

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
UNIOESTE – CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU: GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES

FABIANE APARECIDA DOS SANTOS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): O CASO DO  
HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI

FOZ DO IGUAÇU

2007

FABIANE APARECIDA DOS SANTOS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): O CASO DO  
HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão das Organizações, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu.  
Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Chavarria Nogueira.  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Guaracy Lopes Anesi.

FOZ DO IGUAÇU

2007

FABIANE APARECIDA DOS SANTOS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): O CASO DO  
HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI

Monografia elaborada sob a orientação do Professor Dr. Paulo Roberto Chavarria Nogueira e co-orientação da Professora Esp. Guaracy Lopes Anesi, aprovada como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão das Organizações pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo Roberto Chavarria Nogueira  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Amarildo Jorge da Silva  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Ms. José Carlos Rolim de Moura  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Foz do Iguaçu, 28 de junho de 2007

*Dedico este trabalho à Deus...  
que me dá, todos os dias, o fôlego da vida, como presente, para que eu  
possa continuar a sonhar...  
que me fortalece quando me sinto fraca...  
e que é o meu socorro nos momentos de angústia.*

## AGRADECIMENTOS

À todos os professores do curso de Pós-graduação em Gestão das Organizações.

Ao Prof. Dr. Amarildo Jorge da Silva, que sempre esteve nos mostrando que, na vida, tudo depende de nós. Agradecimento especial às palavras proferidas na sua última aula, que tocaram grandemente o meu coração de Administradora e de futura Enfermeira, e que, principalmente, me deram novo ânimo para continuar lutando e vencendo, sempre!!!

Ao meu orientador Professor Dr. Paulo Roberto Chavarria Nogueira.

À Enfermeira Esp. Guaracy Lopes Anesi que auxiliou-me na elaboração deste trabalho como co-orientadora.

Aos enfermeiros do Hospital Ministro Costa Cavalcanti que gentilmente contribuíram para a realização da pesquisa de campo.

À enfermeira e colega de trabalho Terezinha Kaspary Pauli que não mediu esforços para ajudar-me neste trabalho de pesquisa tão importante para a categoria profissional de Enfermagem.

À minha mãe, Marisa, pelo apoio constante em todos os momentos da minha vida.

À todos que contribuíram de alguma forma, muito obrigado!!!

*“Sempre que houver alternativas, tenha cuidado.*

*Não opte pelo conveniente, pelo confortável, pelo respeitável, pelo socialmente aceitável, pelo honroso.*

*Opte por aquilo que faz o seu coração vibrar.*

*Opte pelo que gostaria de fazer, apesar de todas as conseqüências.”*

Osho

## RESUMO

SANTOS, Fabiane Aparecida dos Santos. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o caso do Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Foz do Iguaçu: UNIOESTE, 2007 (Monografia).

O processo de enfermagem é um conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si que visam à assistência do paciente/cliente; é a base de todas as ações de enfermagem. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é essencial para que a qualidade da assistência seja aperfeiçoada. O uso do processo de enfermagem otimiza o cuidado e potencializa a melhoria do quadro de doença do paciente/cliente. Este estudo busca analisar o processo de enfermagem como ferramenta de qualidade da assistência prestada e verificar as dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros para a operacionalização da SAE. Realizou-se um estudo de caso no Hospital Ministro Costa Cavalcanti – Foz do Iguaçu, Paraná – com o intuito de analisar a aplicabilidade do processo de enfermagem como metodologia de trabalho. As informações obtidas refletem a necessidade de utilizar este instrumento de trabalho – processo de enfermagem – de forma rotineira, para assegurar que o paciente/cliente receba a assistência de maneira otimizada e eficaz.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Qualidade da Assistência.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Ilustração que proporciona um resumo visual do processo de avaliação de um plano de cuidados individual.....	36
Figura 2	– Diagrama que ilustra a essência do processo de enfermagem: conhecimento, habilidades e cuidado.....	37
Figura 3	– Gráfico que representa o gênero dos profissionais entrevistados.....	42
Figura 4	– Gráfico que representa a faixa etária dos entrevistados.....	43
Figura 5	– Gráfico que representa o tempo de formado dos enfermeiros.....	43
Figura 6	– Gráfico que representa o tempo de experiência profissional dos enfermeiros entrevistados.....	44
Figura 7	– Gráfico que representa o tempo que os profissionais trabalham na instituição.....	44
Figura 8	– Gráfico que representa os setores onde os enfermeiros entrevistados trabalham.....	45
Figura 9	– Gráfico que representa o número total de enfermeiros da instituição distribuídos por setor.....	45
Figura 10	– Gráfico que representa o tempo de trabalho na unidade atual....	46
Figura 11	– Gráfico que representa a implantação da SAE na unidade de trabalho dos entrevistados.....	47
Figura 12	– Gráfico que representa as fases da SAE aplicadas na unidade de trabalho dos entrevistados.....	47
Figura 13	– Gráfico que ilustra as fases do processo de enfermagem que os enfermeiros encontram dificuldades para executar.....	48
Figura 14	– Gráfico que representa o percentual de enfermeiros que encontram dificuldades com a equipe de enfermagem quanto ao cumprimento da prescrição.....	50
Figura 15	– Representação gráfica da dificuldade na continuidade da implementação da assistência entre os turnos de trabalho.....	50



Figura 16	– Gráfico das dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a continuidade da implementação da assistência de enfermagem entre os turnos de trabalho.....	51
Figura 17	– Gráfico das conseqüências da falta de continuidade da implementação da assistência de enfermagem.....	51
Figura 18	– Gráfico dos principais motivos da insatisfação com o tipo de atendimento oferecido pela equipe de enfermagem.....	52
Figura 19	– Gráfico que representa o percentual de enfermeiros satisfeitos com a SAE implementada em sua unidade de trabalho.....	52
Figura 20	– Gráfico das opiniões dos enfermeiros com relação à SAE implementada em sua unidade de trabalho.....	53
Figura 21	– Representação dos locais onde os entrevistados receberam preparo para realizar a SAE.....	54
Figura 22	– Gráfico sobre a opinião dos enfermeiros quanto ao tempo dedicado à SAE.....	54

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
1.1 Situação Problemática.....	12
1.2 Objetivos.....	12
1.2.1 Objetivo Geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
1.3 Justificativa .....	13
1.4 Estrutura da monografia.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	15
2.1 Enfermagem no Brasil .....	15
2.2 Evolução do ensino de enfermagem.....	18
2.3 O modelo biomédico na enfermagem .....	20
2.4 O paciente/cliente: consumidor e receptor da assistência à saúde.....	20
2.5 A Evolução da Profissão: as teorias de enfermagem.....	21
2.6 O Processo de Enfermagem .....	25
2.6.1 Investigação .....	26
2.6.2 Diagnóstico.....	29
2.6.3 Planejamento.....	30
2.6.4 Implementação .....	32
2.6.5 Avaliação .....	34
2.7 Benefícios do Processo de Enfermagem.....	36
2.8 Conhecimento, habilidades e cuidado: partes fundamentais do processo de enfermagem.....	37
3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	39
3.1 Tipos de pesquisa.....	39
3.2 População-alvo de estudo.....	40
3.3 Instrumentos de Coleta de Dados .....	40
3.4 Plano de Análise dos Dados .....	41

	10
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	42
4.1 Perfil dos profissionais enfermeiros .....	42
4.2 Problemas e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros .....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS .....	59
APÊNDICES .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma das profissões mais antigas que existe e também uma das que mais cresce e aprimora-se a cada ano. Os primórdios da enfermagem falam de mulheres que curavam e, por isso, eram tidas como bruxas. Muitas morreram queimadas em fogueiras e, até hoje, acredita-se que se tratavam de feiticeiras. O grande “pecado” destas mulheres era prestar assistência aos doentes e, através de conhecimentos adquiridos ao longo dos anos, trazerem alívio para as moléstias, fazendo uso de plantas medicinais e tratamentos simples, como o banho frio para baixar a febre.

O presente estudo visa demonstrar a importância do profissional enfermeiro para a saúde da população e, principalmente, demonstrar que a evolução da profissão, através do desenvolvimento das teorias de enfermagem e da sistematização da assistência, somente veio aprimorar os cuidados prestados e conceder qualidade para a assistência de enfermagem.

Neste estudo, fez-se um levantamento bibliográfico da história da enfermagem: sua evolução, seu desenvolvimento como profissão, o reconhecimento como ciência e as teorias que auxiliaram na sua afirmação como essencial para o desenvolvimento sadio de uma nação.

Baseado neste contexto, de constante evolução e crescimento, busca-se demonstrar que a qualidade dos serviços prestados, ou seja, a qualidade da assistência de enfermagem tem muito a enriquecer-se através da sistematização desta assistência e usando o processo de enfermagem como metodologia para o seu planejamento e organização.

O uso do processo de enfermagem contribui para a qualidade da assistência, pois com a aplicação de suas etapas, organiza-se o cuidado, priorizam-se as necessidades, avalia-se o estado de evolução do paciente e melhora-se a assistência prestada.

É importante salientar que a qualidade da assistência não está somente vinculada à cura de doenças, mas também à evolução tranqüila da doença terminal até o óbito.

O presente estudo busca analisar as informações obtidas com os profissionais enfermeiros, acerca da utilização do processo de enfermagem no dia-a-dia do hospital e as dificuldades encontradas por eles.

O levantamento de dados foi realizado no Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), no mês de abril de 2007, através da aplicação de questionários com os enfermeiros graduados, os quais se encontram distribuídos nos diversos setores do hospital.

### *1.1 Situação Problemática*

A prática de assistência aos doentes é muito antiga. Relatos históricos mostram essa assistência sendo prestada por freiras em casas de saúde – as Santas Casas – organizadas com o objetivo específico de cuidar dos doentes pobres, visto que as pessoas de poder aquisitivo mais elevado recebiam visita domiciliar do médico da família.

Com o desenvolvimento e a legalização da profissão de enfermagem, o surgimento de diversas teorias embasando a profissão, o “processo de enfermagem” – visando fornecer subsídios para que a assistência seja prestada com qualidade, técnica e agilidade – busca-se no profissional enfermeiro a aplicação destas técnicas e teorias, que auxiliem na prestação do cuidado e que forneçam condições para que a assistência seja fornecida com qualidade, objetivando a melhoria do estado de doença do indivíduo e a diminuição do tempo de internação.

