 2016 e se depararam com déficit na força de trabalho, falta de leitos

de internação, falta de infraestrutura e materiais, e ainda, o excesso de atividades cronofágicas, principalmente às relacionadas aos múltiplos registros hospitalares, como pontos com necessidade de adequação ⁽⁴⁴⁾.

Nas falas dos enfermeiros participantes do estudo, fica claro a indefinição dos papéis dos profissionais que atuam na SO. Em detrimento das falhas de comunicação entre médico e paciente, o enfermeiro dispende de seu tempo para minimizá-las, em muitos casos é preciso interromper suas atividades para conseguir uma informação que poderia estar compilada e assim fornecida de maneira mais rápida. Ademais, destaca-se que o esclarecimento sobre os processos e a agilidade em sua realização pode trazer confiança ao atendimento, assim como o encontrado em outro estudo europeu que apresentou como fator positivo, partindo do ponto de vista de pacientes e familiares, receber constantemente informações por parte da equipe de assistência, e como fator negativo o tempo de espera para o exame ⁽⁴¹⁾.

Os enfermeiros se mostram preocupados com as necessidades de cada paciente, os motivos que os levaram a sala de observação. É possível direcionar a busca por soluções para agilizar o desfecho, de maneira segura e humanizada, ação que se propõe com implementação da SAE. A importância do uso de tecnologias como uma das estratégias para fornecer atendimento com segurança e reduzir a superlotação, incluindo a anotação beira leito, que acelera a avaliação e intervenções necessárias para tratamento precoce, que reduz agravos, tempo de internação e influencia na qualidade da assistência, foi apresentado em estudo com departamentos de emergência nos Estados Unidos ⁽⁴²⁾.

Entretanto, identificamos que o instrumento contempla 8 domínios descritos em NANDA-I, a maior parte relacionada ao domínio “4- Atividade e repouso”, seguido do “12- Conforto” e “11- Segurança e proteção” e mesmo que os enfermeiros tenham reconhecido as inseguranças dos pacientes, não trouxeram para o instrumento nenhum diagnóstico que diretamente relacionado ao medo e insegurança, ou aspectos sociais. Característica encontradas em outro estudo realizado no estado de São Paulo onde *experts* elencaram os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em urgência e emergência, e a concordância se deu na maior parte relacionada à “segurança e proteção”,

“atividade e repouso” e “eliminação e troca” dos domínios de NANDA, tais resultados foram relacionados à característica do setor de emergência, onde os cuidados de enfermagem são voltados para a estabilização e suporte de vida⁽⁴⁵⁾. Outra pesquisa realizada compilando as produções de programas de pós graduação em enfermagem no Brasil destacou a ampliação do numero de trabalhos desenvolvidos sobre diagnósticos de enfermagem, sobressaindo diagnósticos no Domínio Segurança e proteção⁽⁴⁶⁾. O diagnóstico de Ansiedade foi descrito em 10% dos pacientes participantes de estudo no estado de Minas Gerais⁽⁴⁷⁾, pouco se encontra sobre o “Domínio 9- Enfrentamento e tolerância ao estresse” para população geral.

A participação dos enfermeiros que atuam no pronto-socorro foi de extrema importância para a construção desse instrumento, à medida que compreenderam os pontos que necessitavam de atenção ou mudança e trouxeram soluções, sugerindo adequações do instrumento, trazendo a qualidade de praticável ao final. Em outros estudos, que abordam construção de instrumentos de SAE em diferentes contextos, essa participação ocorre na fase de validação do instrumento, e é considerada essencial por representar a significância e precisão do conteúdo^(17,48,49,50). Deixando claras as lacunas da literatura, no que se refere a escassez de referenciais metodológicos que subsidiem a construção de instrumentos para o gerenciamento do cuidado, bem como instrumentos específicos para a sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência.

A complexidade e relevância da SAE nos motivaram a aprofundar a pesquisa de maneira a compreender o significado de Processo de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Destaca-se que alguns pesquisadores apresentam o uso dos termos como sinônimos ou com inversão do conjunto de significados, Gutierrez, traz um posicionamento sobre a formação de identidade do enfermeiro, que pode ser comparada ao discurso que emergiu do grupo focal, que apresentava uma dicotomia entre o enfermeiro assistente e gerente, fazer *versus* pensar, demonstrando a distância entre o gerenciamento do cuidado, e o plano de ação. E seguindo essa linha de raciocínio, ratifica-se como a falta da SAE colabora com a limitação da visão do enfermeiro e sua atuação assistencial, gerencial e política^(5,51).

