

Curso: Enfermagem

Equipe:

Professor Coordenador/Orientador: Fabiana Paulino Alves

Professores extensionistas: Divanda Cruz Rocha
Daiane de Queiroz

Alunos: Franciele Medeiros Dantas
Ivaneide Maria da Silva Castro
Pollyana Florêncio de Araújo Costa
Soraya Morgana de Andrade Rodrigues

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROPOSTA DE
IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA**

Relatório de Projeto de Extensão

**Campina Grande-PB
2012**

FABIANA PAULINO ALVES

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROPOSTA DE
IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA**

Relatório de Projeto de Extensão apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

Campina Grande-PB
2012

RESUMO

O presente projeto constituiu-se de atividade extensiva, que teve como proposta oferecer o suporte teórico, científico e metodológico para os profissionais de enfermagem necessários à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e à implementação do Processo de Enfermagem. O mesmo foi realizado em uma instituição hospitalar pública de urgência e emergência no município de Campina Grande, Paraíba sendo o campo de atuação a Unidade de Terapia Intensiva adulta da referida instituição, com população composta pela equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

A metodologia utilizada desenvolveu-se em três etapas: A primeira etapa foi referente a uma avaliação diagnóstica, a partir de informações repassadas pelas coordenadoras das UTI's adulto, sobre assistência prestada, recursos humanos, materiais e estruturais dessas unidades; A segunda etapa diz respeito à capacitação dos enfermeiros acerca da SAE, que foi realizada em forma de minicurso elaborado a partir dos resultados obtidos na primeira etapa (avaliação diagnóstica), sendo realizado no mês de outubro (09, 18, 25) e novembro (01) de 2012, conforme plano didático em anexo (apêndice F); A terceira etapa foi referente à implementação da SAE na UTI adulto, ou seja, processo de implantação da nova ficha do histórico de enfermagem (1ª etapa do processo – coleta de dados) para realizar os registros referentes à investigação e avaliação feitas ao paciente pelo profissional enfermeiro. Esta etapa teve início no mês de fevereiro de 2013 sendo determinado um período de 90 dias para teste piloto da nova ficha. Após o teste piloto, foi realizada uma reunião entre os membros do projeto de extensão e coordenadoras das UTI's para avaliar as necessidades de mudanças ou adaptações referentes à ficha de coleta de dados da instituição.

Portanto, a execução da SAE possibilita que o enfermeiro preste seus cuidados de acordo com as necessidades básicas do ser humano, podendo definir as ações sistematizadas e inter-relacionadas, para oferecer uma melhor qualidade de assistência, sendo esta a relevância do referido projeto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	07
2.1 A ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA	07
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	09
2.2.1 Histórico de enfermagem: processo de investigação	09
2.2.2 Diagnóstico de enfermagem: análise e interpretação dos dados	10
2.2.3 Planejamento da Assistência de Enfermagem: resultados esperados e Prescrição.....	11
2.2.4 Implementação dos cuidados: realização dos cuidados prescritos	12
2.2.5 Avaliação: processo de evolução do paciente frente a assistência prestada	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES.....	15
5 CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES.....	24
ANEXOS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A Resolução COFEN 358/2009, determina que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) seja instituída em ambientes públicos e privados, onde se preste cuidados profissionais de enfermagem, através da implementação do Processo de Enfermagem (PE). A SAE é considerada uma organização e sistematização do processo de trabalho que traz vantagens para o paciente, para a equipe de enfermagem e para a instituição, visto que a aplicação do PE possibilita uma melhor qualidade na assistência, uma vez que o planejamento e a implementação das ações de enfermagem deverão se voltar às reais necessidades do cliente, bem como proporciona melhores condições de trabalho aos profissionais, o que repercute na qualidade da assistência ofertada pela instituição.

Conhecida também como Metodologia da Assistência, Sistematização da Assistência, Processo de Enfermagem (PE), Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir e Consultar de Enfermagem, a SAE é um método de trabalho cuja implementação é da competência do enfermeiro com participação do técnico em enfermagem (CRUZ; ALMEIDA, 2009).

De acordo com Pimpão et al (2010) ao abordar a SAE, por meio do processo de enfermagem (PE), subte-se que os registros de enfermagem sobrevivem todas as suas fases, anotar no prontuário do paciente/cliente as informações completas, desde o histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência, até a evolução/avaliação de enfermagem.

Malucelli et al (2010), ressalva que o PE exige “conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual”; pois como a própria palavra nos remete, processo é constituído por etapas e indica um conjunto de ações executadas face ao julgamento sobre as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em determinado momento do processo saúde e doença.

As autoras supracitadas enfatizam que o cuidado profissional de Enfermagem é um fenômeno resultante de um empreendimento humano, desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoamento em atividades de educação permanente, que resultem numa prática reflexiva e crítica dos profissionais da enfermagem.

De acordo com Simões e Silva et al (2009) faz-se necessário ampliar a cultura de qualidade nos serviços de enfermagem e capacitar os enfermeiros para a análise de resultados, desenvolvendo uma reflexão sobre a assistência de enfermagem e seus processos, buscando a melhoria contínua da assistência.

Assim, segue-se uma questão norteadora: existem requisitos para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem?

A despeito disso, a SAE constitui importante instrumento de informação, favorecendo a implantação de padrões e critérios para assistência, tornando possível, também, o estabelecimento de suas prioridades (MOURA, et al, 2011). Tannure e Gonçalves (2008) afirmam que a autonomia na profissão (enfermagem) só será adquirida quando toda a classe começar a utilizar essa metodologia científica em suas ações, ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do processo de enfermagem.

Todavia, o que se observa na prática é que nem todos os profissionais encontram-se aptos para trabalhar com esta metodologia, seja no âmbito hospitalar ou não. Um dos motivos relacionado é o fato de que muitos profissionais não obtiveram esse conhecimento durante sua vida acadêmica, sendo esta abordagem instituída na graduação de enfermagem a pouco mais de oito anos; para os profissionais que já obtiveram este conhecimento na academia, falta a sua prática nas instituições hospitalares que, na maioria das vezes, não estão preparadas ou não se interessam em dar o suporte necessário à viabilidade dessa assistência. Embora a SAE tenha sido incorporada a prática do profissional de enfermagem desde 2002, através da Resolução COFEN 272/2002 (BRASIL, 2002) e sua implementação seja cobrada pelo Conselho Federal de Enfermagem em todos os níveis de atenção a saúde, a maioria das instituições de saúde, bem como os profissionais de enfermagem, estão enfrentando dificuldade para aprender e implementar esse processo de trabalho no seu serviço.

Desta forma, o presente projeto de extensão objetivou iniciar processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital de urgência e emergência e em específico realizar uma avaliação diagnóstica com os profissionais de enfermagem da UTI adulto acerca do conhecimento prévio sobre a SAE; Sensibilizar os profissionais quanto à importância da construção da SAE baseado nos conhecimentos teórico- científicos; Capacitar os enfermeiros para serem facilitadores da equipe técnica; Aplicar instrumento metodológico para

documentação dos registros referentes ao processo de trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, de modo a viabilizar a implantação da SAE no referido serviço.

Em se tratando da demanda de serviços de enfermagem em uma UTI, este é, deveras, complexo e criterioso, sobretudo cansativo para o profissional, haja vista ser um trabalho de abordagem holística, ou seja, que atenda às necessidades biopsicossociais do paciente. Para atender a tais necessidades a utilização da SAE deve ser instituída, por possibilitar uma organização e sistematização da assistência prestada, de modo que esta seja efetiva, favorecendo o restabelecimento do paciente ou prestando um atendimento digno àqueles que estão no seu último minuto de vida, assim como possibilitando ao profissional melhor qualidade no serviço prestado.

A proposta de implantação da SAE neste ambiente hospitalar tornar-se relevante para as três categorias de pacientes: aqueles com doença aguda reversível, para os quais a possibilidade de sobrevida sem a internação em UTI é baixa; aqueles com probabilidade de se tornarem agudamente enfermos, necessitando de monitorização/observação; e, por fim, os com baixa probabilidade de sobrevida sem UTI, mas que podem se beneficiar do cuidado intensivo com sobrevida maior (RATTON, 1999).