A importância deste estudo está em avaliar se o processo de enfermagem é utilizado pelos profissionais enfermeiros e a relevância destas ações para a qualidade da assistência prestada.

### *1.2 Objetivos*

Os objetivos servem de base para compreender o que se esperar do presente trabalho. Estão classificados em Objetivo Geral e Objetivos Específicos.

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a aplicabilidade do processo de enfermagem como metodologia de escolha para a assistência sistematizada e as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para sua operacionalização, utilizando-se como critério de levantamento de dados artigo científico publicado na Revista Nursing Brasileira<sup>1</sup>.

### 1.2.2 Objetivos Específicos:

- a) identificar nos profissionais enfermeiros o conhecimento do processo de enfermagem e sua aplicação na assistência ao paciente;
- b) demonstrar a importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para a qualidade dos serviços prestados;
- c) levantar as dificuldades encontradas para a efetiva utilização do processo de enfermagem.

## 1.3 Justificativa

Como a enfermagem é uma profissão que tem crescido consideravelmente nos últimos anos e avaliada a real importância da assistência para a recuperação dos doentes, pretende-se demonstrar que a sistematização é essencial para o desenvolvimento adequado do trabalho da equipe de enfermagem. Utilizando-se do planejamento e execução dos cuidados de acordo com as reais necessidades do paciente/cliente, a SAE confere qualidade à assistência contribuindo para a rápida recuperação do cliente, haja vista que seus efeitos são a diminuição do tempo de internação e uma melhor resposta ao tratamento realizado.

Optou-se pela área de enfermagem por agregar conhecimentos adquiridos na graduação de enfermagem e pela necessidade, observada informalmente, das instituições de saúde de sistematizar a assistência através da aplicação do processo de enfermagem e do conhecimento prévio das inúmeras teorias que tem fornecido embasamento científico para a evolução constante desta profissão.

---

<sup>1</sup> THOMAZ, Vanessa Aparecida; GUIDARDELLO, Edinêis de Brito. Sistematização da Assistência de Enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Nursing, n. 54, p. 28-34, fev. 2002.

#### *1.4 Estrutura da monografia*

A presente monografia está dividida em capítulos: no capítulo 1 encontra-se a situação problemática, os objetivos geral e específicos e a justificativa do estudo. O capítulo 2 apresenta a fundamentação teórica: toda a base científica da profissão, uma breve descrição da evolução da enfermagem.

O capítulo 3 descreve os métodos e as técnicas de pesquisa utilizados para o estudo e no capítulo 4 encontra-se a análise e interpretação dos dados coletados com a pesquisa de campo.

O capítulo 5 apresenta as considerações finais e na seqüência estão as referências e o apêndice.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura pretende embasar teoricamente o presente estudo sobre a importância da sistematização da assistência de enfermagem para a qualidade dos serviços prestados.

### *2.1 Enfermagem no Brasil*

A enfermagem no Brasil reporta-se ao período colonial, quando os jesuítas, na missão de catequizar os índios, impuseram-lhes costumes, como o uso de roupas; algumas alterações nas danças e festivais destes, substituindo-os por cantos religiosos que falassem dos santos. E, como se não bastasse tudo o que os brancos fizeram e que contribuíram para a degradação da cultura indígena, os colonos trouxeram também mudanças para o sistema de alimentação e trabalho dos índios, o que ocasionou a disseminação de doenças endêmicas e epidêmicas.

Essas mudanças nos hábitos acarretaram aumento da mortalidade infantil; aparecimento de doenças; a higienização tornou-se precária, como ocorreu com o uso de roupas, que eram usadas até ficarem podres (GERMANO, 1993, p.22).

Decorrente desta alteração e conseqüente disseminação de doenças surgiu a necessidade de alguém para cuidar dos enfermos. Os índios foram os primeiros a se ocuparem destes cuidados através dos feiticeiros, pajés, curandeiros. Com a colonização, outras pessoas começaram a assumir esta responsabilidade, como os jesuítas, seguidos posteriormente por religiosos, voluntários leigos e escravos escolhidos para este fim. A partir deste contexto surge a enfermagem, com fins mais curativos do que preventivos, e exercida no início, ao contrário da atualidade, quase que exclusivamente por homens (GERMANO, 1993, p. 22).

Por volta de 1543 é que foram fundadas as primeiras Santas Casas de Misericórdia, com o objetivo de recolherem pobres e órfãos. A assistência aos pobres era a função dos hospitais, visto que aqueles eram tidos como portadores de diversas doenças e estas, sendo de possível contágio, tornava-os perigosos. A



função do hospital não era apenas cuidar dos pobres doentes, mas também proteger os outros do perigo que aqueles ofereciam.

A primeira Santa Casa no Brasil foi a de Santos - SP, depois foi fundada uma no Rio de Janeiro e posteriormente em Vitória, Olinda, Ilhéus; todas no século XVI. A enfermagem destes locais era essencialmente prática, por isso os requisitos para o exercício da profissão de enfermeiro eram mínimos e não havia exigência de qualquer nível de escolarização para estes. Os religiosos contavam com voluntários e escravos para o cuidado dos doentes e exerciam supervisão das atividades de enfermagem, bem como prestavam assistência.

Essa enfermagem empírica perdurou até meados do século XX. Os livros consultados eram de medicina popular e enfermagem caseira publicados em Portugal (GERMANO, 1993, p. 23). Em 1783, Francisco Morato Roma escreveu um Guia do Enfermeiro, publicado também em Portugal, muito utilizado por aqueles que cuidavam dos doentes.

As Santas Casas forneciam atendimento assistencial e destinavam-se aos enfermos miseráveis, sendo que recebiam também soldados, visto que ainda não existiam hospitais governamentais. Somente em meados do século XVIII é que foram criados hospitais militares, muitos deles com verbas do salário dos próprios soldados. A assistência prestada nestas Santas Casas aos enfermos era subsidiada pela iniciativa privada, muitos destes hospitais foram construídos a partir de esmolas, sendo que as pessoas que necessitavam deste atendimento recebiam ali tratamento precário. Com a chegada de ordens religiosas ao Brasil, estas instituições foram sendo-lhes entregues sem, contudo, que o governo lhes assegurasse a manutenção.

O franciscano Frei Fabiano de Cristo merece destaque dentre aqueles que se dedicaram à enfermagem na época, este exerceu por quase quarenta anos as funções de enfermeiro no Convento Santo Antonio do Rio de Janeiro, no século XVIII.

No final do século XVII a história narra o trabalho voluntário de Francisca de Sande, viúva que na Bahia se dedicou ao cuidado dos doentes.

Outro nome de destaque na enfermagem brasileira é de Ana Justina Ferreira Néri, que dedicou-se ao cuidado dos soldados durante a guerra do Paraguai, no século XIX. O principal motivo de Ana Néri servir na guerra é de que dois de seus filhos encontravam-se nos campos de batalha. Ao final da guerra

recebeu do governo brasileiro o título de Mãe dos Brasileiros, além de duas medalhas.

Neste contexto, a ideologia da enfermagem desde sua origem significa: abnegação, obediência, dedicação. Esta disciplina e obediência marcaram a profissão, pois sugere que o enfermeiro não exerce a crítica social, somente consola e socorre as vítimas da sociedade. Essa visão tem dificultado as lutas por melhores condições de trabalho, salários melhores e jornadas de trabalho menores.

Em 1808 foi criada a primeira escola de medicina, na Bahia, coincidindo com a vinda da família real para o Brasil. Antes das escolas cursos eram ministrados sem o propósito de uma formação integral, demonstrando um caráter apenas emergencial, circunstancial (GERMANO, 1993, p. 26).

No início do século XIX novos cursos foram sendo fundados, mas o ensino médio organizou-se apenas em 1832, quando a escola passou a conceder ao estudante o título de médico. O mesmo não ocorreu com a enfermagem, apenas em 1890 foi criada a primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro, a escola Alfredo Pinto, criada no próprio Hospício de Pedro II, chamado também de Hospital Nacional de Alienados. Surge para atender a falta de pessoal daquele momento e com objetivos específicos de psiquiatria, sendo o corpo docente formado por médicos e psiquiatras do próprio hospital. A criação desta escola deve-se ao fato das irmãs de caridade, que desempenhavam as funções de enfermagem, terem deixado o hospital por incompatibilidade com a nova direção (GERMANO, 1993, p. 26-27).

Somente quase um século depois da organização do ensino médio, em 1923, é que surge a primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro, a Escola Ana Néri, com orientação e organização de enfermeiras. Neste contexto – uma escola organizada e orientada por profissionais enfermeiros – é que a história a considera a primeira escola de enfermagem do Brasil.

Por ocasião das constantes epidemias que assombravam o Rio de Janeiro na metade do século XIX, particularmente a febre amarela, que chegou a matar mais de quatro mil pessoas por volta de 1850, é que o Ministério do Império recorre à Academia Imperial de Medicina solicitando um plano para combater essa epidemia. Os médicos procuraram mostrar eficácia no combate à morte, bem como sua responsabilidade na preservação da saúde da população (GERMANO, 1993, p.27). Algumas medidas sanitárias são reativadas, surgindo um órgão dirigente da

saúde pública, mas as medidas adotadas significavam pouco em relação às precárias condições de vida da grande maioria da população.

Por volta de 1903 o Brasil entra em crise com suas relações comerciais por causa de novas epidemias de febre amarela. Os tripulantes dos navios que atracavam nos portos brasileiros eram acometidos pela febre amarela sendo que muitos morriam. Devido à epidemia, os países que negociavam com o Brasil ameaçam cortar relações comerciais caso o governo brasileiro não saneasse seus portos.

Nesta época Oswaldo Cruz é convidado pelo governo e assume a tarefa de controlar a febre amarela. Em quatro anos ele conseguiu controlar a doença, combatendo paralelamente a varíola e a peste. Devido ao êxito desta campanha e à vontade de lutar pela melhoria da saúde pública, Cruz propõe outra campanha, agora contra a tuberculose, a qual é negada pelo governo, haja vista que a tuberculose era doença característica da classe operária e não representava risco para a estrutura do Estado e da economia (LUZ *apud* GERMANO, 1993, p. 28).