Das contribuições obtidas pelo grupo focal, destaca-se ainda, a necessidade de se averiguar o dimensionamento profissional adequado e os critérios de solicitação de admissão, para assegurar assistência adequada à demanda. Na avaliação da escala de risco se observou a concentração de pacientes em risco intermediário, podendo ser interpretado como um grau de dependência maior ao encontrado em outro estudo brasileiro⁽³⁵⁾ que classifica a maioria dos adultos/idoso atendidos em cuidados mínimos, ou seja, clinicamente estáveis e autossuficientes para necessidades básicas.

Outro aspecto recorrente, tanto nos pontos citados durante o grupo focal quanto na literatura de apoio, é a alta demanda e sobrecarga de trabalho em unidade de pronto socorro, Rossetti et al. (2013), propuseram um método de cálculo de carga de trabalho de enfermagem em unidade de pronto socorro, atendendo as características de cada setor que o integra, incluindo sala de observação, que correspondeu ao tempo médio de assistência de enfermagem em 5,7h por paciente, ou seja, 7 pacientes para cada 2 profissionais de enfermagem⁽⁵¹⁾. Concluem que a falta de organização do trabalho e déficit de profissionais geralmente diminuem o nível de qualidade ^(21,35,44).

Emergiu, ainda, o sentimento de desvalorização profissional, perante as equipes de enfermagem, multiprofissional, profissionais médicos e pela própria instituição. Estudos que abordam sentimentos laborais elencaram sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional como causas de sofrimento, enquanto reconhecimento, bom relacionamento entre equipe, espaço para diálogo e foco em características técnicas de assistência, estabelecimento de rotinas, elencar prioridades e a recuperação do paciente são fatores e mecanismos utilizados pelos profissionais para gerar prazer ^(53,54).

Ativamente o grupo focal sugeriu que o instrumento se apresentasse em formato eletrônico, vinculado ao prontuário eletrônico do paciente. Os formatos informatizados de SAE se apresentam em grande número nos estudos recentes, enfatizando a praticidade e a rapidez para a prática cotidiana, ainda que representem um desafio quanto à elaboração da base de dados e transcrição para linguagem tecnológica^(9,48).

Esta pesquisa apresenta como limitação a carência de estudos sobre a construção de instrumentos para o processo de cuidar em serviços de urgência

e também estudos em sala de observação desses serviços, fato que limitou a discussão dos dados obtidos.

Por fim, espera-se que esta pesquisa contribua para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem com vistas à qualidade do cuidado e segurança do paciente. E igualmente, que possibilite a construção de instrumentos de SAE em diferentes contextos.

Considerações Finais

6. Considerações finais

Utilizando os passos metodológicos descritos, foi possível construir um instrumento de assistência de enfermagem com rigor científico e com a colaboração dos enfermeiros que o utilizarão. Tal instrumento ainda é passível de avaliação quanto à sua implantação.

Foi ainda possível aprofundar o debate das possíveis carências do atendimento oferecido sem sistematizar a assistência, ou seja, vislumbrar os pontos fortes da utilização de instrumentos de SAE, suplantando as impressões dos enfermeiros sobre o instrumento elaborado e as teorias propostas.

É rico o campo de pesquisa em uma unidade de Pronto Socorro, tão rico quanto são necessários estudos nessa área de atuação, principalmente os que envolvam fatores organizacionais e de Sistematização da Assistência de Enfermagem, que valorizem o saber do enfermeiro e lhes dê autonomia, uma vez que são estes profissionais que permanecem a maior parte do tempo junto aos pacientes e exercem a ligação entre o serviço de saúde de maneira geral e o paciente.

