

**Elaboração de um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem
em uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral**

**Elaboration of an Instrument to Systematize Nursing Care in a Vascular Cerebral
Accident Unit**

**Elaboración de un Instrumento para Sistematizar la Atención de Enfermería em uma
Unidad de Accidente Cerebral Vascular**

Recebido: 16/09/2020 | Revisado: 21/09/2020 | Aceito: 25/09/2020 | Publicado: 26/09/2020

Juliana da Costa Madeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8653-1288>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: julianacmadeira@hotmail.com

Ivana Rios Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6558-6407>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: ivana_rius@hotmail.com

Gilcivania Ferreira Alves Pinheiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8207-8738>

Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: gil.ccfav@gmail.com

Albertisa Rodrigues Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8842-2085>

Hospital Geral de Fortaleza, Brasil

E-mail: albertisarodrigues@gmail.com

Albertina Antonielly Sydney de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-1889>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: albertina_sousa@hotmail.com

Resumo

O AVC é uma doença incapacitante, com elevada mortalidade, necessitando de identificação rápida dos sinais e sintomas para intervenção imediata. Este estudo teve por objetivo relatar a experiência acerca da aplicação do Processo de Enfermagem (PE) em uma Unidade de

Acidente Vascular Cerebral (U-AVC). Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, acerca da vivência de enfermeiros de uma U-AVC face à aplicação do PE na referida unidade. O PE apresentava um instrumento de diagnósticos e outro de intervenções de enfermagem baseada nas principais alterações que o paciente diagnosticado com AVC pode apresentar. Entretanto, seguia sem avaliações/atualizações desde 2009. Foram reunidos todos os instrumentos construídos contendo os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionadas ao paciente com AVC e mantidos em uma única pasta-documento na U-AVC para consulta pelos enfermeiros durante o plantão. O PE foi reformulado, incluindo resultados esperados, novas atividades e *design*, proporcionando melhor aceitação e aplicabilidade pela equipe de enfermagem. A adoção de novos instrumentos para a operacionalização do PE gerou exigência das atividades, melhorando a assistência e cuidado prestado ao paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Processo de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Acidente Vascular cerebral.

Abstract

Stroke is a disabling disease, with high mortality, requiring rapid identification of signs and symptoms for immediate intervention. This study aimed to report the experience about the application of the Nursing Process (NP) in a Stroke Unit. It is an experience report, with a qualitative approach, about the nurses' experience of a Stroke Unit in view of the application of NP. The NP presented a diagnostic instrument and a nursing intervention instrument based on the main changes that the patient diagnosed with a stroke can present. However, it continued without updates since 2009. All the instruments constructed containing the diagnoses, results and nursing interventions related to the stroke patient were gathered and kept in a single document folder at the U-Stroke for consultation by nurses during the shift. The NP was reformulated, including expected results, new activities and design, providing better acceptance and applicability by the nursing team. The adoption of new instruments for the operationalization of the NP generated a demand for activities, improving the assistance and care provided to the patient.

Keywords: Nursing; Nursing process; Nursing care; Stroke.

Resumen

El accidente cerebrovascular es una enfermedad incapacitante, con alta mortalidad, que requiere una rápida identificación de signos y síntomas para una intervención inmediata. Este

estudio tuvo como objetivo informar la experiencia sobre la aplicación del Proceso de Enfermería (PE) en una Unidad de Accidente Vascular Cerebral. Es un informe de experiencia, con un enfoque cualitativo, sobre la experiencia de las enfermeras en un Unidad de Accidente Vascular Cerebral en vista de la aplicación de PE en esa unidad. El PE presentó un instrumento de diagnóstico y un instrumento de intervención de enfermería basado en los principales cambios que el paciente diagnosticado con un accidente cerebrovascular puede presentar. Sin embargo, continuó sin actualizaciones desde 2009. Todos los instrumentos construidos que contienen los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería relacionadas con el paciente con ictus fueron recolectados y guardados en una sola carpeta de documentos en el U-Stroke para la consulta de las enfermeras durante el turno. El PE fue reformulado, incluyendo los resultados esperados, nuevas actividades y diseño, proporcionando una mejor aceptación y aplicabilidad por el equipo de enfermería. La adopción de nuevos instrumentos para la operacionalización del PN, generó una demanda de actividades, mejorando la asistencia y la atención prestada al paciente.