A partir deste quadro surge o ensino sistematizado da enfermagem, com o propósito de formar profissionais que contribuíssem para garantir o saneamento dos portos. Surge, então, a enfermagem fora dos hospitais, na área da saúde pública, por volta de 1923.

## 2.2 Evolução do ensino de enfermagem

Em 1890 é criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, de acordo com o Decreto n.º 791 de 27 de setembro de 1890, do Governo Provisório da Segunda República. Surge no Hospital dos Alienados com o objetivo de preparar pessoal para o trabalho com os doentes mentais. Essa escola, mais tarde renomeada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, inspirou-se na Escola de Salpêtrière, na França, e a direção por enfermeiras somente ocorreu em 1943, mais de cinquenta anos após sua fundação.

Em 1901 é iniciado um curso de enfermagem no Hospital Evangélico em São Paulo, hoje chamado Hospital Samaritano; dirigido por enfermeiras inglesas. O objetivo desta escola era preparar pessoal para a instituição. As aulas eram ministradas em inglês e o hospital destinava-se ao atendimento de estrangeiros.

Em 1916 foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, com o objetivo de preparar socorristas voluntárias para atendimentos de emergência.

Apesar de a Escola Alfredo Pinto ser considerada a primeira escola de enfermagem do Brasil, surge somente em 1923 uma sob organização de profissionais enfermeiros, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), anexa ao Hospital Geral de Assistência daquele Departamento. Para a implantação e funcionamento desta escola, vinculada ao DNSP dirigido por Carlos Chagas, a Fundação Rockefeller enviou para o Brasil nove enfermeiras americanas, para estruturar o serviço de enfermagem, as quais foram as organizadoras da escola e também as primeiras professoras (GERMANO, 1993, p. 35).

Nasce no Brasil a enfermagem moderna, trazendo para a América Latina o modelo americano. O primeiro currículo da atual Escola Ana Néri dá ênfase às disciplinas de cunho preventivo, compatível com o objetivo da escola de formar profissionais para atuar na saúde pública.

A partir de 1931 a Escola Ana Néri passou a ser dirigida por uma enfermeira brasileira, Rachel Haddock Lobo e o quadro de professoras americanas aos poucos foi sendo substituído por brasileiras. Os primeiros cursos tinham caráter intensivo, com duração de 28 meses e posteriormente 32 meses. O candidato deveria ter concluído o curso normal ou equivalente. Essa era a principal diferença das outras escolas de enfermagem – Cruz Vermelha e Alfredo Pinto – que exigiam apenas que o candidato soubesse ler e escrever.

A partir de 1961, vencidos todos os prazos concedidos por leis – Decreto n.º 27.426/49, Lei n.º 775/49, Lei n.º 2.995/56 – todas as escolas passam a exigir curso secundário completo ou equivalente.

As mudanças no currículo de 1923 e o de 1949 não foram significativas, continuando a prevalecer o caráter preventivo das disciplinas, embora o mercado já apontasse forte tendência para o campo hospitalar. No ano de 1943, 66% das enfermeiras trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais e já em 1950, 49,4% encontravam-se no campo hospitalar e apenas 17,2% na saúde pública.

Em 1962 o currículo do curso de enfermagem sofre novamente uma mudança. No currículo de 1949 predominavam as disciplinas de cunho preventivo. O de 1962 emerge numa sociedade onde a economia tende para a concentração de

renda, surge então uma enfermagem voltada para as clínicas especializadas, de caráter curativo. A saúde pública passa a figurar apenas como curso de especialização, caso o aluno queira continuar o estudo após graduar-se.

O Parecer n.º 163/72 e a Resolução n.º 4/72 do CFE que surgem a partir da Reforma Universitária – Lei n.º 5.540/68, caracterizam a medicina e a enfermagem curativas, fortalecidas pelo capitalismo, pela sociedade consumista, desde medicamentos até equipamentos médico-cirúrgicos. O Parecer n.º 163/72 não contribuiu para uma preocupação com a saúde pública, apenas mostrou a necessidade do enfermeiro dominar as técnicas avançadas em saúde.

### 2.3 O modelo biomédico na enfermagem

De acordo com RIZZOTTO (1999, p. 42), o modelo da Medicina ocidental excluiu os rituais das práticas tradicionais e criou novas formas para realizar a sua própria prática – a tecnificação da assistência – obtida através de um conjunto de procedimentos racionais e encadeados, para garantir os resultados esperados.

Essa forma racional de atendimento, ao converter em prática os conhecimentos teórico-científicos, foi incorporada à área da saúde. Na enfermagem, essa tecnificação ocorreu através da elaboração de procedimentos, normas e rotinas que asseguram certa homogeneidade na assistência de Enfermagem, mesmo desempenhada por pessoas com qualificações diferenciadas – auxiliares, técnicos e enfermeiros graduados. Isso se reflete na visão da sociedade, que não consegue distinguir as diversas categorias que compõem a equipe de enfermagem.

### 2.4 O paciente/cliente: consumidor e receptor da assistência à saúde

O termo paciente tem sido utilizado como aquela pessoa receptora de cuidados, a origem latina da palavra significa padecer. O termo gera uma discordância entre os profissionais, pois paciente conota dependência. Alguns profissionais preferem o termo cliente, que gera uma conotação de aliança e interdependência.

A figura central nos serviços de assistência à saúde é o paciente/cliente. Aquela pessoa que chega ao hospital com algum problema de saúde. As necessidades desta pessoa variarão de acordo com o problema, as circunstâncias associadas e as experiências vividas. A primeira ação é identificar as necessidades imediatas do paciente e tomar providências para que estas sejam sanadas.

Algumas necessidades são básicas à todas as pessoas e requerem satisfação de acordo. A teoria das necessidades de Maslow, descrita em forma de pirâmide, define como prioridade/base as necessidades fisiológicas, em seguida as necessidades de segurança, depois necessidades de gregarismo e afeto, logo acima as necessidades de auto-estima e auto-respeito e, no topo da pirâmide, as necessidades de auto-realização.

Nesta hierarquia das necessidades, à medida que necessidades essenciais vão sendo atendidas, a pessoa passa a outra de um nível superior. A demanda por necessidades de mais alto nível indica que a pessoa está buscando saúde psicológica e bem-estar.

Dessa maneira, a hierarquia das necessidades é ótimo referencial para vários modelos de enfermagem para historiar os potenciais e as limitações dos pacientes e as necessidades de cuidados de enfermagem.

## 2.5 A Evolução da Profissão: as teorias de enfermagem

Florence Nightingale é considerada a precursora da enfermagem moderna, a história do desenvolvimento das teorias e do pensamento teórico na enfermagem iniciou com ela. Nightingale escreveu *Notes on Nursing* no qual se apresenta a primeira teoria de enfermagem, com enfoque na manipulação do ambiente para benefício do paciente.

Florence não escreveu *Notes on Nursing* com a pretensão de criar uma teoria, seu objetivo era “o conhecimento sanitário do dia-a-dia ou o conhecimento da enfermagem ou, em outras palavras, como colocar o corpo em tal estado que não tenha mais doença ou que possa recuperar-se da doença” (NIGHTINGALE *apud* GEORGE, 2000, p. 34), mas seu trabalho orientou a prática de enfermagem por mais de 100 anos (GEORGE, 2000, p. 14).

O objetivo dos cursos de graduação para enfermeiras eram preparar profissionais para as posições administrativas e educacionais; a partir deste pensamento, nos anos 50, o *Teachers College* da Universidade de Columbia desenvolveu programas educacionais para graduação de enfermagem, com o intuito de sanar esta deficiência profissional de enfermeiras administradoras e educadoras.

A ciência da enfermagem teve seus primeiros conceitos teóricos de formandos destes programas, como Peplau, Henderson, Hall e Abdellah (GEORGE, 2000, p. 14).

De acordo com GEORGE (2000, p. 14), os teóricos da *Columbia School* utilizaram o conceito biomédico para determinar o que as enfermeiras fazem e suas atribuições funcionais, considerando os problemas e necessidades do paciente como o enfoque prático. Já Johnson, da Universidade da Califórnia (Los Angeles) declarou que o conhecimento de enfermagem era baseado em diagnósticos de enfermagem, diferentes do diagnóstico médico.

A partir dos anos 60, o enfoque deixou de ser no problema/necessidade do paciente e nos papéis funcionais da enfermagem e passou para o relacionamento enfermeira/paciente. Segundo GEORGE (2000, p. 14), o posicionamento teórico da *Yale School* foi influenciado pelos formandos da Columbia, que se tornaram membros do corpo docente, como Henderson, Orlando e Wiedenbach. Os teóricos da *Yale School* vêem a enfermagem como um processo. Fazem parte destes teóricos Orlando e Wiedenbach. Levine apresentou quatro princípios de conservação da enfermagem, independente da *Yale School*, em 1967. No mesmo ano, Dickoff, James e Wiedenbach apresentaram a definição da teoria de enfermagem e as metas para seu desenvolvimento. Em 1968, o trabalho da universidade foi publicado na *Nursing Research* e tornou-se documento clássico na história do pensamento teórico de enfermagem (DICKOFF *et alli apud* GEORGE, 2000, p. 14).

Foi nessa década (60) que o governo liberou verbas para os estudos de doutorado dos educadores de enfermagem e o resultado foi uma nova onda de teóricos de enfermagem.

Na década de 70 foi quando muitas teorias de enfermagem foram apresentadas pela primeira vez: Rogers, King, Orem, Levine, Neuman, Roy, Peterson e Zderad, Newman e Watson; a maioria foi revisada desde a apresentação original.

Nos anos 80 as teorias de enfermagem foram revisadas de acordo com achados históricos e os trabalhos de Johnson, Parse, Leininger e Erickson, Tomlin e Swain foram incorporados ao corpo do pensamento teórico de enfermagem.