Cronograma de Execução

7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Abril-Junho de 2018	Submissão ao comitê de ética em pesquisa
Julho – dezembro de 2018	Coleta e análise dos dados Clínicos-demográficos (primeira fase) Revisão da literatura e imersão nas teorias propostas para instrumento
Janeiro de 2019	Esboço do instrumento
Fevereiro de 2019	Exame Geral de Qualificação
Fevereiro e março de 2019	Realização dos grupos focais Análise dos dados
Abril de 2019	Discussão dos Dados Finalização da ferramenta
Junho de 2019	Revisão e redação final da dissertação
Julho de 2019	Defesa
Agosto de 2019	Apresentação de relatório final de atividades

REFERÊNCIAS

- 1 São Paulo. Conselho de Enfermagem do Estado de São Paulo(COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: COREN;2000.
- 2 Felix NN, Rodrigues CDS, Oliveira VDC. Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. ArqCiencSaude [Internet]. 2009 [citado 04 jun 2017]; 16(4): 155-60. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK2_out-dez_2010.pdf
- 3 Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) Resolução Nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [citado 5 de jun. 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- 4 Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- 5 Gutierrez MGR, Moraes SCR. Sistematização da assistência de enfermagem e a formação da identidade profissional. Rev Bras Enferm [internet].2017[citado em 20 de maio de 2019];70(2):436-41. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0436.pdf
- 6 Cucolo DF, Perroca M. Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem. Acta Paul Enferm [internet]. 2015 [citado em 03 de junho de 2019];28(2):120-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/en_1982-0194-ape-28-02-0120.pdf
7. Smeltzer SC, Bare BC. Reflexão crítica e o processo de enfermagem. In: Smeltzer SC, Bare BC. Brunner&Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koorgan; 1998. p. 22-33.
8. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. RevBrasEnferm [Internet]. 2012 [citado 04 jun 2017]; 65(2): 297-303. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200015>.
9. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. J Health Inform. [Internet] 2014 [citado 04 jun 2017]; 6(3): 75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013: Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): MS; 2013.

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras [internet] Brasília; 2013. [citado 03 jun 2018] . Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
12. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71 (Supl 1):577-84. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700577&lng=en&tlng=en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. In: Diário Oficial da União. Brasília. 11 mar 2014; Seção 1. p. 53.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. In: Diário Oficial da União. Brasília. 25 set 2013; Seção 1. p. 47.
15. Silva AT, Alves M G, Sanches R S, Terra F S, Resck Z M R. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde debate [Internet]. 2016 [citado 07 jun. 2017] ; 40(111): 292-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611123>.
16. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [citado 04 jun 2017];11(1): 151-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf.
17. Marques DKA, Silva KL, Nóbrega MML. Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e2016-0038. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0038>.
18. Miranda CA, Silveira EM, Araújo RA, Enders BC. Opinião de enfermeiros sobre instrumento de atendimento sistematizado a paciente em emergência. Rev Rene [Internet] 2012 [citado 04 jun 2017];13(2): 396-407. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522012000200016
19. Cardoso LS, Martins CF, Rosa LS, Passos JC, Cezar-Vaz MR. O pensar da enfermagem em serviço de urgência e emergência intra – hospitalar. Ver Enferm UFPE online [Internet]. 2016 [citado 04 jun 2017]; 10(12): 4524-31. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10055/pdf_1828
20. Costa AC, Silva JV. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. Rev Enferm Referência [internet]. 2018 [citado 20 jun 2019];6(16):139-146. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17069>

21. Boaventura APS, Duran PA, Marocco EC. Conhecimento teórico-prático do Enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. *Enferm Global* [internet]. 2017 [citado em 13 jun 2019];(46): 194-205. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.247911>
22. Neto AVL, Nunes VMA, Fernandes RL, Barbosa IML, Carvalho GRP. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. *RevEnferm UFSM* [internet]. 2013 [citado 04 jun 2017]; 3(2): 276-286. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/8279-47891-1-PB.pdf>
23. Brito NMR, Jensen R. Conjunto de dados mínimos de enfermagem para unidade de internação clínica [internet]. Botucatu: Univ Est Paulista “ Júlio de Mesquita Filho” Fac de Medicina; 2017 [citado 14 Fev 2018]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/conjunto-dados-minimos.pdf>
24. Werley HH, Lang NM, (editors). Identification of the Nursing Minimum Data Set. New York (USA): Springer Publishing Company; 1988.
25. Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2006 [citado 14 Fev 2018];59(2):142-147. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000200004&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200004>.
26. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Guanabara Koogan, 2001
27. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. O hospital. Complexo HCFMB. Pronto-socorros. [internet]. Botucatu; 2016. [citado 10 Jan 2019]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/prontos-socorros/>
28. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10.[Internet] [citado 09 Jan 2019] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.ht>
29. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 17 Dez 2018];70(2):424-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200424&lng=en&tlng=en.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
30. Holloway I, Galvin k. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 4ª Ed. Wiley-Blackwell; 2016. Focus groups as qualitative research; p 125- 40. ISBN: 978-1-118-87449
31. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi, VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo saúde* [internet]. São Paulo; 2011. [citado 17 Dez 2018];35(4): 438-42. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-619126>
32. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.