Palabras Clave: Enfermería; Proceso de enfermería; Atención de enfermería; Accidente cerebrovascular.

1. Introdução

Considerado como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou também denominado Acidente Vascular Encefálico (AVE), pode ser definido como uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular e com início abrupto dos sintomas, os quais podem variar de acordo com a área cerebral afetada. Além disso, os indivíduos acometidos por AVC manifestam diversas incapacidades que comprometem de forma significativa os três componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): funções e estruturas do corpo, atividade e participação social (Gouveia, Mendes, & Amaral, 2018).

Conforme sua classificação, o AVC pode ser dividido em dois tipos: hemorrágico (AVCh) e isquêmico (AVCi). O primeiro caracteriza-se por um sangramento espontâneo causado pela ruptura de pequenas artérias cerebrais, representando cerca de 10% a 15% dos casos, com mortalidade entre 30% a 56% ao final de 30 dias do evento. O AVCi, por sua vez, se dá por uma obstrução do vaso, frequentemente causado pela formação de placa aterosclerótica ou pela presença de um coágulo, causando isquemia na região irrigada por aquele. Esta, quando é intensa ou prolongada, resulta na morte do parênquima cerebral e,

consequentemente, em perda irreversível das suas funções (Gaspari, 2017).

O AVC é uma doença incapacitante, com elevada mortalidade, necessitando de identificação rápida dos sinais e sintomas para intervenção imediata (Alves, Silva, Dornelles, & Oliveira, 2017). No Brasil, de março de 2014 a março de 2019, foram notificadas 954.088 internações hospitalares para tratamento de AVC. Nesse quantitativo, a região Nordeste se destacou com 261.618 internações, ficando atrás apenas da região Sudeste (Ministério da Saúde, 2019).

Assim, por meio de registros, devem-se monitorar as etapas de atendimento ao paciente com suspeita de AVC, bem como acompanhar a sua evolução. Diante disso, o Ministério da Saúde do Brasil preconizou por meio da Portaria MS/GM nº665/2012 a importância da avaliação em serviços especializados em AVC, reforçando o monitoramento e o registro de indicadores assistenciais. Além disso, regulamentou critérios para atendimento ao paciente com AVC criando centros de urgência Tipo I, II e III, de acordo com a complexidade do serviço prestado (Gaspari, 2017).

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental na assistência, a qual deve estar pautada em sua ferramenta intelectual de trabalho, denominada Processo de Enfermagem (PE). Essa metodologia objetiva organizar e sistematizar o cuidado e envolve cinco etapas inter-relacionadas interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados de Enfermagem ou histórico de Enfermagem; diagnóstico de Enfermagem; planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (2009).

Assim, por meio de um roteiro sistematizado, é possível realizar o levantamento de dados, identificando os problemas e, a partir de então, determinar os diagnósticos de enfermagem, o que possibilita a elaboração de um plano de cuidados voltados às necessidades particulares de cada cliente (COFEN, 2009). Portanto, o PE é compreendido como uma ferramenta metodológica e tecnológica de trabalho que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional de enfermagem.

De acordo com a Rede Brasil AVC (2015), no que tange aos centros habilitados pelo Ministério da Saúde para o atendimento de AVC no país, contabilizam-se 31 estabelecimentos com neurologistas 24 horas e serviços diagnósticos indispensáveis para a identificação do subtipo e, consequentemente, do tratamento que deve ser direcionado. No Ceará, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) conta com uma Unidade de AVC (U-AVC), a maior do país e que já atendeu cerca de 400 pacientes. Conta com 20 leitos, equipes interdisciplinares de plantão 24 horas, além de aparato tecnológico para diagnósticos que

compõem estrutura que se destaca entre hospitais públicos ou privados de todo o Brasil (Governo do Estado do Ceará, 2019).

No âmbito do HGF, a assistência de Enfermagem ao paciente com AVC é realizada em sua admissão na unidade de emergência, durante a realização de exames de imagem para a confirmação do diagnóstico e no transcorrer de todo processo de internação e tratamento. No entanto, durante muito tempo a assistência se baseou em protocolos clínicos institucionais, principalmente para a prestação de cuidados mais diretos e intensivos aos pacientes com AVC.