Segundo Cruz e Almeida (2009) a SAE propõe visibilidade das ações da equipe de enfermagem e promove a integralidade do cuidado ao paciente, sendo que nos aspectos legais, o enfermeiro é responsável pela implementação, planejamento, organização, execução e avaliação da SAE, por isso se supõe que todos os membros da equipe estejam aptos de acordo com suas competências profissionais.

Deste modo, o presente projeto tem sua relevância por ter como proposta oferecer o suporte teórico, científico e metodológico para dos profissionais de enfermagem necessários a implementação da SAE, buscando contribuir com a qualidade da assistência prestada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No decorrer da sua história a enfermagem vem conquistando caminhos, a partir da construção de seus princípios, da instituição de normas necessárias a sua prática, como também vem construindo, desenvolvendo e tornando amplo seu campo de conhecimento científico e prática a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

2.1 A ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

Dentre uma gama de profissões enfatizamos o exercício da enfermagem como uma profissão de grande importância para a construção de uma assistência qualificada a saúde, onde a metodologia de trabalho deva ser clara, prática e estar de acordo com a realidade de cada localidade.

A enfermagem é uma profissão que tem como objetivo principal o cuidar, dentro dos padrões biopsicossocial, com a finalidade de promover a saúde, observando o cliente de forma holística e assim promovendo a proximidade entre profissional e cliente (HORTA, 1979). Cuidar é um verbo cuja ação exige, em seu contexto no mínimo a participação de duas pessoas, ou seja, um que faça o papel de cuidador (enfermeiro) e outro que assuma o papel de ser cuidado (cliente), gerando uma harmonia entre cliente e enfermeiro (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Na década de 1950, teve início as inúmeras tentativas de organização do conhecimento através de modelos de novos conceitos que serviam de referencial para o surgimento das teorias de enfermagem, que traria a valorização da profissão enquanto ciência formando uma linguagem específica para a enfermagem.

É preciso que os enfermeiros estudem para que assim possam compreender a estrutura filosófica que norteiam as teorias específicas a sua prática, pois então só assim terão capacidade de avaliar as condições e probabilidade de por em prática no seu dia-a-dia. Contudo vale salientar que estas teorias são de suma importância, quando da técnica, uma vez que ele serve de guia durante a assistência, sendo assim essas teorias devem ser aplicadas através do processo de enfermagem (LEOPARDI, 1999).

Como qualquer outra profissão a enfermagem possui vários modos de atuar, como também infinitas ideias construindo o saber e o conhecimento, no qual proporcionará a prestação de serviço à sociedade. Antigamente eram muitos os questionamentos sobre o modo de agir dos enfermeiros, foi a partir destes questionamentos que se passou dar mais ênfase aos princípios científicos nos procedimentos, por isso surgiu a necessidade de se refletir sobre uma nova forma de aquisição de conhecimento científicos, tornando a enfermagem mais autônoma. Então surgiu, na década de 1960, um luta para elaborar os modelos e as teorias de enfermagem, com a finalidade de descrever, detalhar e caracterizar os fenômenos que lhe são pertinentes, e por fim tornar claro e lúcido os fatos e suas relações (GEOVANNI, 2002).

O conceito de enfermagem referencia sua principal atividade que é o cuidar, destacando a importância de um conhecimento mais aprofundado do profissional sobre o processo de cuidar em enfermagem ou processo de enfermagem. Para Barroso (2004), a SAE não é um processo novo, embora não seja conhecida com esta nomenclatura; podemos observar que este processo vem sendo utilizado desde o surgimento da enfermagem, através de Florence Nightingale quando ela ensinava as enfermeiras a observar e julgar tal observação. Esse norteamento científico e tecnológico revolucionou a enfermagem, mudando o conceito do cuidar, incorporou várias possibilidades da salvar vidas; sobretudo a enfermagem deve se posicionar diante deste avanço para que os valores humanos tenham prioridades.

Para que a enfermagem proporcione uma assistência adequada e digna ao cliente é preciso uma estrutura organizacional direcionada aos cuidados humanos, recursos físicos e materiais (MATTÉ et al, 2001). A enfermagem vem repassando no decorrer de sua evolução a necessidade de que cada profissional possa contribuir para o crescimento científico, abolindo a assistência vinculada só as técnicas. Será na execução de uma assistência oriunda do conhecimento científico que teremos a SAE, modelo essencial de cientificidade de nossa prática e no crescimento da profissão sendo a aplicação da mesma a única forma do profissional atingir sua autonomia e essência.

Estamos na era do conhecimento, portanto é importante que a enfermagem se conscientize quanto à necessidade de buscar hábitos na maneira de organizar o trabalho, em suas atitudes relacionadas às interações múltiplas, como também relacionadas às dimensões, abrangências e especificidades (ERDMANN, et al, 2006). A SAE é uma metodologia perfeita para que o enfermeiro possa aplicar seus conhecimentos científicos durante sua prática assistencial, pois

favorece o cuidado e a organização das necessidades e dos serviços a serem prestados (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Desde 1986, o planejamento da assistência é uma imposição legal com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art. 11: “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe privativamente: c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1986).

É oportuno destacar que o processo de enfermagem é tido como a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita em todo o mundo, havendo assim uma maior facilidade na troca de informações entre enfermeiro de várias instituições.

A execução da SAE possibilita que o enfermeiro preste seus cuidados e ou uma assistência de acordo com as necessidades básicas do ser humano, assim podendo definir as ações sistematizadas e inter-relacionadas, para oferece uma melhor qualidade de assistência.

De acordo com Santos e Dourado (2007), a plenitude de um profissional surge a partir da implementação que se agrupa ao cuidar como “modo de ser”. É dessa forma, utilizando de virtudes imprescindíveis como a competência, habilidade, generosidade e solidariedade, que o enfermeiro ainda tem a capacidade de adequar e conciliar todas as atividades, tanto as burocráticas como a assistência ao cliente. Portanto, a SAE é um processo mediado através da linguagem verbal não verbal, caracterizada pela qualidade da assistência, ao cliente. Durante esta relação humana se faz necessário a troca de informações na qual proporciona experiências significativas para ambos, “cuidador e cliente”, caminhando para uma assistência sensível, solidária e integrativa.

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

De acordo com Tannure e Gonçalves (2008), a SAE é distribuída e desenvolvida através de etapas, fases bem elaboradas; portanto, a maioria dos autores defende a tese de que são necessárias cinco etapas ou fases do processo de enfermagem: investigação ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, intervenção ou implementação de enfermagem, e avaliação.

2.2.1 Histórico de enfermagem: processo de investigação

A primeira etapa do processo é o histórico de enfermagem, está relacionado com a coleta de dados do cliente, ou seja, suas queixas, fatores antecedentes e/ ou predisponentes, que possam determinar o estado de saúde do cliente, como também identificar alguns problemas de saúde reais. Esta etapa proporciona a construção de um método direto durante a coleta de dados, selecionando os dados de maior relevância (SMELTZER; BARE. 2002 *apud* DINNIZ; BEZERRA; FERREIRA, 2006).

A entrevista ainda é o método mais usado pelos enfermeiros para coletar dados, seguido do exame físico e complementando com os resultados laboratoriais e testes para diagnósticos. Este é o primeiro contato do enfermeiro com o cliente, portanto é importante que o profissional obedeça aos princípios gerais para uma boa realização da entrevista e coleta de dados (JESUS, 2002 *apud* DINNIZ; BEZERRA; FERREIRA, 2006). Esta primeira fase também chamada de investigação possibilita avaliar e determinar o estado de saúde do cliente, da família e ou comunidade, tendo como objetivo principal a identificação dos problemas, suas preocupações e reações humanas. Por isso é importante que o enfermeiro colete informações mais precisa possível, a fim de estabelecer o perfil de saúde ou doença do cliente (TANNURE; GONÇALVES, 2008). De acordo com Alfaro-LeFevre (2005), cinco pontos podem facilitar o profissional para que ele possa realizar uma coleta sistematizada e ordenada: coletar, validar, agrupar, identificar e registrar todas as informações e dados.

2.2.2 Diagnóstico de enfermagem: análise e interpretação dos dados

Esta fase do processo será onde a enfermagem irá analisar e identificar os problemas traçando seu diagnóstico de enfermagem, tendo como objetivo a ser alcançado a conclusão dos problemas ou as necessidades de saúde do cliente, família e ou comunidade, adotando uma intervenção através do plano de cuidado.