Os anos 90 intensificaram os estudos que testam e expandem a teoria de enfermagem. Rogers revisou sua teoria e as suas implicações na prática, na pesquisa, na educação e no futuro. Parse trocou apenas a linguagem de sua teoria, de Homem-Vida-Saúde para a teoria de Tornar-se Humano, devido às implicações da definição contemporânea de homem que opõe-se ao sentido de humanidade. Boykin e Schoenhofer publicaram em 1993 uma teoria sobre o cuidado como imperativo moral para a enfermagem. Newman publicou a segunda edição de sua teoria, tendo a saúde como expansão da conscientização, constituindo-se em uma atualização. Em 1995 Neuman também atualizou a teoria do modelo de sistemas de Neuman.

MELEIS (*apud* GEORGE, 2000, p. 15), apresentou seis características da disciplina de enfermagem que orientam o desenvolvimento teórico do século 21, que são:

- a) a disciplina de enfermagem é a ciência humana adjacente à disciplina que é baseada na compreensão do significado das experiências vividas diariamente como são percebidas pelos membros ou pelos participantes da ciência;
- b) há uma ênfase maior na orientação prática;
- c) a missão da enfermeira é a de desenvolver teorias que enriqueçam as enfermeiras, a disciplina e os clientes;
- d) aceita-se que as mulheres possam ter estratégias e abordagens diferentes das dos homens para o desenvolvimento do conhecimento;
- e) a enfermagem tenta compreender as experiências do consumidor com a finalidade de permitir que eles recebam o cuidado ideal e mantenham a saúde ideal;
- f) os esforços para ampliar as perspectivas de enfermagem incluem os esforços para compreender a prática da enfermagem nos países do terceiro mundo.

MELEIS (*apud* GEORGE, 2000, p. 16), previu que as teorias de enfermagem se tornariam teorias para a saúde, sendo desenvolvidas por diversos profissionais, como médicos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Seus estudos revelaram também que o domínio da enfermagem que enfoca as interações pessoa-ambiente, os níveis de energia, as respostas humanas e o cuidado terão grande aceitação como foco central e complementar no fornecimento do atendimento de saúde aos clientes.



Ainda MELEIS destaca a importância das pesquisas qualitativa e quantitativa para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e que as teorias podem descrever, explicar ou prever o fenômeno dentro de um contexto específico descritivo ou explicativo, ou podem ser prescritivas. Segundo MELEIS (*apud* GEORGE, 2000, p. 17), as teorias prescritivas refletem a regulamentação para os cuidadores e para a promoção de ações adequadas.

As teorias previsivas do futuro, de acordo com MELEIS, possuem três componentes essenciais: níveis e tipos de energia, totalidade corpo-mente e conexões ambiente-pessoa.

Para GEORGE (2000, p. 18), as teorias de enfermagem podem pertencer às categorias de necessidades/problemas, interação, sistemas e campo de energia. Determinadas teorias acabam por não pertencer exclusivamente à uma categoria, haja vista que possuem elementos de outras categorias em seu interior.

Àqueles teóricos orientados aos problemas/necessidades o enfoque está nas necessidades e nos problemas que os clientes têm, procurando corrigi-los utilizando o processo de enfermagem. Àqueles orientados para a interação, a ênfase está no processo de comunicação para o preenchimento das necessidades do cliente. Os teóricos orientados para os sistemas afirmam que o homem é composto de diversas partes ou subsistemas que, quando somados, são mais e diferentes do que a soma. Já aqueles do campo de energia acreditam que as pessoas são campos de energia em constante interação com o ambiente em que vivem ou com o universo.

TORRES (*apud* GEORGE, 2000, p. 17), apresentou características para as teorias, descritas da seguinte maneira:

- a) as teorias podem inter-relacionar conceitos de tal forma que criem uma nova maneira de ver um determinado fenômeno;
- b) as teorias devem ser de natureza lógica;
- c) as teorias devem ser relativamente simples e ainda generalizáveis;
- d) as teorias podem ser as bases para as hipóteses serem testadas ou para a teoria ser expandida;
- e) as teorias contribuem para o aumento do corpo de conhecimentos gerais da disciplina através da pesquisa implementada para validá-las;
- f) as teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática;
- g) as teorias devem ser consistentes com outras teorias validadas, leis e princípios, mas devem deixar abertas as questões não-respondidas, que devem ser investigadas.

GEORGE (2000, p. 19), preconiza que “quando os conceitos são inter-relacionados, proporcionam as partes estruturais da teoria”. A autora declara ainda que, as teorias orientam a prática de enfermagem “descrevendo, explicando ou prevendo os fenômenos”.

Ainda para GEORGE (2000, p. 19), as teorias de enfermagem inter-relacionam os quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem, que são: a pessoa, o ambiente/sociedade, a saúde e a enfermagem. E diz que a pesquisa de enfermagem, utilizando-se de métodos quantitativo e qualitativo, expande ou testa a teoria.

## 2.6 O Processo de Enfermagem

HORTA (1979, p. 35), define processo de enfermagem como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

O processo de enfermagem é o esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem (GEORGE, 2000, p. 21). Para GEORGE, é “a essência da prática de enfermagem, é o “instrumento” e a metodologia da profissão e como tal ajuda a enfermeira a tomar decisões e a prever e avaliar as conseqüências”. A autora destaca a importância do processo de enfermagem, pois trata-se de uma atividade intelectual deliberada, de forma que a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática.

Nos primeiros registros sobre o processo de enfermagem, este era composto de quatro fases: a investigação (que incluía o diagnóstico de enfermagem ou a identificação do problema); o planejamento; a intervenção (ou implementação) e a avaliação. Recentemente, alguns autores passaram a considerar o diagnóstico como uma fase separada dentro do processo de enfermagem e aquele passou a ser considerado com cinco fases.

Segundo ALFARO-LEFEVRE (1996, p. 56), o processo de enfermagem “fornece a base do pensamento crítico em enfermagem”. Consiste de cinco etapas – Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação – projetadas para acelerar a identificação e o tratamento do problema.

GEORGE (2000, p. 22) destaca que “o processo de enfermagem foi desenvolvido como um método específico para a aplicação da abordagem científica ou da abordagem de solução de problemas na prática de enfermagem”. A autora destaca ainda que “o processo de enfermagem proporciona meios para a avaliação da qualidade do atendimento de enfermagem prestado pelas enfermeiras, assegurando ao cliente/paciente sua competência e sua responsabilidade”.

Para o uso efetivo do processo de enfermagem, é preciso que os profissionais enfermeiros entendam e apliquem os conceitos e teorias apropriadas da enfermagem e, das ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas, pois estas proporcionarão subsídios para a tomada de decisão, o julgamento, os relacionamentos interpessoais e as ações, fornecendo a estrutura para o cuidado de enfermagem (GEORGE, 2000, p. 22).

DOENGES e MOORHOUSE (1999, p. 17), consideram que:

Uma vez que o processo de enfermagem constitui a base de todas as ações de enfermagem, trata-se da essência da enfermagem. O processo é flexível, ainda que suficientemente estruturado de modo a proporcionar o embasamento para as ações de enfermagem. Pode ser aplicado em qualquer cenário de cuidado à saúde ou educacional, em qualquer arcabouço teórico ou conceitual e no contexto de qualquer filosofia de enfermagem.

As etapas do processo de enfermagem estão descritas a seguir:

2.6.1 Investigação – A investigação consiste no primeiro passo do processo de enfermagem. É através dela que serão coletados dados que darão subsídio para determinar o estado de saúde do indivíduo (paciente/cliente). Todo o planejamento de enfermagem terá como base a investigação, provém daí a necessidade de garantir que as informações coletadas sejam corretas, completas e organizadas. Para que a investigação seja sistemática e compreensiva, faz-se uso de cinco atividades-chave, que irão influenciar no reconhecimento e no tratamento dos problemas de saúde de maneira segura e oportuna, a saber: coleta de dados; validação (verificação) dos dados; organização dos dados; identificação de padrões/teste das primeiras impressões; e comunicação e registro dos dados (ALFARO-LEFEVRE, 2000, p. 53).

- a) Coleta de dados: consiste em recolher os dados sobre a situação de saúde do paciente/cliente. A coleta de dados tem início no primeiro

encontro com o paciente e continua em cada encontro subsequente até que a pessoa receba alta. Os dados podem ser obtidos de diversas fontes, como: com o próprio paciente/cliente e com a família; através dos registros de enfermagem e dos registros médicos; através de consultas verbais e escritas, através de estudos diagnósticos, através de literatura sobre a enfermidade/diagnóstico médico e, principalmente, a entrevista com o paciente e o exame físico de enfermagem, que irão fornecer as informações mais significativas para a enfermagem. De grande importância para a continuação do processo de enfermagem, a entrevista e o exame físico complementam e esclarecem um ao outro.

Para que a entrevista seja produtiva, a enfermagem deve estar atenta em fazer perguntas, ouvir e observar o paciente/cliente. Através da entrevista obtém-se o histórico de saúde do paciente, são obtidas informações pessoais do paciente, queixa principal que o levou a procurar o serviço de saúde, antecedentes pessoais e familiares de doenças, dados sociais, culturais e ambientais; comportamentos que podem colocar a pessoa em risco de doenças e problemas potenciais. Através da entrevista a enfermagem obtém dados de saúde e doença que poderão ser confirmados com a realização do exame físico.

O exame físico tem o objetivo de verificar a veracidade dos dados obtidos na entrevista e avaliar, através de técnicas de: inspeção (observar, cuidadosamente, usando os dedos, os olhos, os ouvidos e o olfato); palpação (tocar e pressionar para testar a dor e sentir as estruturas internas); auscultação (ouvir com o estetoscópio) e percussão (golpear direta ou indiretamente uma superfície do corpo para determinar os reflexos ou para determinar se uma área contém líquidos), as condições físicas do paciente, associadas à doença atual e aos antecedentes pessoais. No exame físico é necessário ser tecnicamente profundo, sistemático e habilidoso. A habilidade de avaliação física inclui saber utilizar corretamente as técnicas de inspeção, auscultação, palpação e percussão.

A análise dos dados coletados durante a entrevista, o exame físico e através da observação *in loco* servirão de base para definição dos Diagnósticos de Enfermagem.