Considerando os altos índices de morbimortalidade por AVC somados à identificação da necessidade de elaborar e implantar um PE bem estruturado no âmbito da unidade especializada, idealizou-se a criação de um instrumento no qual fossem evidenciados os principais diagnósticos de Enfermagem pertinentes aos pacientes com AVC e que se destinasse ao registro das ações da equipe de Enfermagem. Para assim, conforme a Resolução COFEN N° 358 de 2009, organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.

Ressalta-se que os diagnósticos e os cuidados de enfermagem respaldam cientificamente o cuidado e transformam em registro todas as ações realizadas pela equipe de enfermagem (Oliveira, Girardib, Mazzochic, Báod, & Barcellos, 2014). Dessa forma, a elaboração de um PE pode contribuir para a prestação de uma assistência mais aprimorada e voltada às peculiaridades de cada indivíduo, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade decorrentes do AVC e, conseqüentemente, elevando a qualidade de vida do paciente. Desta forma, pode-se evidenciar a contribuição da Enfermagem no contexto deste agravo à saúde, bem como aumentar a visibilidade e o reconhecimento da equipe envolvida no cuidado.

Para isso, o objetivo deste estudo é relatar a experiência acerca da elaboração e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de AVC (U-AVC).

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo, acerca da vivência de enfermeiros de uma U-AVC face à aplicação e operacionalização do PE na referida unidade.

A abordagem qualitativa, por sua vez, responde a questões particulares de uma pesquisa. No âmbito das Ciências Sociais, essa abordagem se ocupa com um nível de

realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, posto que trabalhe com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2010).

A vivência relatada ocorreu no primeiro semestre do ano de 2015 em uma unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) de um Hospital Terciário de alta complexidade localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. É considerada pioneira em funcionamento desde outubro de 2009, representando um marco para a Saúde Pública do estado. Possui 20 leitos, equipe interdisciplinar (médicos neurologistas e clínicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista e técnicos de Enfermagem), além de alto aparato tecnológico. Desde a sua inauguração, a assistência de Enfermagem foi operacionalizada por meio da elaboração de instrumentos estruturados, especialmente, sobre as demandas de cuidados de pacientes acometidos por AVCi.

No segundo semestre de 2009 foi realizada a reforma da estrutura física da Unidade de Terapia Intensiva 2-Adulto para possibilitar a inauguração e funcionamento da U-AVC em 29 de outubro de 2009. Nesse processo de implantação, enfermeiros advindos UTI/2-Adulto com expertise em cuidados críticos, somam-se aos enfermeiros da U-AVC para estruturação e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Para tanto, foram realizados diversos encontros para discussões baseadas nas leituras de literaturas pertinentes à área, no intuito de consolidar os modelos de registro para histórico, diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem que mais se adequavam ao perfil do paciente internado por AVC (Gaidzinski *et al.*, 2008; Herdman, & Kamitsuru, 2015; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010; Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010).

As impressões e dados das vivências foram registrados e organizados no diário de campo do pesquisador, e sua posterior análise foi realizada agrupando os registros por similaridade de conteúdo, observando-se seus pontos de convergência e/ou divergência, discutindo-os com base na literatura pertinente ao tema.

Por se tratar de um relato de experiência, o presente estudo não teve apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, por envolver relatos e opiniões, foram respeitados criteriosamente os princípios éticos da Resolução N° 466/2012 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, visto em Ministério da Saúde (2012).

3. Resultados e Discussão

3.1 Idealização do plano de cuidados de enfermagem para a U-AVC

A entrada do paciente com suspeita de AVC ocorre no acolhimento da emergência do hospital, composta por dois enfermeiros, um da Clínica Médica e outro da Neurologia, que também pertencem à equipe da U-AVC. Como aponta o Ministério da Saúde (2013), o enfermeiro da Neurologia avalia os pacientes com sinais e sintomas de AVC agudo, pesquisando sinais e sintomas de: início súbito de perda da força e/ou sensibilidade, dificuldade visual, dificuldade de falar, cefaleia intensa súbita e/ou desequilíbrio ou tontura. Ao ser constatado algum desses sinais/sintomas, o paciente é conduzido para o setor de neurologia do hospital e são realizados os exames para confirmar o diagnóstico do AVC e sua classificação. Em caso afirmativo para o AVC do tipo isquêmico, o paciente é direcionado para a U-AVC.

Outra forma de admissão na U-AVC ocorre a partir da constatação de que sinais e sintomas sugestivos de AVCi iniciaram em até 4,5 horas da chegada ao hospital, ou seja, no tempo de janela terapêutica para realização do tratamento trombolítico na tentativa de eliminar ou diminuir os danos.