33. Moorhead S, Dochterman JM. Linguagem e desenvolvimento das ligações. In: Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Ligações NANDA – NOC – NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p.1-10
34. Oliveski CC, Santos LE, Marco V R, Lorenzoni A M C, Bonfada M S, Silva L A A. Perfil Clínico de usuários de um serviço de emergência. Rev Esp Ciência e Saúde [internet]. 2017[citado em 19 jun 2019];5(2):45-56. Disponível em: <http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5474/132>
35. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Nicola AL, Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. Rev Enferm UFSM [internet]. 2015 [citado em 10 jun 2019];5(2): 278-285. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16811>
36. Feijó V B R, Junior LC, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. Saúde e DEbate [internet]. RIO DE JANEIRO 2015 [citado em 10 jun 2019];39(106):627-636. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300627&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
37. Carron PN, Mabire C, Yersin B, e tal. Nursing home residents at the Emergency Department: a 6-year retrospective analysis in a Swiss academic hospital. Intern Emerg Med. 2017 Mar;12(2):229-237. doi: 10.1007/s11739-016-1459-x.
38. Veloso C, Monteiro LSS, Veloso LUP, Moreira ICC, Monteiro CFS. Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. Texto contexto - enferm. [internet]. 2018 [citado 2019 jun 30] ; 27(2): e0170016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200322&lng=pt. Epub 21-Jun-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>.
39. Souza AS, Cortes HM, Pinho PH. Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: Uma revisão narrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2018 Dez [citado 2019 Jun 02] ; (20): 72-80. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000300010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0229>.
40. Pereira Leticia Passos, Duarte Maria de Lourdes Custódio, Eslabão Adriane Domingues. O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2019 June 30] ; 40: e20180076. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100414&lng=en.
41. Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2014). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global journal of health science*, 7(4), 30–39. doi:10.5539/gjhs.v7n4p30
42. Warner LS, Pines JM, Chambers JG, Schuur JD. The Most Crowded US Hospital Emergency Departments Did Not Adopt Effective Interventions To Improve Flow, 2007-

10. Health Affairs [internet] 2015 [citado em 20 jun 2019];34(12):1-23. Disponível em : <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.0603>

43. Rodrigues IS, Oliveira LM, Fernandes FE ,Teles ME. Prevalência de dor aguda em pacientes atendidos na unidade de pronto atendimento.Rev Dor [internet] São Paulo 2017 [citado em 21 jun 2019];18(4):327-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

44. Scherer MDA, Conill EM, Jean R, Taleb A, Gelbcke FL, Pires DEP et al . Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 July [cited 2019 June 30] ; 23(7): 2265-2276. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702265&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>.

45 Okuno MFP, Costa N, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Diagnósticos de enfermagem mais utilizados em serviço de emergência. Cogitare Enferm [internet] 2015 [citado em 4 de set 2019]; 20(2):385-91. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38606>

46.Hirano GSB, Lopes CT, Barros ALBL. Development of research on nursing diagnoses in Brazilian graduate programs. Rev Bras Enferm. [internet] 2019 [citado em 4 de set 2019] ;72(4):926-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0259>.

47. Salgado PO, Gonçalves PC,Dantas RB , Castro MA, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes numa unidade de emergência. Rev Enferm UFPE online [internet] 2013 [citado em 10 jun 2019];7(1):83-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10207/10776>

48. Paes F, Sasso GTMD, Colla GW. Metodologia de estruturação do Processo de Enfermagem Informatizado em Unidades de Pronto Atendimento. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 maio [citado em 2019 30 de junho]; 71 (3): 1079-1084. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301079&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>. 34 Souza

49. Ramalho Neto José Melquiades, Fontes Wilma Dias de, Nóbrega Maria Miriam Lima da. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Aug [cited 2019 June 30] ; 66(4): 535-542. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400011>.

