

Sistematização de Assistência de Enfermagem

Ana Aparecida Bersusa¹
Cristina Rossi de Almeida Alonso²

Introdução

A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento científico-metodológico do cuidar, baseado na solução de problemas e que resulta em intervenções profissionais de enfermagem nos problemas de saúde e nos processos vitais dos indivíduos, família e comunidade. É uma atividade privativa do enfermeiro, prevista na Lei 7498, de 25 de junho de 1986.

A SAE é o termo mais utilizado na atualidade, podendo também receber outras denominações como Processo de Enfermagem, Consulta de Enfermagem e Metodologia de Assistência. O primeiro momento desse processo é o levantamento de dados sistematizados, o “Histórico de Enfermagem”, utilizando-se o exame físico e a entrevista enquanto instrumentos. Em seguida, esses dados são agrupados e nomeados: trata-se do “Diagnóstico de Enfermagem”.

Há várias taxonomias norteando esses agrupamentos. Uma delas é North American Diagnoses Association (NANDA), que se tornou a mais conhecida e utilizada pela enfermagem brasileira nas últimas décadas. Poderíamos, a ‘grosso modo’, comparar a taxonomia com o Código Internacional de Doenças (CID), utilizado pelos médicos para encontrar descrições padronizadas para as patologias. A Enfermagem se diferencia na forma de definição e denominação dos sinais e sintomas a partir de características relacionadas com processos individuais, familiares e coletivos e não, especificamente, com a doença.

Desta forma, em Enfermagem, um mesmo indivíduo pode ter vários diagnósticos que vão exigir condutas específicas. A esta etapa chamamos “Prescrição de Enfermagem”. São individualizadas e devem ser cumpridas por todos os profissionais da equipe: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro, que registram em suas “anotações” as respostas dos indivíduos frente ao cuidado executado. À análise da resposta do paciente aos cuidados de enfermagem denominamos “Evolução de Enfermagem”.

A Humanização na Assistência à Enfermagem

Não parece de difícil compreensão identificarmos a SAE como desejável para uma Assistência Humanizada, pois o processo de trabalho da enfermagem torna-se menos mecânico, individualizando o cuidado e estendendo-o para a família e comunidade.

O processo de trabalho mecânico foi fruto do taylorismo, implantado depois da Reforma Industrial, momento em que a prática de enfermagem tornou-se fragmentada e impessoal tratando o indivíduo com uma “máquina”. Até

hoje sofremos o efeito deletério deste enfoque, ao encontrarmos, em muitas instituições, uma divisão de trabalho no cotidiano centrada em tarefas, como por exemplo: o auxiliar X, responsável pela higienização de todos os pacientes; o auxiliar Y, pela verificação dos sinais vitais e o auxiliar W, pela medicação.

Quando o processo de trabalho é norteado pela SAE verificamos que esses mesmos auxiliares são responsáveis por pacientes, respondendo integralmente pelos cuidados prescritos pelo enfermeiro, passando, então, o auxiliar X a responder pelos pacientes A, B, C, o outro auxiliar pelo D, E, F e assim por diante.

O cuidado individualizado permite que os profissionais fiquem mais próximos dos pacientes e consigam reconhecer sentimentos e emoções que vão norteando a esfera de cuidados. Às vezes o paciente é internado e tem alta com a mesma pressão arterial ou temperatura corporal que foi verificada três vezes ao dia durante sua estadia no hospital, mas essa mesma equipe não conseguiu minimizar a angústia e o medo que o indivíduo e sua família sentem ao lidar com o seu problema de saúde. A forma rígida nomeada por “Normas e Rotinas Hospitalares” enquadram os profissionais de enfermagem, impedindo-os de pensar de forma individualizada, humanizada e integral, tornando-os meros cumpridores de tarefas.

Outro fator de risco a que o trabalho fragmentado pode conduzir são as falhas humanas, sendo hoje o “erro de medicação” o mais apontado pelos serviços de saúde como interesse de resolutividade. A assistência individualizada concentra a atenção do profissional no indivíduo e não na tarefa a ser cumprida, por si só; ou seja, quando ele administra a medicação, sabe quem é o paciente, seu nome, seu problema de saúde, os efeitos que essa medicação vem apresentando naquele indivíduo e outras características que o auxiliam na minimização dessas falhas.

Além dos benefícios já citados referentes ao papel da SAE na assistência humanizada, podemos também apontar como positivos: o preparo do paciente e família para o auto-cuidado; a satisfação do profissional ao sentir-se mais autônomo e respeitado na equipe e pelo usuário; a comunicação facilitada entre a própria equipe e a multiprofissional; o direcionamento para a passagem de plan-

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: ana-bersusa@ig.com.br

² Enfermeira, Especializada em Saúde Pública e Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde I do Centro de Desenvolvimento da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. Contato: calonso@saude.sp.gov.br

tão e subsídios para auditorias. Enfim, a implantação/implementação da SAE nos serviços de saúde resgata o real papel do enfermeiro focado desde Florence Nightingale, quando se pensava no paciente dentro de um ambiente saudável reduzindo, assim, as infecções e restabelecendo a vida de vários soldados, e que precisa ser retomado pelas enfermeiras, ampliando o seu pensar/fazer no humano com todas as suas interfaces e contextualizações.

Por acreditar que a SAE seja o instrumento para esse resgate, a partir de 2003, com iniciativa de representantes da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), Coordenadoria de Região Metropolitana de Saúde (CRM) e o Instituto de Saúde (IS), foi iniciado o projeto “Tecendo a SAE”. Tal iniciativa, primeiramente, realizou um diagnóstico centrado nas ações de execução da SAE em cada instituição, que depois foram mapeadas e serviram de subsídios para o delineamento do planejamento de implantação para as instituições que nada executavam e para a implementação das que já haviam tido iniciativas próprias em sua adoção.

Hoje, depois da reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde, o escopo do projeto tornou-se ainda maior, abarcando todos os hospitais estaduais do interior e da Grande São Paulo, além dos ambulatórios de especialidades médicas da capital. Esse trabalho motivou o crescimento do grupo, que se fortaleceu, principalmente, devido aos novos representantes agregados, permitindo a constituição de uma comissão central com representações dos hospitais gerais e específicos, ambulatórios, do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos, do Colegiado dos Centros Formadores de Pessoal para a Saúde, além daqueles que iniciaram o projeto. A demanda também exigiu a constituição de comissões locais com interlocutores que fazem um elo de ligação do centro com as bases. Agora estamos realmente tecendo uma teia humana, na qual temos profissionais humanos discutindo e planejando ações para pacientes humanos.