Seguindo-se o processo de admissão, o enfermeiro faz o acolhimento inicial do paciente e familiares e, juntamente com a equipe técnica, orienta quanto à realização do eletrocardiograma, monitoramento cardíaco, sinais vitais, glicemia capilar, além das rotinas da unidade. Na sequência, realiza-se a primeira etapa do processo de Enfermagem por meio da anamnese exame físico. No momento da coleta de dados são aplicadas as escalas de Glasgow (avaliação do nível de consciência); Rankin (avaliação funcional) e Braden (risco para lesão por pressão). O histórico de enfermagem implementado na U-AVC foi baseado no trabalho de Cavalcante (Cavalcante, 2008).

A partir da coleta de dados, são selecionados os diagnósticos de enfermagem (DE), atribuídos de acordo com o julgamento clínico sobre os problemas reais e/ou potenciais apresentados pelo paciente. Os DE fornecem a base para o planejamento da assistência de enfermagem (estabelecimento dos resultados e intervenções). Para obter os Diagnósticos de enfermagem, atualmente, pode-se utilizar a literatura da *North American Nursing Association International* [NANDA-I] versão 2018-2020 (Herdman, & Kamitsuru, 2018) baseado nas necessidades dos indivíduos.

É inegável que o agrupamento desses principais DE é um promissor subsídio para

guiar a prática clínica dos enfermeiros na Unidade. Vale ressaltar que a finalidade dos protocolos clínicos, em geral, devem ser rotina para guiar a ação e os cuidados dos profissionais, sempre se adequando à realidade particular de cada serviço. Além disso, são bem fundamentados, pois apresentam como base para sua elaboração, conhecimentos particulares de profissionais aliados a evidências e pesquisas científicas. Então, é de suma importância que seja alcançado o seu objetivo, ou seja, padronizar ao máximo as condutas, fazendo com que sejam reduzidas tanto a variabilidade de processos assistenciais, quanto a requisição de procedimentos e exames que não são necessários ao usuário do serviço. Nesse contexto, o primeiro passo é conhecer, justamente, os principais DE para planejar e intervir da melhor forma (Coradini, Pereira, Machado, Rangel, & Ilha, 2020).

3.2 Construção do plano de cuidados de enfermagem

Na parte inicial do instrumento para os diagnósticos de enfermagem (DE) constam os dados para a identificação do paciente, unidade, leito e diagnóstico médico. Construído em forma de tabela, o instrumento foi organizado da seguinte forma: a parte do lado esquerdo, foram inseridos 19 diagnósticos com as principais características definidoras e os fatores relacionados ou fatores de risco. Seguindo a coluna dos DE à direita, temos 7 (sete) colunas que representam as datas que são anotadas à medida da avaliação diária realizada pelo enfermeiro.

Ao final desse instrumento, foi deixado espaço em branco para que o enfermeiro pudesse acrescentar mais um diagnóstico, além dos 19 previamente elaborados, e ainda, as seguintes siglas para avaliação diária dos diagnósticos correspondentes: DI (dia de internação), P (presente), Me (melhorado), Pi (pioorado), I (inalterado) ou Re (Resolvido).

A etapa de planejamento do PE na U-AVC é realizada diariamente pelo enfermeiro da escala de plantão noturno, formulando o plano terapêutico de cuidados que tem validade por 24 horas. O instrumento para prescrição diária das intervenções/atividades, dá-se de acordo com os diagnósticos de enfermagem, bem como foram planejadas outras atividades de cuidados diários necessários ao paciente que não têm relação com os diagnósticos.

A operacionalização do PE da unidade em estudo é documentada utilizando-se dois instrumentos específicos, um para diagnósticos de enfermagem e outro contendo as intervenções/atividades de enfermagem. Para construção e elaboração dos instrumentos, utilizamos como referência o sistema de assistência de enfermagem adotado pelo Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Gaidzinski et al., 2008).

Nesse estudo, foram utilizadas as literaturas vigentes na época, ou seja, para os diagnósticos de enfermagem, adotamos a taxonomia da NANDA-I versão 2015-2017 (Herdman, & Kamitsuru, 2015), os resultados de enfermagem de acordo com a Classificação da NOC (2010) em (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010) e para as intervenções de enfermagem, foi utilizada a Classificação da NIC (2010) (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010).