50. Viana VO, Pires PS. Validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm Atenção Básica REAS [internet]. 2014 [citado em 12 maio 2019]; 3(2):64-75. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1021/884>

51. Torres Érica, Christovam Bárbara Pompeu, Fuly Patrícia Claro dos Santos, Silvino Zenith Rosa, Andrade Marilda. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011

Dec [cited 2019 June 30] ; 15(4): 730-736. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400011>.

52. Rossetti A C, Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica . Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013 [citado em 17 Dez 2018];21 (Spec 21):[8 telas]. Disponível

53. Miorin JD,Camponogara S, Pinno C, Beck CLC, Costa V, Freitas EO. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. Texto Contexto Enferm [internet]. 2018 [citado em 21 jun 2019];27(2):e2350015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200305&lng=pt&tlng=pt

54. Miorin JD, Camponogara S,Pinno C,Freitas E O,Cunha QB, Dias GL. Estratégia de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em prontos-socorro. Enferm Foco [internet]. 2016[citado em 21 jun 2019];7(2):57-61. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/796>

Apêndice II Temário

1ª Reunião

- Apresentação dos referenciais teóricos +- 15min
- Apresentação do esboço do instrumento.
- Primeiras impressões do instrumento.+- 15min
 - Disposição dos ítems
 - Identificação no instrumento do que foi apresentado dos referenciais teóricos e suas correlações.
- Forças e Fraquezas elencadas em *brain storme*, anotadas em quadro visível, aprofundando as características de governabilidade dos entrevistados.
- Instigar opiniões sobre:
 - Aspectos de segurança
 - Registro das ações
 - Autonomia
 - Organizar prioridades e raciocínio clínico.
 - Segurança do paciente
 - Questões de hábito
 - Necessidade de atualização nos referenciais teóricos
 - Interrupções da execução do PE por outras necessidades.
- Fechamento sobre itens do instrumento faltantes ou a inserir.

2ª Reunião

- Retomada dos fatores de governabilidade elencados no dia anterior.
- Questionar novamente se há algo a acrescentar ao instrumento ou ao levantamento realizado no dia anterior.
- Oportunidades e ameaças (não governabilidade) que se apresentam à utilização do instrumento proposto.
- Instigar opiniões sobre:
 - Carga de trabalho
 - Valorização do enfermeiro
 - Autonomia

- Demanda
 - Segurança do paciente e ambiente seguro
 - Atualização de diagnósticos e necessidades.
 - Dependência da equipe técnica
 - Baixa adesão de outros colegas.
- Fechamento: Qual a opinião por ainda não termos feito algo semelhante ao proposto?
- Atualmente como se identifica as necessidades de um paciente?
- Leitura dos itens apontados buscando concordância.

Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Resolução

466/2012



CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Construindo Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem em Sala de Observação de Pronto Socorro”, **que será desenvolvido por mim Bruna Pegorer Santos, Enfermeira, discente do programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, com orientação da Profª Drª Marla Andréia Garcia de Avila do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.**

A pesquisa pretende realizar a caracterização dos pacientes atendidos na sala de observação de um pronto socorro, elaborar um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem com contribuições dos enfermeiros atuantes no setor, com a finalidade de melhorar a assistência prestada com qualidade e segurança.

O (a) Senhor(a) está sendo convidado à participar desta pesquisa por ser profissional com experiência na área de atuação em sala de observação. Sua participação consistirá em, após leitura deste termo de consentimento e indicar aceite, participar dos grupos focais para apresentação de teorias e construção do instrumento com duração de aproximadamente 60 minutos cada, sendo previsto a realização de ao menos 2 encontros, os dados coletados serão imprescindíveis para elaboração do instrumento final.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é **voluntária** e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, **sem qualquer prejuízo na continuidade de seu trabalho.**

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 as 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo,

Eu _____ **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____ / ____ / ____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Bruna Pegorer Santos

Endereço: Rua Carlos Guagdanini, 1967- Jd Mirante- Botucatu

Telefone: (14) 99724 3963

Email: santosbp.enf@gmail.com

Orientadora: Marla Andréia Garcia de Avila

Telefone: (14) 3880 1707

Email: marla@fmb.unesp.br

Anexo 1 Exemplo de utilização do instrumento “Escala – segurança do paciente”

soulmv NOVO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE WEB **Registro Clínico**

Lista de Pacientes **SAIME** Feminino **SUS - AMBULATORIO, PLANTONISTA** PSR ADULTO EMERGENCIA