O planejamento clínico sobre as respostas do indivíduo será feita através do diagnóstico de enfermagem, como também seus processos vitais reais ou potenciais. É através do diagnóstico que o enfermeiro poderá selecionar suas intervenções de enfermagem, de modo que possa

alcançar um resultado esperado, no qual a enfermagem é totalmente responsável (NANDA, 2008).

Nesta etapa denominada de diagnóstico de enfermagem o processo é executado tendo como base os problemas reais, de acordo com o presente e os potenciais relacionados ao futuro, a exemplo podemos citar sintomas de disfunção fisiológica, comportamentais, ou espirituais (CARPENITO, 1997 *apud* TANNURE; GONÇALVES, 2008). Para que o enfermeiro possa realizar o diagnóstico de enfermagem, é preciso ter conhecimento técnico-científico e capacidade para analisar, julgar e interpretar os dados obtidos (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Os profissionais devem atentar para que os diagnósticos não sejam identificados de forma aleatória e sim de forma ordenada conforme sua prioridade, levando em consideração o grau de gravidade do cliente, estabelecendo uma lógica para as etapas seguintes.

2.2.3 Planejamento da Assistência de Enfermagem: resultados esperados e prescrição

A etapa de planejamento consiste na elaboração dos seguintes passos: o estabelecimento de prioridades entre os diagnósticos identificados; a fixação de resultados a serem alcançados com o cliente, se possível, a fim de corrigir, minimizar ou evitar os problemas. Permite, portanto, o registro escrito de diagnósticos de enfermagem, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem de modo organizado. (ALFARO-LEFREVE, et al. 2005).

Para Horta (1979), esta é uma etapa que serve como instrumentos básicos de enfermagem, ou seja, um processo puramente intelectual, onde serão tomadas todas as decisões com a finalidade de alcançar objetivos estimados. O planejamento na verdade se resume a um plano de ação estabelecido pelo enfermeiro com a finalidade de alcançar os resultados mais positivos possíveis com a ajuda do diagnóstico de enfermagem (BACHION, 2002 *apud* TANNURE; GONÇALVES, 2008).

De acordo com Alfaro-LeFevre (2005), o planejamento da assistência ou plano de cuidado, se torna importante por vários motivos nos quais podemos relacionar:

- Promoção da comunicação e relacionamento entre cuidadores;
- Direcionamento do cuidado e sua documentação;
- Criação de um registro no qual pode ser utilizado em pesquisas e em situações legais;

- Fornecimento de alguma documentação para atendimento de saúde e reembolso de seguro.

Desse modo, será nesta etapa que faz necessário os plantões de cuidados, nos quais permitem que os profissionais enfermeiros mantenham uma comunicação a partir do estabelecimento de resultados esperados para cada necessidade (diagnóstico de enfermagem) levantada durante a anamnese e o exame físico dos clientes (TANNURE; GONÇALVES, 2008). Nesta etapa do processo o enfermeiro deve agir priorizando os diagnósticos de enfermagem, nos quais é comum serem identificados múltiplos diagnósticos, tornando impossível que se estabeleça um plano de cuidado para cada um deles, devendo o profissional analisar quais deverão ser atendidos de imediato ou a curto prazo, esta priorização também pode ser estabelecida em conjunto com a equipe para que possa ser incluso as metas e objetivos (BACHION, 2002 *apud* DINNIZ; BEZERRA; FERREIRA, 2006).

2.2.4 Implementação dos cuidados: realização dos cuidados prescritos

É nesta fase do processo que toda a equipe de enfermagem deve atuar, colocando em prática todo o processo e executando todo o plano de cuidados por meio de intervenções de enfermagem.

Segundo Alfaró-LeFevre (2005), será durante esta etapa que o enfermeiro irá executar sua prescrição de acordo com as avaliações na qual foram feitas nas etapas anteriores, a prescrição serve como documentação para o profissional, como também um meio para monitorar o estado de saúde do cliente, resolver os problemas e promover a saúde. As prescrições devem obrigatoriamente conter data, a ação a ser realizada (os procedimentos) e a assinatura do profissional responsável.

A equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares irão por em prática a implementação da assistência, tendo como meio norteador para execução desta a prescrição de enfermagem. Para uma boa implementação do plano de cuidados é importante observar alguns pontos:

- Estabelecer as prioridades diárias;
- Investigar e reinvestigar, coletando os dados de forma permanente, enquanto se realiza as intervenções, com a finalidade de monitorar as respostas do cliente;

- Realizar as intervenções e modificações quando necessárias.

É importante que o enfermeiro realize suas intervenções observando cuidadosamente a resposta do cliente, questionar na intenção de descobrir o que está errado para conseqüentemente fazer as devidas modificações necessárias.

2.2.5 Avaliação: processo de evolução do paciente frente a assistência prestada

A quinta fase do processo de enfermagem consiste na evolução de enfermagem, onde o enfermeiro irá relatar e relacionar diariamente todas as mudanças surgidas que ocorrem com o cliente, família ou comunidade, enquanto estiver sob os cuidados assistenciais desta equipe (HORTA 1979).

Para que a evolução seja completa e concisa ela deve conter alguns aspectos relacionados as mudanças psicológicas, psicossociais, psicoespirituais, observados e apresentados pelo indivíduo durante sua assistência de enfermagem, para que assim os enfermeiros possam avaliar se os resultados estão sendo alcançados ou não (NEVES, 2006).

Na etapa de avaliação o enfermeiro deve interpretar os dados qualitativos e quantitativos para obter um julgamento de valor; é um processo contínuo e sistemático permitindo ao ser humano conhecer seus acertos e corrigir seus erros (ZANEI et al., 2003). Para Alfaro-LeFevre (2005), consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prestados, através das anotações no prontuário, observações nos locais próprios, observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como seu relato.

O enfermeiro é o profissional responsável pela avaliação diária do estado e da evolução do cliente a fim de identificar se a assistência prestada nas etapas anteriores permitiram que se alcancem os resultados esperados, estabelecendo, portanto, o processo metodológico instituído pela SAE.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de uma atividade de natureza extensionista, que teve como campo de atuação a Unidade de Terapia Intensiva adulta do Hospital Regional de Urgência, Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, município de Campina Grande, Paraíba.

O grupo de atuação foi composto por vinte e seis Enfermeiros da UTI da referida instituição dos quais vinte e quatro são assistenciais e dois são coordenadores.

A metodologia utilizada desenvolveu-se em três etapas. A primeira etapa, denominada de avaliação diagnóstica, foi realizada através de visita técnica à instituição, em específico às UTI's adulto, com o objetivo de conhecer a realidade local referente a: assistência de enfermagem, número de profissionais atuantes no setor e recursos (humanos e estruturais) necessários a viabilidade do projeto de extensão.

A capacitação dos enfermeiros teve início com a sensibilização dos profissionais quanto à importância da construção da SAE pautada nos conhecimentos teóricos- científicos. Foram utilizados como técnicas de abordagem a dinâmica de grupo (processo de sensibilização inicial), seguido dos métodos da problematização, exposição dialogada e leitura de textos, de modo a repassar os conhecimentos teóricos- científicos específicos, visto que a apropriação deste é de fundamental importância para a efetivação da SAE. Tais métodos buscaram capacitar os profissionais enfermeiros de modo a obterem os conhecimentos necessários a instituição da SAE no referido serviço e para serem posteriormente os monitores dos técnicos de enfermagem nesse processo. Nesta etapa foram discutidas questões como a missão institucional/ setor da UTI, teorias da enfermagem; definições sobre SAE, Processo de Enfermagem e Metodologia de Enfermagem; etapas do Processo de Enfermagem (definição, objetivos e execução das cinco etapas); apresentação da ficha de investigação de enfermagem (RAMALHO NETO, 2012) e orientações para a sua utilização; tais questões foram fundamentais para o alcance dos objetivos propostos pelo projeto.

Após capacitação, os profissionais realizaram teste piloto da referida ficha de investigação (Anexo A) para documentação dos registros de Enfermagem (primeira etapa do processo de enfermagem), referentes à investigação e avaliação feitas ao paciente, dando início a implantação do processo de enfermagem no ambiente da UTI. Tratou-se de um impresso validado

(RAMALHO, 2012), adequado às necessidades do serviço e coerente com o processo técnico científico pertinente a esta metodologia de assistência à saúde.