Assim, foram reunidos todos os instrumentos construídos contendo os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionadas ao paciente com AVC e mantidos em uma única pasta-documento na U-AVC para consulta pelos enfermeiros durante o plantão. A seguir, listamos os diagnósticos de enfermagem: risco de glicemia instável; eliminação urinária prejudicada; constipação; deambulação prejudicada; mobilidade física prejudicada; mobilidade no leito prejudicada; risco de perfusão tissular cerebral ineficaz; padrão respiratório ineficaz; déficit no autocuidado para banho/higiene; percepção sensorial perturbada; comunicação verbal prejudicada; ansiedade; comportamento de saúde propenso a risco; risco de infecção; risco de aspiração; desobstrução ineficaz de vias aéreas; integridade da pele prejudicada; risco de integridade da pele prejudicada; dor aguda.

A partir da nossa vivência, três diagnósticos estão sempre presentes na maioria dos pacientes com AVCi: risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco de infecção. Outros diagnósticos frequentemente identificados foram: risco de glicemia instável; risco de aspiração; eliminação urinária prejudicada; deambulação prejudicada, mobilidade física prejudicada ou mobilidade no leito prejudicada; risco de integridade da pele prejudicada e comunicação verbal prejudicada.

Sobre a análise realizada no instrumento de DE, foi possível identificar que a unidade apresenta um modelo que permite a implementação do PE de modo individualizado. Além disso, o *design* do instrumento permite que o enfermeiro visualize a evolução do paciente durante uma semana.

Quanto ao instrumento para intervenções de enfermagem, apesar de observar o julgamento cauteloso para seleção das atividades que possibilitassem a reabilitação do paciente, nem todos os enfermeiros prescreviam qual era a atividade mais adequada para alcançar o melhor resultado, e somente prescreviam atividades mais “comuns” e “rotineiras”.

Além disso, a equipe do plantão noturno queixava-se, frequentemente, que os instrumentos eram extensos e demorados para execução, visto que a prescrição das atividades era realizada manualmente. Em algumas prescrições foi possível observar registros incompletos das intervenções necessárias para alcançar os resultados esperados.

É importante ressaltar que o processo de raciocínio e julgamento diagnóstico e terapêutico é realizado pelo enfermeiro do plantão noturno para ser executada pela equipe de enfermagem do plantão diurno e noturno. Os enfermeiros queixavam-se usualmente que no plantão noturno, além da operacionalização e implementação dos cuidados ao paciente fundamentado no PE, há muitas atividades administrativas e burocráticas para serem cumpridas como: fechamento de censo de entradas e saídas de pacientes na unidade e a atualização do livro de ocorrências conferindo todos os exames dos pacientes e seus respectivos preparos para o dia seguinte.

A partir das observações supracitadas e da experiência acumulada pela prática clínica dos enfermeiros, foi possível elaborar um novo instrumento para operacionalização do PE na U-AVC. Nesse novo instrumento, além dos diagnósticos e intervenções, foi possível inserir os resultados esperados, seguido da sua definição, visto que nos instrumentos anteriores era necessário consultar a pasta-documento e considerar os resultados esperados para prescrever as intervenções adequadas.

As atividades não dependentes exclusivamente de um diagnóstico (atividades de rotina no cuidado ao paciente) continuaram na parte inicial, no entanto já aprazadas de acordo com a dinâmica assistencial do paciente com AVC, ficando somente para registro quando indicado, a data de renovação do cateter periférico. Nesse novo instrumento a atividade de banho no leito ou no chuveiro ficou vinculada ao diagnóstico de enfermagem de déficit no autocuidado.

Na prescrição individualizada de enfermagem, a seleção para apresentação dos diagnósticos foi a seguinte: ventilação, pele/cuidados de higiene, estado neurológico, dor, glicemia, eliminações fisiológicas, mobilidade física, comunicação, estado mental e riscos. Essa forma de apresentação foi realizada pelas enfermeiras com base no conhecimento e na experiência clínica no cuidado ao paciente com AVC, proporcionando uma visão apurada e minuciosa das condições clínicas do paciente, permitindo um melhor conhecimento dos seus problemas reais e potenciais, melhorando a capacidade do enfermeiro de planejar os cuidados prioritários e adequados a serem realizados.