Evolução **Evolution PEP 1** **Evolution SETI** **NHE** **Diagnóstico** **Prescrição** **Avaliação** **Rev. Medico** **Rev. Enf**

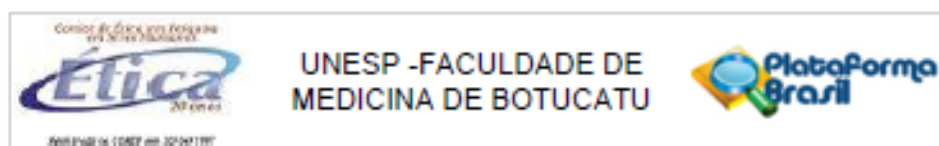
Indicador: ESCALA - SEGURANÇA DO PACIENTE X Data/hora:

Fórmula: SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC + SEG-PAC

Perguntas	Respostas
RISCO DE PERDA DE SNE/SNG	Agitação Motora
RISCO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	Não se aplica
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	Mobilidade Física Prejudicada
RISCO DE FLEBITE	Calibre do cateter periférico
RISCO DE QUEDA	Idade menor que 5 anos e maior ou igual à 65 anos
RISCO DE EXTRAVASAMENTO	Local da punção
RISCO DE PERDA DE CATETER VENOSO (AVP, Fixação/ curativo inadequado	Sim
RISCO DE ERRO NA MEDICAÇÃO	Entrada
SALA DE OBSERVAÇÃO	Não se aplica
SALA DE EMERGÊNCIA	8
RESULTADO	

Informações Demográficas
 Registro Clínico
 Controles de Enfermagem
 Documento Clínico
 Resultados de Exames
 Interconsulta
 Cirurgias
 Finalizar Atendimento
 Histórico do Prontuário
 Anexo de Prontuário

Anexo 2 Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Processo de Enfermagem em Sala de Observação de uma Unidade de Pronto-Socorro.

Pesquisador: BRUNA PEGORER SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88203318.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.725.145

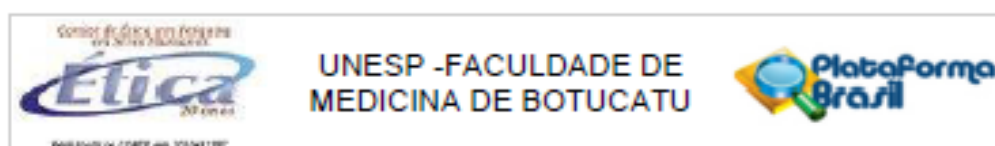
Apresentação do Projeto:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, regulamentada pela Lei do Exercício Profissional, é atividade privativa do enfermeiro, sua implementação é imprescindível para diferenciação e valorização da enfermagem. Elaborar um plano de ação que minimize a espera e o desconforto, a impressão de descaso, que garanta intervenções seguras com relevância para indivíduo/família, abrangendo a equipe e a Instituição promovendo cuidado humanizado e seguro.

Objetivo da Pesquisa:

- (1) Caracterizar os pacientes que aguardam internação na sala de observação de uma unidade de Pronto Socorro;
- (2) Construir ferramenta de sistematização de assistência de enfermagem em unidade de Pronto Socorro;
- (3) Validar o conteúdo da ferramenta com os enfermeiros que atuam na Sala de Observação do PSR;

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 13.615-070
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.725.145

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão:

PARTE 1: pacientes admitidos na sala de observação do PSR nos meses de março, abril, agosto e setembro de 2017.

PARTE 2: Serão incluídos no estudo todos os enfermeiros com atuação de no mínimo 6 meses no PSR e que participarem de ao menos um encontro de apresentação do modelo.

Riscos: Baixo Risco, os dados pessoais dos participantes da pesquisa nas duas fases serão mantidos em sigilo, atendendo para os preceitos éticos em pesquisa.

Benefícios: contribuir para a produção científica na área, conhecer as características da população atendida na sala de observação do PSR e aprimorar a atenção de enfermagem no setor.