Para a realização do projeto de extensão, foi requerida uma autorização junto a Instituição hospitalar (Anexo B).

4 DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

O presente projeto constituiu-se de um projeto de extensão, que teve como proposta oferecer o suporte teórico, científico e metodológico para os profissionais de enfermagem necessários a implantação da SAE, e implementação do Processo de Enfermagem ou da primeira etapa do PE, realizada no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes no município de Campina Grande, Paraíba; sendo o campo de atuação a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta da referida instituição, com população composta pelos Enfermeiros.

A primeira reunião ocorreu no dia 22-03-2012, na Faculdade de Ciências Médicas – FCM, com as docentes: Fabiana Paulino Alves, Divanda Cruz Rocha, Daiane de Queiroz e colaboradores/ discentes: Franciele Medeiros Dantas, Ivaneide Maria da Silva Castro, Soraya Morgana de Andrade Rodrigues, em cumprimento a pauta do mês de fevereiro, onde foi realizada apresentação da equipe integrante do projeto e discutido o planejamento das ações a serem desenvolvidas, sendo a pauta abordada: planejamento e organização da proposta de trabalho do projeto de extensão (viabilidade, metodologia, número de participantes, contatos), documentos necessários e elaboração de documento para solicitar junto a instituição a execução do referido projeto..

A segunda reunião ocorreu no dia 28-03-2012- reunião na Faculdade de Ciências Médicas, com toda equipe do projeto presente (docentes e discentes), onde repassamos referências bibliográficas para levantamento do referencial teórico sobre as Teorias da enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para os participantes do projeto com data marcada para entrega. Foi definido em pauta: data de visita ao campo de atuação (UTI do Hospital de Trauma) para reconhecimento; orientações e indicações do referencial teórico a ser estudado; atribuições de cada membro do projeto e cronograma de

atividades a serem desenvolvidas.

A visita ao campo de atuação foi realizada no dia 09/04, às 14h; participaram da visita as docentes Fabiana Paulino Alves, Daiane de Queiroz e Divanda Cruz Rocha (coordenadoras do projeto), cujo objetivo foi conhecer a estrutura física da UTI, o quantitativo do recurso humano de enfermagem, seu processo de trabalho, missão institucional (em específico da UTI) e os documentos utilizados na sua prática assistencial. Nesse encontro ficou pactuado com a diretora técnica de Enfermagem, coordenadora de enfermagem da UTI adulto a Enfermeira Ana Larissa e as supervisoras do referido setor, as Enfermeiras Vilma Guimarães e Renata, todo cronograma de execução do projeto na instituição e logística necessária para cumprimento das atividades.

Após obtenção desses dados as docentes realizaram reunião no dia 14/04, na Faculdade de Ciência Médicas, para reelaboração dos objetivos e metodologia do projeto, a partir das informações repassadas pelas profissionais da UTI e das observações obtidas na visita de campo com vistas a viabilidade do projeto de extensão.

Após ajustes necessários ao projeto foi realizada reunião na FCM no dia 02/05/2012, com toda equipe, cuja pauta foi: repasse das informações sobre andamento do projeto; fichas de registro das atividades do grupo (frequência e pauta da reunião); repasse das informações referentes a visita ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; dados obtidos sobre o quantitativo de profissionais de enfermagem da UTI; estrutura física; informe sobre a necessidade do convite realizado a duas novas colaboradoras (justificado pela demanda das atividades, onde a seleção foi realizada pelas coordenadoras, a partir de critérios pré estabelecidos); leitura do projeto reformulado (título, objetivos e metodologia); repasse do texto a ser estudado para ser discutidos na próxima reunião; (texto: Fundamentos teóricos da prática de enfermagem – POTTER; PERRY, 2009).

No dia 14/05/2012, foi realizada nova visita ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes para entrega do projeto e solicitação do termo de autorização institucional (Anexo B) para realização do projeto de extensão, junto ao diretor geral da referida instituição, o qual foi assinado a contento.

No dia 30/05/2012, houve reunião com equipe na FCM, sendo repassadas as informações sobre o andamento do projeto e apresentado as novas alunas (voluntárias) membros da equipe.

Com vistas a conhecer outros serviços hospitalares que desenvolviam a SAE, solicitamos reunião com Prof^a Miriam Nóbrega, coordenadora do núcleo de pesquisa em SAE – UFPB, a qual

foi marcada a contento, sendo realizada no dia 01/06/2012 em João Pessoa. A partir dessa reunião foi disponibilizado material bibliográfico sobre a temática e viabilizado contato com o enfermeiro Melquiades Ramalho de João Pessoa (que elaborou e validou uma ficha de investigação para ser utilizada pela enfermagem no ambiente da UTI).

Em 02/07/2012, houve reunião da equipe sendo comunicado o andamento do projeto e planejamento das próximas atividades. No dia 11/07/2013, foi realizada visita ao Hospital de Traumas para solicitar a Coordenação do Serviço de Enfermagem apoio da instituição para o início das atividades na instituição. Inicialmente foram solicitados documentos necessários ao projeto (missão institucional e escala dos profissionais da UTI adulto) e agendamento da 1ª Reunião com profissionais e diretoria, com o intuito de informar sobre a proposta do projeto.

De posse dos documentos supracitados, houve reunião da coordenação do projeto em 21/07/2012 na FCM, sendo realizada avaliação desse e definido período de realização das atividades no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB. No dia 08/08/2012, houve reunião com toda equipe na FCM, sendo repassadas informações sobre andamento do projeto e elaborado cronograma das atividades a serem desenvolvidas. Realizado visita ao Hospital de Trauma no dia 13-08-2012 (turno manhã) para repasse das ações do projeto, sendo informada a Coordenação do Serviço de Enfermagem sobre o início das atividades; entregue cronograma com o período estabelecido; xerox dos documentos que autorizaram o projeto e agendado 1ª reunião com profissionais e diretoria no dia 28/08/2012, para informar sobre a proposta do projeto e a importância da SAE para a Instituição.

A primeira etapa denominada de avaliação diagnóstica ocorreu no período de 13 a 24 de agosto do corrente ano e foi realizada através do repasse de informações das enfermeiras coordenadoras das UTI's. Esta etapa teve como objetivo fazer um diagnóstico quanto à situação referente aos conhecimentos dos profissionais sobre a SAE e identificar as facilidades e/ou dificuldades existente no serviço relacionado a este processo de trabalho. A partir da avaliação destas informações foram estabelecidas as necessidades de conteúdos básicos a serem trabalhados na segunda etapa do projeto (minicurso para profissionais).

No dia 20/08/2012 houve reunião da equipe para avaliar o processo de coleta das informações e definir o período da segunda etapa metodológica do projeto, a capacitação dos profissionais enfermeiros.

De posse dessas informações, foi realizado o planejamento do minicurso sobre SAE, sendo elaborado o plano didático (apêndice A) e solicitado a elaboração e impressão de convite (anexo C) para apresentação do projeto de extensão sobre SAE aos profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente com a equipe de enfermagem e para a gestão hospitalar. O convite e o material didático utilizado no minicurso foram solicitados e prontamente fornecidos pela direção do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED), via NUPEX (apêndice B) e CESED Eventos.

A entrega dos convites na Instituição Hospitalar ocorreu no dia 31/09/2012. No dia 02/09/2012, houve reunião das coordenadoras na FCM, para a elaboração do material a ser apresentado no primeiro encontro com os profissionais de saúde (assistencial e gestão).

A segunda etapa metodológica teve início no dia 04/09/2012, com a realização da 1ª reunião no Hospital de Emergência e Traumas com profissionais, diretoria e coordenações, com o objetivo de sensibilizar os profissionais quanto a importância da implantação da SAE no referido serviço, pautada nos conhecimentos teóricos- científicos, sendo esta satisfatória aos objetivos propostos.

Durante o mês de setembro foi realizado o planejamento do minicurso, sendo elaborado o plano de curso e o preparo do material didático utilizado. No dia 01/10/2012, as coordenadoras realizaram visita ao hospital de Trauma onde foi entregue as pastas contendo o material didático a ser repassado para os enfermeiros das UTI's Adulto.