3.3 Análise da implantação do instrumento na unidade

Considerando as observações apresentadas pela equipe de enfermagem, para buscar uma nova forma de pensar o PE no nosso dia-a-dia, que nos proporcionasse uma tomada de decisão clínica mais acertada e em menor tempo, foi construído um instrumento contendo diagnósticos, resultados e intervenções. Além disso, atividades de enfermagem que não

costumavam ser prescritas, tiveram maior adesão quanto à execução por parte da equipe, permitindo uma melhoria na assistência ao paciente com AVC.

Para Horta (1979), o PE deve ser um modelo para coleta de informações, dinâmico, inter-relacionado e de fácil compreensão pela equipe de enfermagem. Sem deixar de possuir, ainda, parâmetros flexíveis que permitam adaptação às necessidades de cada serviço. Portanto, ao concluir o instrumento para aplicação na U-AVC, submetemos à avaliação para certificação de sua flexibilidade e aplicabilidade por parte das equipes.

Além disso, pode-se adicionar que ao adotar um protocolo específico para a assistência a um paciente submetido a trombólise na presença de AVCi, é possível obter inclusive a diminuição de custos para manutenção dos pacientes na Instituição, assim como ocorreu em um estudo realizado em um hospital de grande porte em São Paulo, no qual houve redução no tempo de internação e na taxa de mortalidade (de 21% para 13%) (Coradini et al., 2020; Ramão, Ferraz, & Guirado, 2018).

A partir disso, com aproximadamente três meses de utilização do novo instrumento do PE, foi possível observar que a equipe de enfermagem ampliou seu olhar quanto às atividades que podem ser desenvolvidas para o cuidado do paciente. Foi uma experiência significativa receber sugestões e críticas da equipe, que se interessou pelo processo de avaliação e operacionalização do PE. Isso mostrou que todos precisam de um “despertador” para transformar e mudar suas atitudes.

Afinal, para se chegar a um plano de cuidados eficaz e resolutivo, é necessário que se observe todos os aspectos, na integralidade do caso. Essa responsabilidade de elaborar o plano de cuidados parte, sobretudo, do enfermeiro e exige que ele tenha a capacidade de identificar as situações-problema e pontuá-las para a partir dessa análise e interpretação, buscar a melhor forma de intervir (Pissaia, Rehfeldt, Costa, Moreschi, & Thomas, 2020).

No entanto, viu-se no local de pesquisa que muito ainda precisa ser feito para despertar, em alguns profissionais, mudanças de atitudes, para que possam compreender que o Processo de Enfermagem é o eixo estruturante da prática profissional do enfermeiro.

4. Considerações Finais

Pode-se observar que o Processo de Enfermagem necessita ser periodicamente avaliado, atualizado e revisto pela equipe para que o cuidado seja implementado com qualidade e segurança. Nesse trabalho, foi possível constatar a satisfação da equipe diante dessa nova forma de operacionalizar o PE, agora mais detalhado e objetivo. Além disso,

também foi vista uma melhora na prática clínica dos enfermeiros da Unidade, ou seja, um recurso subsidiador para uma melhor realização das atividades, individualizadas, aos pacientes com AVC.

A equipe de enfermagem, principalmente o profissional enfermeiro, com grande frequência, está fortemente envolvido com procedimentos burocráticos, o que tem dificultado a execução da assistência profissional fundamentada no PE. Dessa forma, este novo instrumento do PE estimula a adesão da equipe a utilizá-lo na sua rotina, já que facilita a identificação dos principais DE e intervenções, e insere os resultados esperados, seguidos da sua definição. Com isso não é mais necessário consultar a pasta-documento e considerar os resultados esperados para prescrever as intervenções adequadas.

Consideramos pertinente apontar algumas limitações do presente estudo, entre elas, a especificidade do nosso processo de trabalho e do instrumento construído para utilização em Unidades de AVC habilitadas do tipo III, o que impossibilita generalizar os resultados. Assim, a realização de estudos com a implementação de um PE equivalente, também nas Unidades habilitadas como tipo I e II, é encorajada. Além disso, a ausência da análise da ligação entre a implementação desse novo instrumento e o melhor prognóstico dos pacientes, pode ser referida como uma limitação.

No entanto, este PE, além de ter se tornado mais rigoroso e detalhado, também atuou dando suporte para definição dos DE, melhores intervenções e resultados esperados para cada paciente, de forma mais rápida e efetiva. Logo, este instrumento é um potencial meio para se melhorar a assistência e, conseqüentemente, a reabilitação do paciente.