- b) Validação (verificação) dos dados: consiste em comprovar se os dados estão completos e corretos. A validação ajuda a evitar: fazer presunções; perder informações pertinentes; não compreender as situações; concluir apressadamente ou orientar o enfoque na direção errada e, cometer erros na identificação do problema (ALFARO-LEFEVRE, 2000, p. 76).
- c) Organização dos dados: consiste em agrupar os dados obtidos favorecendo a capacidade de se obter um quadro nítido da situação de saúde do paciente/cliente. É interessante que os dados sejam agrupados de acordo com um modelo de enfermagem, visto que facilitará na definição dos diagnósticos de enfermagem. Maslow, Gordon e os Padrões de Resposta Humana (NANDA) são maneiras de agrupar os dados mantendo o enfoque de enfermagem, sendo úteis na definição de diagnósticos de enfermagem porque têm um enfoque holístico e aproximam dados relativos aos padrões de resposta humana e funcionamento, em vez de padrões de funcionamento de órgãos e sistemas (ALFARO-LEFEVRE, 2000, p.78). O agrupamento de dados de acordo com os sistemas orgânicos é útil quando aqueles indicam problemas médicos.
- d) Identificação de padrões/teste das primeiras impressões: após o agrupamento dos dados de acordo com conjuntos de informações relacionadas, podem-se identificar algumas impressões acerca dos padrões de funcionamento humano. De acordo com ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 83), o teste de primeiras impressões visa decidir o que é relevante, observando o que os dados sugerem e direcionando a investigação para a aquisição de maiores informações.
- e) Comunicação e registro dos dados: a comunicação e o registro compõem a fase final da investigação. Segundo ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 84), a comunicação de dados anormais possibilita a rapidez no diagnóstico e no tratamento de problemas urgentes e o

registro ajuda a promover continuidade da assistência, exatidão das informações e pensamento crítico.

Depois de registrados todos os dados coletados, dá-se continuidade ao processo de enfermagem com a definição dos diagnósticos de enfermagem.

2.6.2 Diagnóstico – O diagnóstico é a segunda fase do processo de enfermagem. Na definição de *American Nurses Association* (ANA, 1980) “o diagnóstico é o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde vigentes ou potenciais” (GEORGE, 2000, p. 25).

A *North America Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (apud GEORGE, 2000, p. 25), define diagnóstico como:

[...] um julgamento clínico acerca das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou potenciais de saúde ou processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem, para que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Segundo a NANDA (2000, p. vii), “a linguagem dos diagnósticos de enfermagem é uma forma de descrever a experiência do paciente. É um poderoso veículo que requer um pensamento crítico, analítico, criativo e acurado, para comunicar adequadamente aos outros os fenômenos com que se preocupa a disciplina”.

O relatório diagnóstico identifica o problema de saúde real ou potencial do cliente, o déficit, ou a preocupação que podem ser afetados pelas ações de enfermagem. Descreve um grupo de dados com a interpretação baseada na capacidade do cliente de preencher necessidades básicas (GEORGE, 2000, p. 25).

Diversos modelos de relatórios diagnósticos têm sido apresentados por autores que se baseiam na taxonomia desenvolvida pela NANDA. De acordo com cada cliente, haverá sempre mais de um diagnóstico de enfermagem.

Como descrito anteriormente, os diagnósticos são definidos de acordo com os problemas de saúde reais ou potenciais do cliente, ou seja, se um paciente está hospitalizado há dois meses, de acordo com os problemas decorrentes da internação, das medicações prescritas, da evolução do estado de saúde do mesmo, diversos diagnósticos de enfermagem poderão ser definidos e, a partir destes, a intervenção de enfermagem será planejada.

Depois de identificados todos os diagnósticos de enfermagem, procede-se com a organização dos mesmos, em ordem de prioridade – considerando a opinião do cliente e da enfermagem – observando-se o grau de ameaça a nível de saúde do cliente. O relatório diagnóstico de enfermagem acaba por ser considerado decisivo ao refletir as reais necessidades do cliente.

Segundo DOENGES e MOORHOUSE (1999, p. 17):

Ao utilizar o diagnóstico de enfermagem como parte integral do processo de enfermagem, a enfermagem profissional identifica um corpo de conhecimentos que contribui para a prevenção da doença, bem como para a manutenção e/ou restabelecimento da saúde (ou alívio da dor e do desconforto, quanto um retorno à saúde não é mais possível).

De acordo com ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 114-115), a NANDA atualiza oficialmente sua lista de rótulos diagnósticos de enfermagem a cada dois anos, sendo que alguns são amplamente utilizados e outros raramente. A maioria dos rótulos diagnósticos na lista da NANDA possui três componentes: título (rótulo) e definição (descrição concisa do problema); características definidoras (consiste no agrupamento dos sinais e sintomas associados com o diagnóstico) e fatores relacionados de risco (são os fatores que podem causar ou contribuir para o problema).

Definidos os diagnósticos de enfermagem, segue-se com o processo de enfermagem para a fase de Planejamento.

2.6.3 Planejamento – Consiste na terceira parte do processo de enfermagem, podendo ser descrita como a determinação do que pode ser feito para ajudar o cliente e envolve três subfases: o estabelecimento mútuo de metas e objetivos, a definição de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais.

O estabelecimento de metas e objetivos origina-se dos diagnósticos de enfermagem e são estabelecidos para cada diagnóstico listado. O planejamento é um documento voltado para a ação de enfermagem, visando auxiliar o cuidador na prestação de um cuidado de qualidade ao cliente. O plano contém diagnósticos de enfermagem relevantes, resultados esperados, intervenções de enfermagem e informações para avaliação (GEORGE, 2000, p. 26). O plano acaba por tornar-se parte permanente do registro do cliente.

Para a preparação do plano, o cliente e a sua família devem ser consultados, antes de formuladas as metas e os objetivos, pois estes devem ser realistas e possíveis de atingir, servir de apoio às necessidades do cliente e ser mutuamente aceitáveis. Cada objetivo precisa ser conciso, definido e mencionado numa única frase, que contenha um realizador (o cliente), uma realização (a ação) e uma mudança de comportamento a ser obtida (objetivo). O comportamento final esperado deve ser identificado e colocado na estrutura de tempo apropriada, podendo ser usado para a avaliação (GEORGE, 2000, p. 26).

As metas identificam os critérios efetivos de avaliação da ação de enfermagem. Os objetivos são determinados pelas metas e definem sob quais condições os comportamentos finais esperados acontecerão e especificam o nível de desempenho e o comportamento que evidenciarão se os resultados esperados foram alcançados.

A identificação das ações para cada diagnóstico constitui a segunda subfase do planejamento do atendimento de enfermagem. As ações de enfermagem são baseadas em justificativas científicas e especificam o tipo de cuidado que deverá ser realizado para que possa ser fornecido atendimento ao problema do paciente/cliente. As ações de enfermagem podem ser vistas como hipóteses usadas para testar sua contribuição na solução do problema. À enfermeira, juntamente com o paciente/cliente e a família, cabe selecionar as ações oportunas para que os objetivos sejam atingidos.

Como o plano de cuidados lida com problemas reais e potenciais, as ações devem ser baseadas em princípios científicos e em teorias de enfermagem. O planejamento sugere que os problemas serão solucionados e as metas estabelecidas atingidas de forma ordenada. O plano apresenta uma forma organizada, direcionada e significativa para as ações de enfermagem, usadas para ajudar o paciente/cliente e a família na resolução dos problemas de saúde enfrentados.

Um plano das ações permite que o cuidado seja eficiente, diminuindo o tempo gasto para a execução das tarefas e a energia dispensada, fornecendo dados importantes para o cuidador.

Devido às mudanças que ocorrem na evolução do estado de saúde do paciente/cliente, o plano de ação escrito está constantemente mudando, sendo readequado continuamente. Dessa maneira, observa-se que o planejamento é um



processo contínuo, baseado na avaliação e reinvestigação, sendo um importante instrumento de acompanhamento, por todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente/cliente, acerca das modificações ocorridas no planejamento dos cuidados de enfermagem.

2.6.4 Implementação – Após definido o plano de cuidados, é necessária a implementação ou a colocação do plano em ação. Esta etapa inclui: a preparação para a comunicação e para o recebimento da comunicação; o estabelecimento das prioridades diárias; a investigação e reinvestigação; a realização de intervenções e das modificações necessárias; o registro e a comunicação.

- a) Preparação para a comunicação e para o recebimento da comunicação: Em muitos casos, a enfermeira (o) assume pacientes que tiveram o plano de cuidados planejado por outro profissional de enfermagem e precisa estar atenta para começar a cuidar da pessoa após a implementação já ter sido iniciada. Manter-se sempre preparada e permanecer concentrada são itens fundamentais para que se obtenha um comunicado relevante, que auxilia o profissional a organizar-se e estabelecer quais serão as prioridades no início do dia.
- b) Estabelecimento das prioridades diárias: esta etapa envolve verificar rapidamente o quadro geral dos pacientes que serão cuidados antes de comunicar ou estudar o plano de cuidados; observar as informações críticas; identificar os problemas urgentes e tomar as ações apropriadas; listar os problemas (incluindo diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos); determinar as intervenções que deverão ser feitas para prevenir, resolver ou controlar os problemas listados; determinar o que o paciente pode fazer sozinho, o que a equipe de enfermagem deve fazer e quais os procedimentos que serão executados pela enfermeira (o); e elaborar uma lista detalhada de tarefas a serem realizadas durante o dia, considerando a rotina da unidade.
- c) Investigação e reinvestigação: consiste em investigar, observar o estado do paciente antes das intervenções e reinvestigar para

monitorar o resultado após as ações apropriadas. Esta etapa fornece subsídios para que se observe como o plano de cuidados está favorecendo o paciente/cliente e, se não o está, é possível verificar quais os passos que deverão ser modificados.