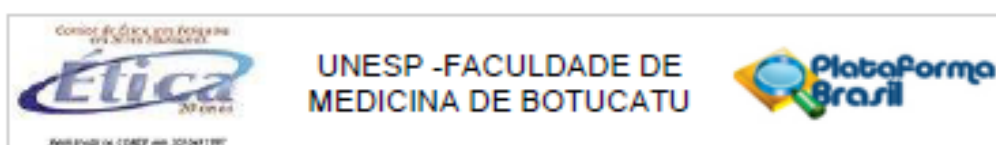
Metodologia de Análise de Dados: primeira parte: Os dados referentes a caracterização serão coletados dos prontuários eletrônicos dos pacientes e serão analisados por estatística descritiva. Segunda parte: Os peritos receberão o instrumento com formulário de avaliação. O instrumento de Validação utilizado é o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) contém as opções "Discordo Totalmente, Discordo Parcialmente, Neutro, Concordo Parcialmente e Concordo Totalmente" nas questões assinaladas com neutro, discordo parcialmente ou discordo totalmente há espaço destinado para comentários e sugestões para aperfeiçoamento do instrumento de SAE. Utilizará uma escala Likert pontua de 1 a 5 de acordo com a relevância ou representatividade de cada componente. Onde 1 corresponde à Discordo Totalmente e 5 Concordo Totalmente. O escore do IVC é calculado pela soma de concordâncias, itens marcados como 4 ou 5 pelos enfermeiros, os itens que receberam pontuação 1, 2 ou 3 devem ser revisados ou eliminados. A medida que não há consenso do número de participantes para compor a amostra, se dará por conveniência, incluindo os profissionais atuantes no setor e considerando o tempo de coleta de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é clara e está bem escrita e está dividida em 2 etapas. A primeira, trata-se de um estudo transversal, exploratório, retrospectivo, incluindo dados obtidos por meio de consulta aos prontuários eletrônicos dos pacientes. A análise será por meio de estatística descritiva. A segunda etapa da pesquisa trata-se de um estudo metodológico, para a construção de um instrumento de SAE baseado na teoria de enfermagem de Wanda Horta, por meio de estudo metodológico de construção e validação de tal ferramenta.

Trata-se de uma dissertação do programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, orçado em R\$ 200,00 e com financiamento próprio. O TCLE está na forma de convite escrito em linguagem

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.818-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.725.145

clara e acessível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou todos os termos obrigatórios e exigidos pelo CEP/FMB, a saber, folha de rosto devidamente assinada, anuência do Escritório de Apoio à Pesquisa (EAP), TCLE escrito em linguagem clara e acessível e na forma de convite e cronograma detalhado de realização da pesquisa e ciência da Chefia Imediata do Serviço;

A pesquisadora solicitou dispensa do TCLE aos pacientes em dados retrospectivos: "para a primeira etapa, onde serão avaliados dados retrospectivos dos prontuários eletrônicos".

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 19 de Junho de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1109248.pdf	09/06/2018 17:20:01		Aceito
Cronograma	Cronograma_corrigido.pdf	09/06/2018 17:18:45	BRUNA PEGORER SANTOS	Aceito
Outros	Ofício_explicativo_II.pdf	09/06/2018 17:17:59	BRUNA PEGORER SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Revisto.pdf	09/06/2018 17:17:18	BRUNA PEGORER SANTOS	Aceito

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

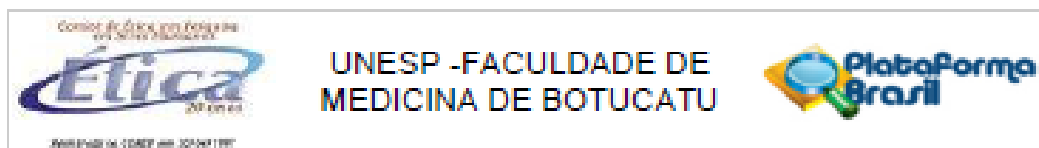
CEP: 18.818-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1809

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.725.145

Ausência	TCLE_Revisado.pdf	09/05/2018 17:17:18	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito
Outros	Oficio_explicativo.pdf	14/05/2018 17:39:09	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito
Outros	AnáliseDgaalHcfmbsipe.pdf	16/04/2018 22:12:15	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito
Outros	ansetor.jpg	16/04/2018 22:11:11	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	16/04/2018 21:55:56	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	16/04/2018 21:54:58	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mestrado05_04.docx	07/04/2018 01:37:59	BRUNA.PEGORER SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 20 de Junho de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Bulgroli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809 CEP: 13.815-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br