O minicurso foi elaborado com metodologia para ser desenvolvida de modo presencial e não presencial. A primeira etapa foi a não presencial, ocorrida no período de 02 a 08/10/2012), realizada através de atividade programática, estudo dirigido (apêndice C). Os profissionais receberam os textos e o roteiro do estudo dirigido, com o intuito de estimular um primeiro contato com conteúdos sobre SAE. A segunda etapa foi presencial, ocorrida nos dias período 09, 16, 18 e 25 de outubro, sendo as atividades ministradas pelas coordenadoras do projeto (Daiane, Fabiana e Divanda) e no dia 01 de novembro, sendo ministrado pelo enfermeiro José Melquiades Ramalho Neto (convidado), responsável pela elaboração da ficha de investigação de enfermagem para UTI adulto. Nesse encontro os enfermeiros foram treinados para trabalhar com a nova ficha a ser utilizada no serviço (ficha do histórico de enfermagem – anexo A). Tratou-se de um impresso adequado às necessidades do serviço em UTI e coerente com o processo técnico científico pertinente a esta metodologia de assistência à saúde.

. O primeiro contato com o enfermeiro Melquiades ocorreu no dia 19/10/12, em visita ao seu local de trabalho, UTI adulto do Hospital Universitário Lauro Wanderley em João Pessoa, onde foi apresentado o processo de trabalho do enfermeiro com a ficha de investigação validada. Nesse encontro foi solicitado ao enfermeiro Melquiades permissão para utilizar essa ficha de investigação no Hospital de Trauma de Campina Grande, o qual foi permitido a contento.

A terceira etapa do projeto foi referente à implementação da SAE na UTI adulto, ou seja, ao processo de implantação da nova ficha do histórico de enfermagem (1ª etapa do processo – coleta de dados) para realizar os registros referentes à investigação e avaliação feitas ao paciente pelo profissional enfermeiro. Esta etapa teve início no dia 15 de janeiro de 2013, após reunião das coordenadoras do projeto e coordenadoras de enfermagem das UTI's adulto no Hospital de Emergência e Trauma. Durante reunião ficou determinado um período de 90 dias para teste piloto da nova ficha; foram repassados textos e instrumento (indicador empírico – anexo D) necessários a utilização da ficha (anexo A). As coordenadoras do projeto sugeriram que durante o período de teste piloto da ficha fosse utilizado um livro de protocolo (ordens e ocorrências) e pastas para que os enfermeiros anotem ausência de informações observadas quando do uso do instrumento de coleta de dados ou alguma sugestão de acréscimo a realidade do referido serviço.

Todas as referências bibliográficas descritas no plano de trabalho do minicurso foram repassadas para a coordenação, sendo sugerida a implantação de uma mini biblioteca nas duas UTI's com todas as referências necessárias para consulta dos profissionais do serviço, uma vez que a metodologia utilizada na SAE requer consultas frequentes e atualizadas, sendo a atualização uma nova demanda de responsabilidade providenciada pela coordenação da UTI.

O teste piloto só teve início no mês de fevereiro de 2013, segundo informação da coordenadora de enfermagem da UTI adulto, em virtude da elaboração e impressão da nova ficha que foi adotada. Após período estabelecido para o teste piloto (90 dias), previsto para terminar no mês de abril, será realizada nova reunião entre coordenadoras do projeto e coordenadoras das UTI's adulto para avaliar se a ficha de coleta de dados utilizada corresponde as demandas de informações necessárias ao profissional enfermeiro para a prática da SAE no referido serviço, contribuindo desta forma na qualidade da assistência dispensadas aos clientes na referida instituição.

5 CONCLUSÃO

O projeto foi encerrado oficialmente no dia 21-12-2012, término do período letivo, porém no dia 15-01-2013 ocorreu uma reunião das coordenadoras do projeto e coordenadoras de enfermagem das UTI's adulto no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – Paraíba, para ajustes finais pertinentes.

Após período estabelecido para teste piloto (90 dias), no mês de maio do corrente ano, será realizada nova reunião entre coordenadoras do projeto e coordenadoras das UTI's adulto para avaliar se a ficha de coleta de dados utilizada corresponde as demandas de informações necessárias ao profissional enfermeiro para a prática da SAE no referido serviço, contribuindo dessa forma na qualidade da assistência dispensadas aos clientes.

Participaram do minicurso 25 profissionais de enfermagem (diversos setores/especialidades – Pediatria, clínica médica e cirúrgica, comissão de curativos, CCIH e principalmente da UTI adulto). Houve assiduidade dos profissionais; ao final do minicurso foi solicitado aos participantes que fizessem uma breve avaliação do mesmo, o qual foi satisfatório. Os profissionais que tiveram 75% de frequência receberão certificado emitido pelo CESED.

A partir do diagnóstico da equipe de enfermagem pode-se identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre SAE, bem como as dificuldades e facilidades por eles relatadas para a implementação desse processo de trabalho no ambiente da UTI. O desenvolvimento dessa primeira etapa viabilizou o alcance dos demais objetivos propostos nesse projeto: sensibilização dos profissionais quanto à importância da construção da SAE baseado nos conhecimentos teórico-científicos; a capacitação dos enfermeiros através de um minicurso, onde foram repassados conhecimentos teóricos científicos e práticos sobre a SAE, de modo a habilitá-los para utilizarem esse processo na assistência ao paciente e serem facilitadores dos técnicos de enfermagem.

Enfatizamos o exercício da enfermagem como uma profissão de grande importância para a construção de uma assistência qualificada a saúde, onde a metodologia de trabalho deva ser clara, prática e estar de acordo com a realidade de cada localidade, pautada nos conhecimentos teóricos científicos, sendo a ação norteadora das atividades desenvolvidas nesse projeto. Portanto, a execução da SAE possibilita que o enfermeiro preste seus cuidados e ou uma assistência de acordo com as necessidades básicas do ser humano, podendo definir as ações

sistematizadas e inter-relacionadas, para oferece uma melhor qualidade de assistência (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Desse modo, ressaltamos a relevância da execução desse projeto de extensão, uma vez que contribuiu de forma significativa para os membros do projeto e para os profissionais de enfermagem (em serviço), por favorecer o processo de ensino-aprendizagem a partir dos conhecimentos aplicados e apreendidos com a prática; para a Instituição de Ensino Superior que possibilitou a aplicação do processo ensino- serviço em cumprindo ao papel social que desempenha; e para a sociedade que se beneficia com uma assistência de enfermagem qualificada, pautada em conhecimentos científicos.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BRASIL. Conselho Federal . Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. de Enfermagem..[*internet*] . [citado 2011 Ago. 29]. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br>>, acesso em: jan 2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **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.[*internet*] . [citado 2011 Ago. 29]. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/node4384>
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 272/2002**. 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.[*internet*] . [citado 2011 Ago. 29]. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br>>, acesso em: jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. **Pesquisa envolvendo seres humanos**. In: Informe epidemiológico do SUS – Suplemento 3, p.278 – 291. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996. p. 278-291.
- CRUZ, AMP; ALMEIDA, MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 44(4):921-7.
- DINIZ EC, BEZERRA ICD, FERREIRA JÁ. **A evolução da sistematização da assistência de enfermagem e sua influência na qualidade da assistência prestada ao cliente**, 2006.
- ERDMANN AL, ANDRADE SR, MELLO ALSF, MEIRELLES BHS. **Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo**. Texto Contexto Enferm. 15 (3): 483-91, 2006.
- GARCIA TR, NÓBREGA MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo. In: **Anais** do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; Out 21-26. p.680, 2000.
- HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- LEOPARDI, Maria Tereza; **Teorias em Enfermagem**: Instrumentos para a prática. São Paulo, Papa Livro, 1999.
- MATTÉ VM; THOFHERN MB; MUNIZ RM. **Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo**. Rev. Gaúcha Enferm. 22 (1): 101-22, 2001.
- MALUCELLI, A. Sistematização de informações para apoio á Sistematização da Assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 629-36.

MOURA, E.C.; SILVA, G. R. F.; NERY, I. S. **Fases e faces do cuidar em enfermagem: o Piauí no Nordeste brasileiro**. Teresina: EDUFPI, 2011.

NORTH, A. N. D. A; tradução- GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NEVES, Rinaldo S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n. 4, bimestral, jul./ago. 2006.