- d) Realização de intervenções: a realização de intervenções envolve preparar-se, realizar a intervenção, monitorar a resposta e fazer as modificações necessárias. Preparar-se envolve: saber o que irá fazer, por que irá fazer, como irá fazer e como reduzirá os riscos de dano (ALFARO-LEFEVRE, 2000, p. 176). Após preparada para agir, é necessário realizar a intervenção. Se os resultados esperados com a intervenção não forem alcançados, será preciso verificar se: as intervenções foram realizadas corretamente, se o diagnóstico está correto ou o problema e a sua causa estão modificados, se existem outras intervenções que podem auxiliar na executada e se faltou algo na realização da intervenção.
- e) Registro: existem duas razões para que se realize o registro das investigações, das intervenções e dos resultados logo após o término da intervenção: será mais fácil recordar-se dos detalhes da intervenção e dos resultados alcançados; e, escrever o observado e o realizado ajuda o profissional a recordar de algo mais que poderia ser investigado. De acordo com ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 179-180) a finalidade do registro é comunicar aos outros profissionais de atendimento de saúde acerca de como está o paciente/cliente; identificar os padrões de respostas e as modificações no estado do paciente/cliente; proporcionar uma base para a avaliação, pesquisa e melhoria da qualidade do cuidado; e, criar um documento legal que possa ser utilizado para avaliação do tipo de cuidado prestado e para a comprovação do cuidado executado.
- f) Comunicação: a meta da comunicação é fornecer uma informação exata, fatural e organizada. O que é dito e a maneira como é dito poderá fazer diferença na qualidade do cuidado prestado. Para que a comunicação seja eficiente, é necessário utilizar um guia escrito que auxiliará na organização e no fornecimento de informações completas; é preciso fornecer informações dos antecedentes básicos

como nome, número do quarto, idade, médico, data de admissão, diagnóstico médico, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos de enfermagem; existe a necessidade de ser específico nas informações repassadas, evitando usar termos que causem incerteza; torna-se imprescindível descrever os tratamentos invasivos sofridos pelo paciente e destacar os achados anormais. O processo de comunicação torna-se primordial para a continuidade e o aprimoramento do cuidado prestado, fornecendo subsídios para uma assistência de qualidade.

2.6.5 Avaliação – Consiste na avaliação formal do plano de cuidados individual, ou seja, avaliação permite decidir sobre a continuidade do processo ou as modificações que o mesmo deve sofrer. De acordo com ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 194) a avaliação “também trata da importância dos estudos de melhoria de qualidade constantes e sistemáticos, visando a corrigir e a melhorar as práticas do fornecimento de cuidados à saúde”.

A autora destaca ainda que “a avaliação crítica – que é a avaliação cuidadosa, deliberada e detalhada de vários aspectos do cuidado ao paciente – é a chave para a *excelência* no fornecimento de cuidado ao paciente” (grifo nosso). Geralmente a avaliação é realizada de um plano de cuidados individual, mas é crescente a necessidade de auxílio no processo de avaliação para a melhoria da qualidade.

Os estudos sobre melhoria da qualidade referem-se a avaliar grupos de pacientes ou aspectos específicos do atendimento para melhorar a qualidade do atendimento para todos (ALFARO-LEFEVRE, 2000, p. 195).

Ao avaliar um plano de cuidados individual, deve-se observar que os seguintes itens sejam analisados: a determinação da obtenção de resultados; a identificação das variáveis, fatores que interferem na obtenção de resultados; e, a decisão sobre continuar, modificar ou terminar o plano.

- a) Determinação da obtenção de resultados: ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 195), sugere alguns passos para avaliar a obtenção de resultados: determinar o estado de saúde atual e a prontidão para testar a obtenção de resultados; listar os resultados que foram

descritos na fase de planejamento; comparar o que o paciente/cliente consegue fazer comparando com os resultados esperados; decidir a extensão da obtenção de resultados verificando se os resultados foram totalmente atingidos, parcialmente atingidos ou não foram atingidos; e, registrar todas as observações sobre o paciente/cliente (progressos, planos de cuidados).

- b) Identificação das variáveis (fatores) que interferem na obtenção de resultados: para verificar quais os fatores que afetam a obtenção dos resultados é preciso analisar as informações obtidas através da investigação e do registro do paciente, atentando para analisar se os resultados e as intervenções foram realistas e apropriados para o paciente em questão; se as intervenções foram implementadas conforme prescritas; se os problemas novos ou reações adversas foram observados precocemente e se foram realizadas as mudanças necessárias; qual a opinião do paciente/cliente acerca dos resultados e do plano de cuidados; quais fatores impediram e quais favoreceram o progresso; e, se foi realizada uma pesquisa de artigos práticos na literatura.
- c) Decisão sobre continuar, modificar ou terminar o plano: o último passo da fase de avaliação é decidir sobre a continuidade, a modificação ou o término do plano. Dar continuidade ao plano caso o paciente/cliente não atinja os resultados esperados e não sejam identificados fatores que impediram ou favoreceram o atendimento. Modificar o plano quando os resultados não foram alcançados, mas foram observados novos problemas ou fatores de risco ou quando a enfermeira (o) identificar outra maneira de tornar o cuidado mais eficiente. O término do plano é aplicado quando o paciente/cliente atingiu os resultados esperados, não apresenta novos problemas ou fatores de risco e manifesta capacidade para o autocuidado.

No organograma da Figura 1 pode-se observar a influência da avaliação no plano de cuidados individual.

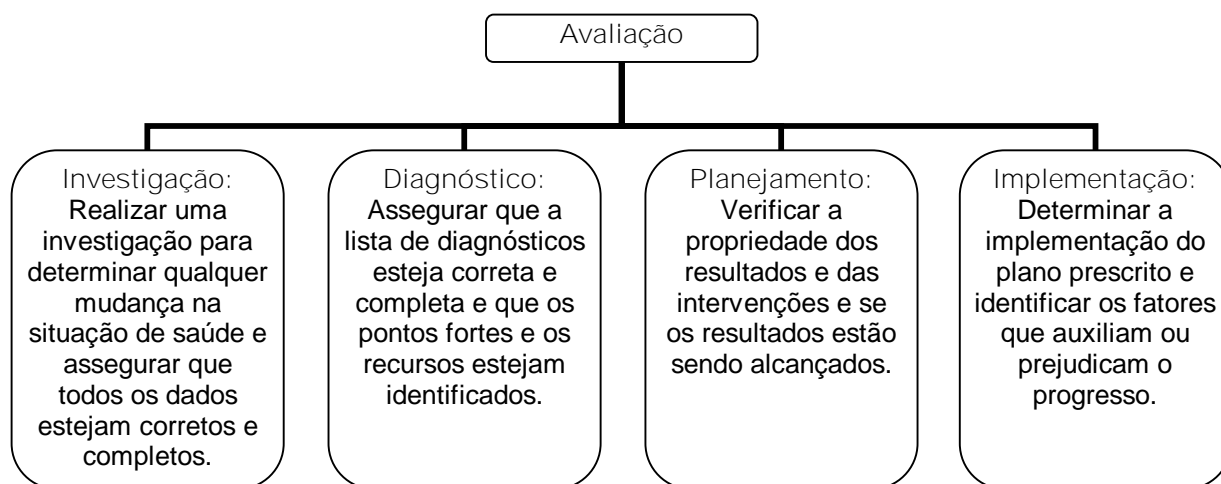


Figura 1 – Ilustração que proporciona um resumo visual do processo de avaliação de um plano de cuidados individual.

Fonte: Adaptado de ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 197).

## 2.7 Benefícios do Processo de Enfermagem

A importância primordial do processo de enfermagem é que ele complementa as outras disciplinas ao enfocarem a resposta humana aos problemas médicos, aos planos de tratamento e às modificações nas atividades da vida diária. Esta visão holística, observar o ser humano integral, e não apenas a doença que o acomete, assegura que as intervenções sejam planejadas para o indivíduo e não para a doença. ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 36), descreve os benefícios do uso do processo de enfermagem:

- a) apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais ou vigentes, reduzindo a incidência (e a duração) da estadia no hospital;
- b) cria um plano de custos que seja efetivo, tanto em termos de sofrimento humano quanto de despesas monetárias;
- c) tem exigências de documentação precisas destinadas a: melhorar a comunicação e prevenir erros, omissões e repetições desnecessárias; deixar uma 'pista de papel' que pode, posteriormente, ser seguida para avaliar o atendimento do paciente, tendo a finalidade de realizar estudos que possam trazer avanços à enfermagem e melhorar a qualidade e a eficiência do atendimento de saúde;
- d) impede que os clínicos percam de vista a importância do fator humano;
- e) promove a flexibilidade e o pensamento independente;
- f) elabora intervenções para o indivíduo (não apenas para a doença);
- g) ajuda: os pacientes e as pessoas significativas a perceberem que a sua participação é importante e que os pontos fortes são vantagens; as enfermeiras a terem a satisfação de obterem resultados.

A utilização do processo de enfermagem acarreta um aumento no nível de qualidade dispensada à assistência de enfermagem. Com o uso detalhado do processo de enfermagem, a equipe trabalha melhor, com eficiência, eficácia e qualidade superior àquela conferida ao trabalho informalmente organizado.

2.8 Conhecimento, habilidades e cuidado: partes fundamentais do processo de enfermagem

Segundo ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 39), para ser competente no uso do processo de enfermagem, é preciso conhecimento, habilidades e cuidado. O diagrama da Figura 2 ilustra a “essência” do processo de enfermagem: o conhecimento (o que, por que), as habilidades (como) e os cuidados (desejo, capacidade) juntos conferem a perícia ao processo de enfermagem. A autora afirma ainda que “o fundamental no processo de enfermagem: o conhecimento, as habilidades e os cuidados se unem como força matriz do atendimento de qualidade”.

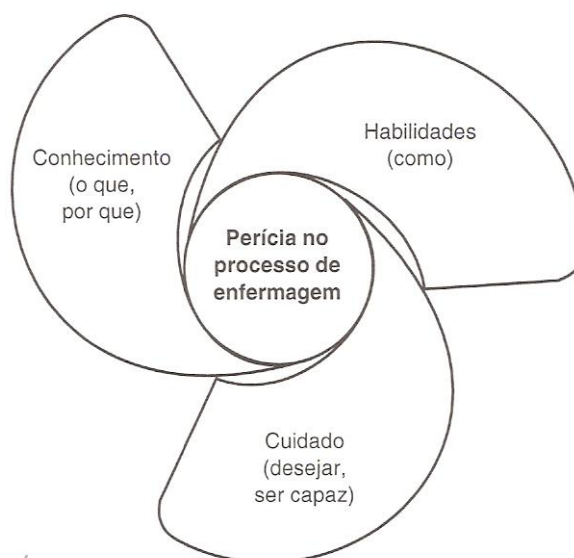


Figura 2 – Diagrama que ilustra a essência do processo de enfermagem: conhecimento, habilidades e cuidado.