Referências

Alves, F. A. C., Silva, M. M. M. F. P., Dornelles, S. S., & Oliveira, M. L. (2017). *Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação*. Rev. Bras. Enferm., 70 (3), 495-503. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300495&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. Elsevier. Tradução de Soraya Imon de Oliveira et al. (5a ed.). Rio de Janeiro.

Cavalcante, T. F. (2008). *Diagnóstico de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará - Fortaleza-CE. Recuperado de: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2046>.

Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Resolução COFEN nº 358/2009 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*. Brasília. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

Coradini, J. S., Pereira, V. C., Machado, K. F. C., Rangel, R. F., & Ilha, S. (2020). *Protocolo clínico para acidente vascular cerebral: desenvolvimento de um instrumento informativo*. Research, Society and Development, 9(6). Recuperado de: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3211/3626>.

Gaidzinski, R. R., Soares, A. V. N., Lima, A. F. C., Gutierrez, B. A. O., Cruz, D. A. L. M., Rogenski, N. M., & Sancinetti, T.R. (2008). *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Artmed. Porto Alegre.

Gaspari, A. P. (2017). *Indicadores da assistência ao paciente com acidente vascular cerebral isquêmico e ataque isquêmico transitório*. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. Recuperado de: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/53493/R%20-%20D%20-%20ANA%20PAULA%20GASPARI%20.pdf?sequence=1&>.

Gouveia, M. L. A., Mendes, C. K. T. T., & Amaral, A. K. F. J. (2018). *Construção e validação de instrumento para uso de ventilação mecânica não invasiva em idosos após acidente vascular encefálico*. Revista Online de Pesquisa Cuidado é fundamental. V. 10. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7652/6621>.

Governo do Estado do Ceará. (2020). *Unidade de AVC do HGF – o atendimento que faz a diferença*. Recuperado de: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/component/content/article/7-instituicao/44145-unidade-de-avc-do-hgf-o-atendimento-que-faz-a-diferenca>.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ North American Nursing Association International (NANDA – I)*. Artmed. Tradução de Regina Machado Garcez. (10a ed.). Porto Alegre.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ North American Nursing Association International (NANDA – I)*. Artmed. Tradução de Regina Machado Garcez. (11a ed.). Porto Alegre.

Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2010). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes. (29a ed.). Petrópolis.

Ministério da Saúde. (2012). *Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União. Brasília. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Ministério da Saúde. (2019). *DATASUS – Tecnologia da Informação à Serviço do SUS. Internações Hospitalares para Tratamento de Acidente Vascular Cerebral (Isquêmico ou Hemorrágico Agudo)*. Brasília. Recuperado de: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>.

Ministério da Saúde. (2013). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC*. Editora do Ministério da Saúde. 50 p. Brasília. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Elsevier. Tradução Regina Machado Garcez. (4a ed.). Rio de Janeiro.

Oliveira, M. T., Girardib, V., Mazzochic, V.M., Báod, A. C. P., & Barcellos, R.A. (2014). *Planejamento da assistência de enfermagem: Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral (AVC)*. II Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG

(resumo). 2(2). Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Recuperado de: <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/807-809/1032>.

Pissaia, L. F., Rehfeldt, M. J. H., Costa, A. L. K., Moreschi, C., & Thomas, J. (2020). *Qualificação da assistência e o ensino do Processo de Enfermagem como método de realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem*. Research, Society and Development, 9(6). Recuperado de: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2913/3804>.

Ramão, G. B., Ferraz, R. R. N., & Guirado, G. M. P. (2018). *Redução dos custos e do tempode internação em um hospital público da capital paulista com a implementação do protocolo de trombólise em acidente vascular cerebral isquêmico*. Revista De Tecnologia Aplicada (RTA), 7(1), 3-10. Recuperado de: <http://www.cc.faccamp.br/ojs-2.4.8-2/index.php/RTA/article/view/1030/576>.

Rede Brasil AVC. (2015). *Hospitais da Rede Brasil AVC*. Recuperado de: <http://www.redebrasilavc.org.br/para-profissionais-de-saude/hospitais-rede-brasil-avc2/>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Juliana da Costa Madeira – 30%

Ivana Rios Rodrigues – 15%

Albertisa Rodrigues Alves – 15%

Gilcivania Ferreira Alves Pinheiro – 15%

Albertina Antonielly Sydney de Sousa – 25%