PIMPÃO, FD; LUNARDI FILHO, WD; VAGHETTI, HH et AL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev.enferm.UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; 18(3):405-10, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**; [Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 893p, 2009.

RAMALHO NETO, José Melquiades. Construção e validação de instrumento para coleta de dados de enfermagem em adultos de uma unidade de tratamento intensivo / João Pessoa. Dissertação, p.130, 2010.

SANTOS. I dos; DOURADO, T. **Atividades da enfermeira no processo de trabalho da assistência de enfermagem: cuidados diretos e indiretos ao cliente hospitalizado**. Online Braz J Nurs (Online). 6(0); 2007.

SIMÕES E SILVA C, GABRIEL CS, BERNARDES A et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores de que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem, **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), jun;30(2):263-71, 2009.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RATTON, JLA- **Medicina Intensiva**, São Paulo: Editora Atheneu; 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

PLANO DE TRABALHO PARA O MINICURSO: IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NO HOSPITAL DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Minicurso: Passos para a implantação da SAE na Unidade de Terapia Intensiva adulto		
Facilitadores: Daiane de Queiroz Divanda da Cruz Fabiana Paulino Alves		Colaboradoras: Franciele Medeiros Dantas Ivaneide Maria da Silva Castro Pollyana Florêncio de Araújo Costa Soraya Morgana de Andrade Rodrigues
Ano: 2012 (2º semestre)	Créditos: 16 (presencial) 4 (não presencial)	Carga horária: 20h
Local: Auditório da Instituição	Período: 1ª Etapa – 02 a 08/10 2ª Etapa – 09/10 3ª Etapa – 18/10 4ª Etapa – 25/10 5ª Etapa – 01/11 6ª Etapa – 01/02/2013 (início do teste piloto do Instrumento Validado)	

1 - Ementa

Habilitar os Enfermeiros para implantação da SAE e implementação do processo de enfermagem, com enfoque nos Sistema de Classificação em Enfermagem.

2 – Objetivos

Geral:

Orientar os enfermeiros acerca de aspectos necessários para a implantação da SAE e implementação do processo de enfermagem.

Específicos:

- Reconhecer o que é e como aplicar o pensamento crítico em enfermagem.

- Conhecer as fases de operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).
- Realizar discussão acerca das teorias de enfermagem.
- Apresentar os pressupostos legais para a implementação da SAE.
- Apresentar instrumento já validado a ser utilizado na instituição para realização do histórico de enfermagem.

3 – Conteúdo Programático

Conteúdo Programático		CH
1ª Etapa (não presencial) Período: 02 a 08/10	_ Leitura prévia dos textos a serem trabalhados; _ Realização de atividade - Estudo dirigido	4h
2ª Etapa (Presencial) Período: 09/10	_ Teorias da Enfermagem: pressupostos teóricos; _ Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Wanda Aguiar Horta). *Classificações das necessidades humanas básicas.	4h
3ª Etapa (Presencial) Período: 18/10	_ Resolução COFEN nº 358/2009 – Conceitos de: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); Processo de Enfermagem; Metodologia da Assistência de Enfermagem. _ Etapas do Processo de Enfermagem : Histórico, Diagnóstico; Planejamento, Implementação, Avaliação.	4h
4ª Etapa (Presencial) Período: 25/10	_ Indicadores empíricos - necessidades de saúde. * Identificar indicadores no campo de trabalho (assistência ao paciente). _ Sistemas de Classificação em Enfermagem	4h
5ª Etapa (Presencial) Período: 01/11	_ Trabalhar a 1ª Etapa do Processo de Enfermagem – Histórico (processo de investigação). * Utilização de instrumento validado.	4h
6ª Etapa (Dispersão) Período: 01/02/2013 (início)	_ Implementar a 1ª etapa do PE na Unidade de Terapia Intensiva: *Iniciar utilização de Instrumento já validado para histórico de Enfermagem (teste piloto).	_

4 - Metodologia: O conteúdo programático será desenvolvido sob forma teórica, pelo método da construção do conhecimento e da problematização, de modo a possibilitar aos profissionais adquirir capacidades e habilidades para a aplicação do processo de enfermagem na sua prática profissional. Como recursos serão utilizados:

- Exposição dialogada
- Discussão em grupo
- Estudo dirigido
- Visita de campo (local de trabalho)
- Leitura
- Dinâmica

5 – Recursos Didáticos

- Equipamento multimídia (data-show, som, vídeos), textos didáticos. papel ofício, lápis, caneta, pincel, folha papel 40, fita adesiva.

6 – Avaliação

- Diagnóstica – sondagem oral e escrita
- Somativa: Contínua – frequência, pontualidade, participação efetiva nas aulas, elaboração e organização nas atividades individuais e em grupo.

7 – Referência Bibliográfica

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 1.0. São Paulo: Algor Editora; 2007.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LEFEVRE, R. A. Aplicação do processo de enfermagem. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MOURA, E.C.; SILVA, G. R. F.; NERY, I. S. **Fases e faces do cuidar em enfermagem: o Piauí no Nordeste brasileiro**. Teresina: EDUFPI, 2011.

MC. CLOSKEY, J. D.; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NÓBREGA, M. M. L. (Org.) **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULV/UFPB utilizando a CIPE**. Editora Ideia.2012.

NORTH, A. N. D. A; tradução- GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. [tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMALHO NETO, J. M. **Construção e validação de instrumento para coleta de dados de enfermagem em adultos de uma unidade de tratamento intensivo**. João Pessoa, PB. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS, 130f., 2010.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.



APÊNDICE B

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NO HOSPITAL DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA

ATIVIDADE PARA ESTUDO PRÉVIO

Crédito: 4h

ESTUDO DIRIGIDO

1- A Resolução COFEN nº 358/2009, dispõe sobre a Sistematização de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. A partir da leitura da referida Resolução responda as questões:

- a) Descreva as etapas do Processo de Enfermagem.
- b) De que maneira a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrado?

2 – De acordo com a leitura do texto “Requisitos para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (COSTA; FERNANDES; NÓBREGA, 2011)”, responda as questões:

- a) Conceitue:
 - * Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).
 - * Processo de Enfermagem (PE).
 - * Metodologia da Assistência de Enfermagem.
- b) Quais os requisitos necessários para se implantar a SAE, segundo Hermida e Araújo (2006) e Fawcett (2005).

3 – A partir da leitura do texto “ Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta (1979), liste as necessidades psicobiológicas, as necessidades psicossociais e as necessidades psicoespirituais inerentes ao ser humano.

Bom estudo!

ANEXOS

ANEXO A – Ficha

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO
INSTITUCIONAL**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES
DIREÇÃO TÉCNICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, FLAWBER ANTÔNIO CRUZ, Diretor Técnico do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luis Gonzaga Fernandes, afirmo ter ciência do projeto de pesquisa: **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, autoria: DAINÉ QUEIROZ, DIVANDA DA CRUZ ROCHA E FABIANA PAULINO ALVES e, portanto, autorizo a execução da metodologia descrita para coleta de dados, prevalecendo, obviamente o compromisso ético da pesquisa.

Campina Grande, 14 de maio de 2012.


Dr. FLAWBER ANTÔNIO CRUZ
DIRETOR TÉCNICO

ANEXO C - CONVITE

Convite



As pesquisadoras do projeto de extensão da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a Diretora do serviço de enfermagem e coordenadora da UTI adriana da Insulção Hospitalar da Urgência, Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, convidam os diretores Dr. Geraldo Antônio e Dr. Flávio e os coordenadores das demais categorias de profissionais da saúde deste serviço, para participarem da reunião informativa sobre a Proposta de Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (UT Adulto).

Desde já agradecemos a participação de todos.

Data: 04 de setembro 2012

Hora: 14h

Local: Auditório do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Fabiana Paulino Alves
Diana da Cruz Rocha
Dalaine de Queiroz
Coordenadoras do Projeto de Extensão

Dra. Alina Ferreira de Carvalho
Diretora Técnica de Enfermagem

Dra. Ana Carlissa César Soares
Coordenadora da UTI Adulto



ANEXO D – INDICADORES EMPÍRICOS

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR E DESENVOLVIMENTO - CESED FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE – FCM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE EXTENSÃO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: proposta de implementação em um hospital de urgência e emergência

Na hierarquia do conhecimento da Enfermagem os indicadores empíricos são considerados os critérios e/ou as condições experimentais que são utilizados para observar ou mensurar os conceitos de uma teoria (FAWCETT, 2005).