Fonte: ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 39).

Conhecer a área que se é mais hábil torna-se necessário para reconhecer quais as outras áreas que necessitam de desenvolvimento. Manter o diagrama

presente na mente auxilia no estabelecimento de expectativas realistas quanto às áreas que precisam ser desenvolvidas, auxiliando na identificação de maneiras para melhorar.

O conhecimento de enfermagem deve ser amplo e variado, incluindo, de acordo com ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 40): promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento, saúde mental/psiquiatria, saúde comunitária, cultura/ética/lei, pesquisa/liderança, ensino/orientação, comunicação/negociação, solução de problemas/pensamento crítico, computadores/tecnologia, anatomia e fisiologia, diagnóstico de enfermagem/processo de enfermagem, gerenciamento dos cuidados de enfermagem, processo de doença/tratamento, modalidades diagnósticas/monitoramento, fisiopatologia/farmacologia, microbiologia/química, ciências sócias e físicas, e sabedoria prática.

As habilidades são necessárias para o uso efetivo do processo de enfermagem. Habilidades manuais para completar os procedimentos técnicos, habilidades intelectuais para solucionar problemas e tomar decisões e habilidades interpessoais para estabelecer um bom relacionamento com o paciente e com as pessoas significativas, e com os colegas de trabalho.

Prestar cuidado consiste no desejo e na capacidade de cuidar. Cuidar significa escolher fazer tudo o que for necessário para ajudar os outros que, segundo ALFARO-LEFEVRE (2000, p. 43), consiste em optar por:

- a) concentrar-se no que é o melhor para o consumidor (a pessoa, a família, a comunidade);
- b) respeitar os valores e as crenças dos outros;
- c) permanecer envolvido, mesmo quando os problemas tornam-se crônicos ou mais graves;
- d) manter um estilo de vida saudável de forma a ser capaz de ajudar.

Ter capacidade de cuidar exige a compreensão de si mesmo e dos outros. Conhecer-se é tarefa para a vida inteira, consiste em aprender sobre tendências, reações e hábitos, que podem e, com certeza, se modificarão ao longo da vida. Compreender os outros envolve aprender a ouvir empaticamente ou ouvir com a intenção de penetrar na maneira de pensar e na visão de mundo da outra pessoa. Ouvir empaticamente consiste em 'deixar de lado' a maneira individual de pensar, de sentir, de ver o mundo e conseguir visualizar, pensar, sentir, como a outra pessoa (paciente/cliente), vê, pensa e sente.

### 3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A metodologia visa descrever como o estudo foi realizado e quais os instrumentos utilizados para a pesquisa e coleta de dados. Neste capítulo estão descritas as etapas desse processo.

A pesquisa utilizada foi do tipo descritiva e a coleta de dados realizada através da aplicação de um questionário baseado em pesquisa semelhante publicada como artigo científico na Revista Nursing.

A população contemplada para a pesquisa foram os enfermeiros do Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), ou seja, todos aqueles profissionais envolvidos diretamente com a aplicação do Processo de Enfermagem, tendo em vista que são eles os responsáveis pela sua formulação. O hospital conta com 46 (quarenta e seis) profissionais distribuídos nos seus diversos setores, ligados diretamente à assistência do paciente e também dispostos na administração.

O questionário utilizado na pesquisa pode ser visualizado no APÊNDICE A. Participaram da pesquisa 18 (dezoito) profissionais, no mês de abril de 2007.

#### 3.1 Tipos de pesquisa

Segundo GIL (1994, p. 43), pesquisa pode ser definida como “o processo formal e sistemático do desenvolvimento do método científico”. Dessa forma, o autor estabelece que pesquisa social é “o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”.

Utilizando-se dos conceitos formulados por GIL, realizou-se uma pesquisa descritiva, que é definida pelo autor como aquela cujo objetivo principal é descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis.

A pesquisa é de natureza qualitativa, configurada em um estudo de caso que, de acordo com LIMA (2004, p. 31) pode ser definido como “uma das formas de



realizar uma pesquisa empírica de caráter qualitativo sobre um fenômeno em curso e em seu contexto real”.

### 3.2 População-alvo de estudo

De acordo com GIL (1994, p. 91), o universo ou população é “um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características”. No presente estudo a população é composta pelos enfermeiros – nível de graduação – do HMCC, que são responsáveis pela elaboração das etapas do processo de enfermagem, ou seja, realização da investigação, definição dos diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações e avaliação dos resultados obtidos.

Ainda segundo GIL (1994), a amostra é definida como um subconjunto do universo ou população, através da qual se estimam as características desse universo ou população.

O hospital possui no seu quadro funcional 46 (quarenta e seis) enfermeiros distribuídos nos diversos setores e 39% participaram da pesquisa. Cabe salientar que todos os enfermeiros foram convocados para a pesquisa, mas apenas o montante citado entregou os questionários preenchidos no prazo estipulado.

### 3.3 Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário que, segundo GIL (1994, p. 43), é uma “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentados por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas e etc.”.

O questionário empregado é o mesmo utilizado no artigo intitulado “Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros”, publicado na edição n.º 54 da Revista Nursing de 2002, cuja pesquisa foi realizada em um hospital-escola do interior do estado de São Paulo.

O questionário é composto de duas partes, a primeira contém dados de identificação e a segunda é formada por questões relativas às fases da

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). No total são 13 questões: dez são semi-abertas e três fechadas.

### 3.4 Plano de Análise dos Dados

De acordo com os objetivos definidos para o presente estudo, buscou-se verificar a aplicabilidade do processo de enfermagem como metodologia determinante para a melhoria da qualidade da assistência sistematizada de enfermagem e quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a sua operacionalização.

A análise cuidadosa e criteriosa dos dados coletados com os questionários, é que fornecem subsídios para que os resultados apresentados mostrem a realidade encontrada.

GIL (1991, p. 102), descreve o processo de análise dos dados como envolvendo os procedimentos de codificação das respostas, tabulação dos dados, cálculos estatísticos e interpretação destes dados.

Como citado anteriormente, o questionário possui duas partes, na primeira trata-se de identificar o perfil dos profissionais e na segunda parte busca-se identificar os problemas e as dificuldades encontradas para a aplicação do processo de enfermagem na sistematização da assistência nos diversos setores do hospital.

Os dados coletados foram agrupados e distribuídos em tabelas e gráficos para melhor visualização e interpretação das informações obtidas.

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo são apresentadas as informações obtidas com os questionários.

### 4.1 Perfil dos profissionais enfermeiros

A primeira parte do questionário utilizado para coleta de dados aponta características pessoais dos profissionais pesquisados, tais como: sexo, faixa etária, ano de formação, tempo de experiência profissional, tempo que trabalha na instituição, unidade de trabalho e tempo que trabalha nesta unidade.

Na figura 3 apresenta-se o gráfico que demonstra o percentual dos profissionais entrevistados por gênero, quantos enfermeiros são do gênero masculino e quantos do gênero feminino. Observa-se que 68% do total são do gênero feminino, 16% do gênero masculino e 16% não responderam. Este dado confirma que a maioria dos profissionais enfermeiros continua ainda composto por mulheres.

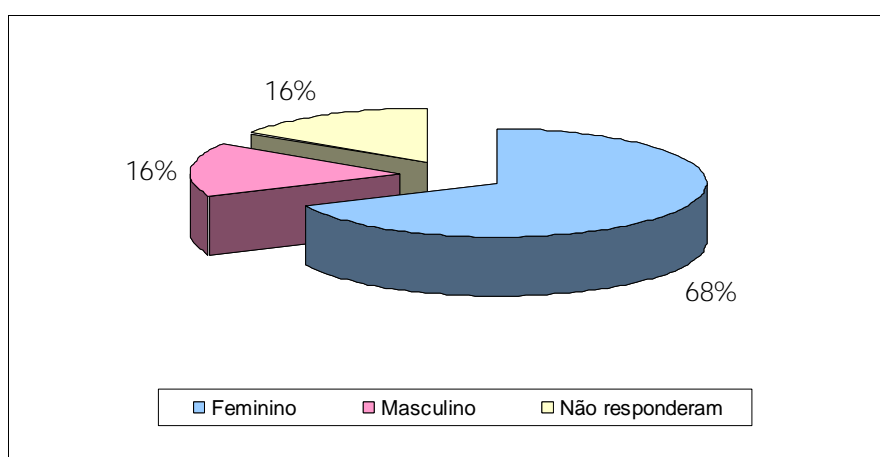


Figura 3 – Gráfico que representa o gênero dos profissionais entrevistados.  
Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

Na figura 4 os entrevistados estão distribuídos por faixa etária: 11% pertencem ao grupo até 25 anos, 39% pertencem ao grupo de 26 a 35 anos, 6%

representa a faixa etária compreendida entre 36 a 45 anos, nenhum profissional está na faixa acima de 45 anos e 44% dos entrevistados não responderam. Observa-se através destes dados que a maioria dos profissionais enfermeiros encontra-se na faixa dos 26 a 35 anos.