Necessidades Humanas Básicas	Indicadores Empíricos
Psicobiológicas	
Regulação Neurológica (n = 52)	Nível de consciência; alteração da memória (dia de hoje; dia da semana; endereço; idade; dia, mês e ano do nascimento); delírios; desorientações; intoxicação; estado de alerta; estado letárgico; estado de obnubilação; estado de torpor; estado de coma; avaliação das pupilas (tamanho, simetria e reatividade à luz); midríase; miose; anisocoria; reflexo oculocefálico; reflexo oculovestibular; força motora normal; paresia discreta; paresia acentuada; plegia; arreflexia; parestesia; flexão (decorticação); extensão (descerebração); crises convulsivas; respiração de Cheyne-Stokes; respiração hiperpneia neurogênica central; respiração apnêustica; respiração atáxica; doenças cerebrais; diplopia; respostas motoras à dor (localização, retirada, rigidez decorticada, rigidez descerebrada, flácida); hemiparesia; hemiplegia; distrofias musculares; teste de Romberg; teste do dedo-nariz; teste da alternância rápida de movimento; teste do calcanhar -canela; reflexos cutâneos ou superficiais (normais, anormais ou ausentes); sinal de Babinski; reflexos tendinosos profundos; sinal de Battle; olho de guaxinim; rinorreia; otorreia; sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, febre, cefaleia, fotofobia, sinal de Kernig, sinal de Brudzinski); pressão intracraniana (PIC); presença de cefaleia; confusão mental; combatividade; pressão de perfusão cerebral (PPC).
Percepção dos Órgãos dos Sentidos (n = 42)	Visual: emetropia; cegueira; diplopia; escotomas; estrabis mo; fotofobia; papiledema; acuidade visual; nistagmo; olho artificial; uso de medicamentos. Auditiva: condições da audição; hipoacusia; presbiacusia; surdez; presença de zumbidos; dificuldade de comunicação e proteção; mutismo; leitura labial; nível de atenção/interesse escolar; otalgia; otorreia; perda auditiva; comprometimento da fala; indiferença; isolamento social; maior volume da fala; sorriso e meneamento da cabeça em aprovação ao que alguém fala. Olfativa: epistaxe; espirros; obstrução nasal; sensibilidade aos irritantes atmosféricos. Tátil: condições do tato; sensação tátil comprometida; prurido; reação excessiva ou baixa a estímulos dolorosos. Gustativa: paladar (identifica doce, salgado, amargo, azedo); diminuição da sensibilidade gustativa; sensibilidade gustativa; ingesta alimentar. Dolorosa: presença de dor

	(localização, intensidade, frequência e tipo); comportamento não verbal de dor – movimentos faciais e corporais, e interação social.
Oxigenação (n = 71)	<p>Alteração no nível de consciência; inquietação; agitação; fadiga; irritabilidade; desorientação; confusão; cefaleia; tontura; letargia; hiperóxia; hipóxia; hipoxemia; hipercapnia; cianose; baqueteamento dos dedos; eupneia; ortopneia; taquipneia; bradipneia; apneia; hiperventilação; hipoventilação; respiração de Cheyne-Stokes;</p> <p>respiração de Kussmaul; respiração de Biot; uso dos músculos acessórios; aumento no diâmetro ântero-posterior do tórax; deformidades torácicas; cifoescoliose; dor à palpação do tórax; dor torácica; frêmito tátil; expansão torácica diminuída; expansão torácica : simétrica ou assimétrica; percussão ressonante; percussão hiper -ressonante; percussão maciça; campos pulmonares limpos; murmúrios vesiculares: aumentados, diminuídos ou ausentes; egofonia; pectorilóquia sussurrada; ruídos respiratórios adventícios; estertores subcreptantes; estertores creptantes; roncos; gargarejo; sibilos; atrito pleural; presença de tosse; expectoração; escarro (consistência, quantidade e odor); epistaxe; hematêmese; hemoptise; história de tabagismo; respiração com pressão positiva; respiração com os lábios semicerrados; respiração laboriosa; retrações intercostais; presença de secreção; dificuldade para remover secreções; SaO₂; PaO₂; pressão parcial de dióxido de carbono arterial (PaCO₂); pH do sangue; nível de bicarbonato; saturação de oxigênio conforme medido pela oximetria de pulso (SpO₂); perfusão do local da monitorização oximétrica; dióxido de carbono término-respiratório (ETCO₂); saturação de oxigênio venoso misto (SvO₂).</p>
Regulação Vascular (n = 42)	<p>Frequência cardíaca (taquicardia, bradicardia); pressão arterial sistêmica; pressão venosa central (PVC) ou pressão de átrio direito (PAD); perfusão periférica; dor torácica; palpitações; fraqueza; síncope; hemoptise; flebite; doenças cardiovasculares; distensão venosa jugular; pulso (frequência, ritmo, força e simetria); bulhas cardíacas; atritos; sopros sistólicos; sopros diastólicos; ritmo sinusal normal; arritmias cardíacas; pressão arterial média (PAM) invasiva; teste de Allen modificado; complicações do cateter arterial (infecção, trombose arterial, perda sanguínea acidental, isquemia distal, embolização gasosa); complicações do cateter venoso central (infecção, trombose, embolia gasosa); pressão da artéria pulmonar (PAP); pressão de oclusão da artéria pulmonar (PAPo); complicações da inserção do cateter de artéria pulmonar (pneumotórax, infecção, arritmias ventriculares, ruptura ou perfuração da artéria pulmonar); débito cardíaco (DC); índice cardíaco (IC); volume sistólico (VS); índice de volume sistólico (IVS); fração de ejeção ventricular direita (FEVD); índice de volume diastólico final ventricular direito (IVDVDF); resistência vascular sistêmica (RVS); índice de resistência vascular sistêmica (IRVS); índice de resistência vascular pulmonar (IRVP); índice do trabalho sistólico ventricular esquerdo (ITSVE); índice do trabalho sistólico ventricular direito (ITSVD); hemoglobina; lactato; saturação de oxigênio venoso central</p>

	(ScvO ₂); parada cardíaca: FV, taquicardia ventricular sem pulso, assistolia, atividade elétrica sem pulso (AESP); parada cardiorrespiratória.
Regulação Térmica (n = 11)	Temperatura corporal; presença de tremores; diaforese; calafrios; febril; afebril; hipertermia; hipotermia; pele fria; pele quente; insolação.
Hidratação (n = 34)	Aparência geral do paciente; astenia; fraqueza muscular; tonteira ortostática; hipotensão ortostática; pele ressecada; alterações do turgor cutâneo; olhos encovados; umidade das mucosas; perda da sudorese axilar; condições da mucosa oral; língua seca e saburrosa; língua fissurada; saliva espessa e escassa; lábios ressecados e fendidos; sede; polidipsia; oligúria; anúria; desidratação; fezes ressecadas; hábitos de ingestão hídrica (volume, frequência e preferência); retenção de líquido; alta osmolalidade urinária; baixo sódio urinário; hematócrito (diminuído ou elevado); queimaduras; perspiração em ex cesso; ascite; edema; congestão vascular pulmonar; dilatação cardíaca; congestão pulmonar; veias jugulares distendidas.
Alimentação (n = 43)	Estado nutricional: desnutrido, emagrecido ou obeso; altura; peso corporal; razão entre a altura e a circunferência do punho; perímetro braquial médio; prega cutânea tricipital (PCT); perímetro muscular braquial; índice de massa corporal; hábitos alimentares; intolerâncias alimentares; estado de saúde; idade; condições socioeconômicas; preferências alimentares; recusa-se a comer; uso de álcool ou drogas ilegais; disfagia; polifagia; dispepsia; náuseas; plenitude pós-prandial; desconforto abdominal; dor epigástrica; distensão abdominal; pirose; resíduo gástrico; hiperglicemia; hipoglicemia; broncoaspiração pulmonar; roncospasmo durante ou depois das infusões da alimentação enteral; odor “adocicado” da fórmula emanando das secreções traqueal ou oral durante a aspiração de vias aéreas; anorexia; ostomia: gastrostomia ou jejunostomia; sinusite; erosão do septo nasal ou esôfago; epistaxe; estenoses esofágicas distais; sons abdominais (normais, audíveis, ausentes, hipoativos, hiperativos); borborigmo; dentes (ausentes, quebrados, frouxos e cariados); dentaduras; perímetro abdominal; dor abdominal.
Eliminação (n = 41)	Constipação; impactação fecal; diarreia; incontinência fecal; evacuação; manobra de Valsalva; peristalse; cólicas; flatulência; desconforto abdominal; hemorróidas; ingestão inadequada de líquido; uso excessivo de laxantes e catárticos; ostomia: ileostomia ou colostomia; enema; vômitos; dieta sem fibras; sedentarismo; hábitos pessoais; hábitos higiênicos; hábitos intestinais (frequência); hábitos urinários (frequência); micção espontânea; micção nas 24 horas; incontinência urinária; enurese; retenção urinária; pressão intra-abdominal (PIA); disúria; polaciúria; urgência; nictúria; estrangúria; poliúria; oligúria; anúria; hematúria; colúria; urina (aspecto, odor, cor, pH, densidade e osmolalidade); peritonite; presença de fístula arteriovenosa.

Integridade Física (n = 17)	Úlcera de pressão; classificação da UP (estágios I, II, III e IV); tecido de granulação; tecido necrosado; presença de escara; características do exsudato (quantidade, cor, consistência e odor); tipos de secreção (serosa, sanguínea, serossanguinolenta, purulenta); presença de ferida; presença de lesões; cicatriz; cicatrização de feridas (primeira intenção, segunda intenção); complicações da cicatrização (hemorragia, hematoma, deiscência, evisceração, fístula); cor, temperatura, elasticidade e turgor da pele; prurido; hiperemia; equimoses; hematomas.
Sono e Repouso (n = 15)	Sonolência; insônia; cansaço; uso de medicamentos prescritos (hipnóticos, antidepressivos, diuréticos, bloqueadores beta -adrenérgicos, benzodiazepínicos, narcóticos, anticonvulsivantes); rotinas diárias; padrões de sono; privação de sono; excesso de sono; estresse emocional; alterações no ambiente físico de dormir (tamanho, firmeza e posição da cama, barulho, luminosidade); problemas para adormecer; hábitos alimentares antes de dormir; sono adequado; sono satisfatório; sono prejudicado.
Atividade Física (n = 25)	Imobilidade; imobilidade parcial; repouso no leito; restrição de movimentos por prescrição; deambula; deambula com ajuda; não deambula; restrito ao leito; movimenta-se no leito (com ajuda, sem ajuda); dor ao movimento; não se movimenta; necessita de ajuda para transportar-se; hemiplegia; hemiparesia; paralisia; paraplegia; perda de massa corporal magra; atrofia muscular; atrofia de membros inferiores; atrofia de membros superiores; deficiência física; osteoporose por desuso; contratura articular; queda plantar; deformidades ósseas.
Cuidado Corporal (n = 18)	Características de unhas das mãos e dos pés; características de pêlos; higiene bucal; língua saburrosa; prótese; presença de gengivites; halitose; presença de tubos no nariz (sonda nasogástrica); quantidade de banhos diários; condições da higiene pessoal (preservada, prejudicada); exala odores desagradáveis; condições da pele (coloração, textura, espessura, turgor, temperatura e hidratação); capacidade para o autocuidado; recursos econômicos; nível de conhecimento; variáveis culturais; couro cabeludo (alopecia, seborréia, pediculose); cerume.
Segurança Física e Meio Ambiente (n = 10)	Tipo de residência; mora em zona urbana ou rural; casa própria ou alugada; número de cômodos; estrutura familiar; condições de higiene do lar; condições de segurança no lar; disponibilidade de água e utensílios; destino do lixo; esgotamento sanitário adequado.
Sexualidade (n = 18)	Relacionamento heterossexual; relacionamento homossexual; atividade sexual; alteração da libido; dispareunia; uso de métodos anticoncepcionais (preservativo, contracepção hormonal, dispositivo intra-uterino [DIU], diafragma, capuz cervical, esterilização feminina ou ligadura tubária, esterilização masculina ou vasectomia); doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); infertilidade; abuso sexual; uso de medicamentos; disfunção sexual; impotência; ejaculação precoce; anorgasmia; problemas relacionados a

	traumas; problemas relacionados ao uso de álcool; problemas relacionados ao uso de fumo; procura tratamento adequado.
Regulação do Crescimento Celular (n = 10)	Circunferência abdominal; hábitos do estilo de vida; história familiar de doença; escolaridade; ocupação; infertilidade; menstruação (intervalo, duração e intensidade); perimenopausa; menopausa; ressecamento vaginal.
Terapêutica (n = 2)	Recebe ações educativas sobre promoção da saúde (escola, família, comunidade, igreja, sistema de saúde); medicações guardadas e etiquetadas em locais específicos para garantir o uso seguro.
Psicossociais	
Comunicação (n = 8)	Afasia; disartria; forma de expressão da mensagem: verbal, escrita, expressão facial, olhar, gestos, sons como suspiros ou gemidos; não se comunica ou interage adequadamente com outras pessoas; comunica-se adequadamente para a idade; uso da linguagem verbal; uso da linguagem não-verbal; empatia.
Gregária (n = 11)	Evita os familiares; sensação de abandono; partilha sentimentos com outras pessoas; partilha sentimentos com os familiares; perda de pessoas da família; perda de amigo ou do grupo; sente que é pertencente e amado pela família; tem amigos; afastamento do convívio social; vive com a família e tem conflitos familiares; vive com a família sem conflito familiar.
Recreação e Lazer (n = 3)	Desejo de participar de atividades; fica deitado por longas horas; monotonia.
Segurança Emocional (n = 19)	Ambiente seguro; estabilidade emocional; hábitos do estilo de vida: uso de álcool, uso do fumo; ansiedade; medo; insegurança; recusa; depressão; número de hospitalizações; experiência negativa com tratamento de saúde anterior; falta de conhecimento; falta de privacidade; mudança de ambiente; choro; voz trêmula; movimento constante dos pés; relacionamento com os pais e familiares; interação com os amigos; confiança.
Amor e Aceitação (n = 16)	Agressividade; irritabilidade; angústia; ansiedade; solidão; tensão; apatia; choro; dependência; hostilidade; inconstância no equilíbrio do humor; indiferença; insegurança; carência afetiva; medo; sentimentos de perda.
Autoestima, Autoconfiança e Autorrespeito (n = 7)	Adequado para enfrentar desafios da vida; tem confiança nas suas próprias ideias; tem respeito por si; se valoriza; reconhece que é merecedor de amor e felicidade; tem medo de expor ideias; sente bem estar psicológico.
Liberdade e Participação (n = 5)	Decisão de recusar o seu tratamento; dependente dos familiares e amigos; independente dos familiares e amigos; participação no plano terapêutico; dependente da Enfermagem.

Educação para a Saúde/Aprendizagem (n = 12)	Expectativas de aprendizagem; necessidades de aprendizagem; motivação para aprender; capacidade para aprender e adquirir novas informações; ambiente de ensino; recursos para o aprendizado; conhecimento sobre seu estado de saúde; perfil cultural e de crenças; desejo de adotar ou adoção de comportamento para elevar o nível de saúde; desempenho; não adesão ao regime terapêutico; situações que interferem na não adesão do regime terapêutico.
Autorrealização (n = 6)	Objetivos de vida; desejo de conquista e de vitória; falta de autoconfiança; manifestações de não realização; não se preocupa com a opinião dos outros; não se preocupa com a opinião dos outros sobre sua aparência.
Espaço (n = 1)	Prefere ficar sozinho.
Psicoespiritual	
Religiosidade/ Espiritualidade (n = 6)	Estado de satisfação pessoal; necessidade de um líder espiritual ou de atividades religiosas; fonte religiosa e conflitos com os planos de tratamento médico; suporte religioso e espiritual; confronto religioso; rituais religiosos.

Referência

RAMALHO NETO, José Melquiades. **Construção e validação de instrumento para coleta de dados de enfermagem em adultos de uma unidade de tratamento intensivo** / Dissertação (Mestrado) UFPB/CCS.- João Pessoa, 130f, 2010.