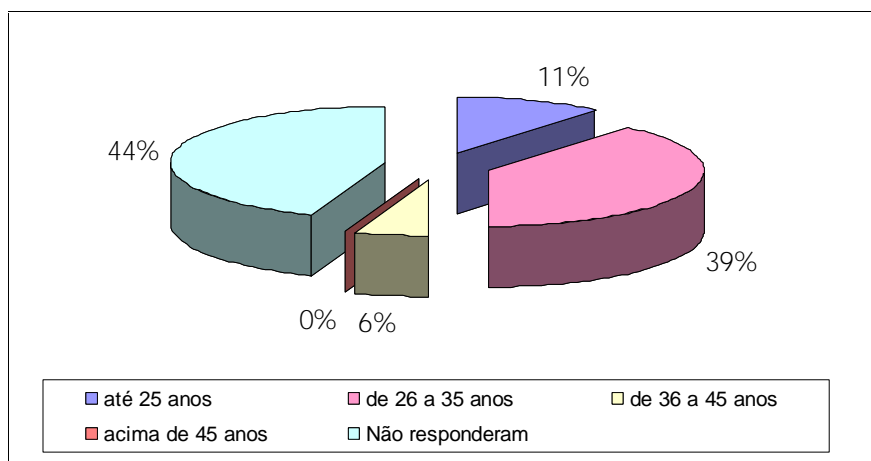


Figura 4 – Gráfico que representa a faixa etária dos entrevistados.  
Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

Os dados representados no gráfico da Figura 5 mostram que 61% dos enfermeiros que trabalham na instituição tem até 5 anos de formado; 11% estão na faixa compreendida entre 5 a 10 anos; nenhum profissional respondeu ter mais de 10 anos de formado e 28% não responderam este item. Este dado mostra que a grande maioria dos enfermeiros do hospital pesquisado são formados recentemente – tempo inferior à cinco anos.

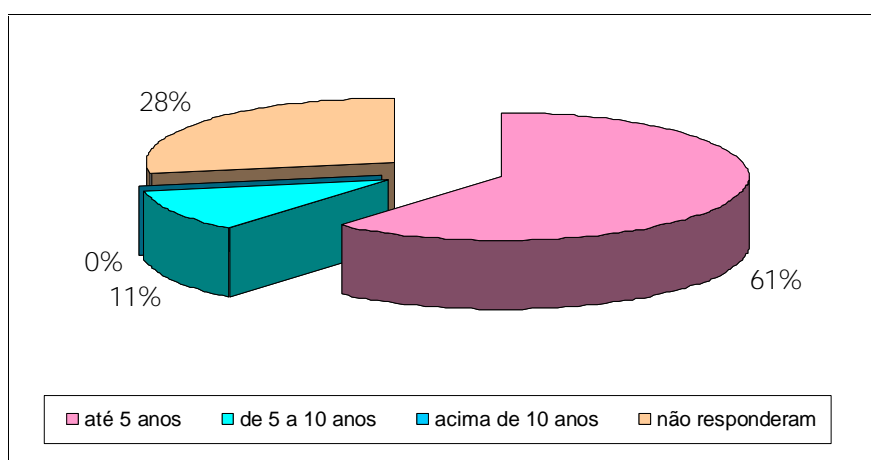


Figura 5 – Gráfico que representa o tempo de formado dos enfermeiros.  
Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

A Figura 6 mostra que 72% dos enfermeiros entrevistados tem até 5 anos de experiência profissional, 17% não responderam, 11% está na faixa de 5 a 10 anos e nenhum profissional tem mais de 10 anos de experiência. Estes dados confirmam as informações da Figura 5, pois a maioria dos profissionais entrevistados – 61% tem até 5 anos de formado.

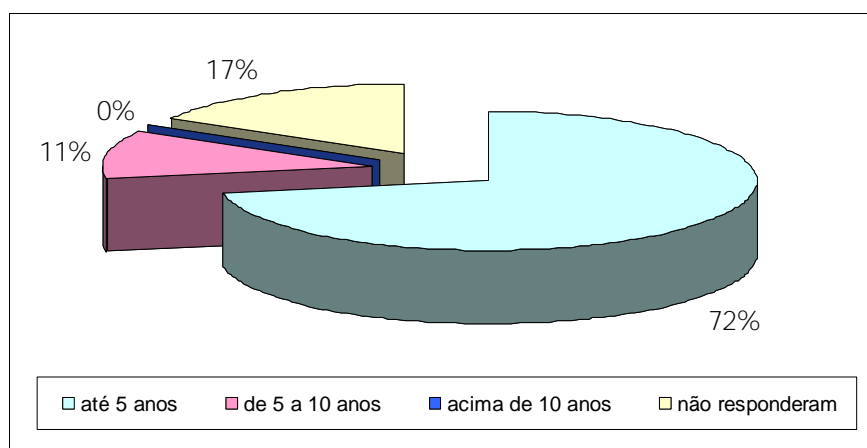


Figura 6 – Gráfico que representa o tempo de experiência profissional dos enfermeiros entrevistados.

Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

A Figura 7 mostra dados relativos ao tempo que cada profissional trabalha na instituição, do total de entrevistados, 83% já trabalham na instituição até 5 anos, 6% estão no hospital de 5 a 10 anos, 11% não responderam e nenhum afirma estar a mais de 10 anos na instituição.

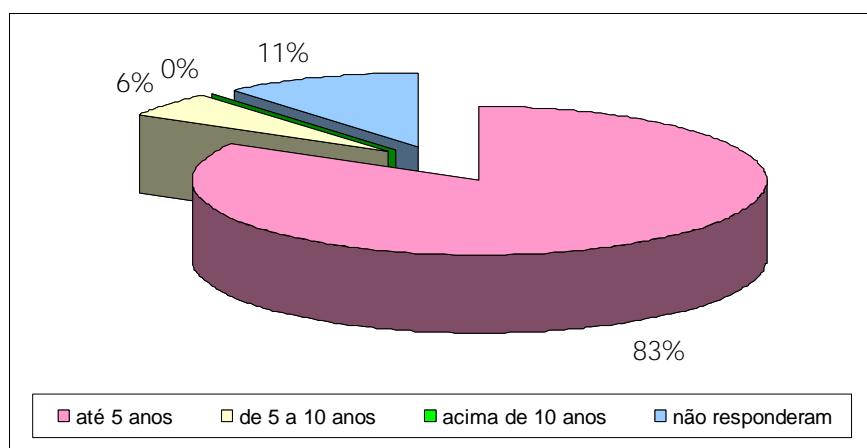


Figura 7 – Gráfico que representa o tempo que os profissionais trabalham na instituição.

Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

Os dados representados pelo gráfico da Figura 8 mostram os profissionais enfermeiros distribuídos por setor: 22% trabalham nos blocos de internação, 17% na UCO (UTI – Unidade de Terapia Intensiva – coronariana), 17% no centro cirúrgico (CC), 17% não responderam, 11% no pronto-socorro e pronto-atendimento (PS e PA), 5% no centro de material estéril (CME), 5% no laboratório de hemodinâmica e 5% no setor de oncologia, estes dados refletem apenas os profissionais entrevistados.

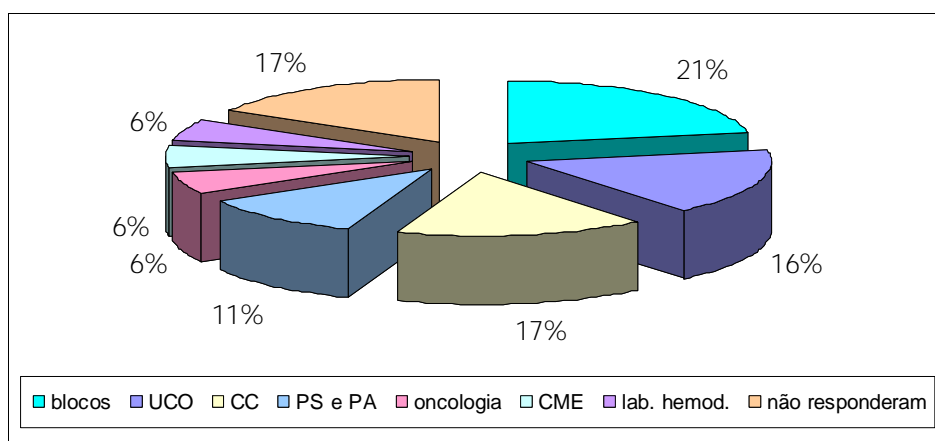


Figura 8 – Gráfico que representa os setores onde os enfermeiros entrevistados trabalham.

Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

A Figura 9 mostra o número total de enfermeiros que trabalham no hospital, distribuídos por setor.

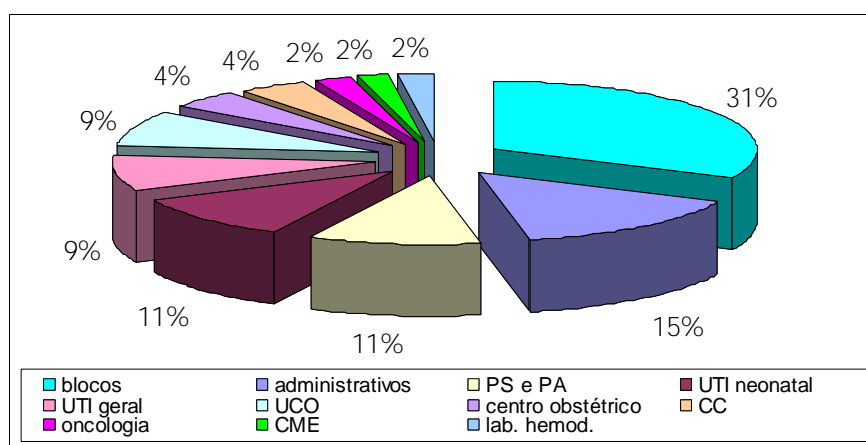


Figura 9 – Gráfico que representa o número total de enfermeiros da instituição distribuídos por setor.

Fonte: Setor de Recursos Humanos do Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

Ao compararmos as Figuras 8 e 9, observa-se que alguns setores não participaram da pesquisa, como UTI neonatal, UTI geral, centro obstétrico e os setores administrativos (gerência, coordenação, auditoria e educação permanente), estes últimos por não trabalharem diretamente com a assistência/cuidado do paciente.

Os dados da Figura 9 revelam que a maioria dos profissionais estão dispostos nos blocos de internação, representando 31% do total, seguidos dos enfermeiros administrativos que somam 15%, na seqüência 11% no PS e PA, 11% na UTI neonatal, 9% na UTI geral e 9% na UCO, os demais (14%) estão distribuídos entre os setores de oncologia, CME, CC, laboratório de hemodinâmica e centro obstétrico.

O gráfico da Figura 10 mostra o tempo que cada profissional está atuando na unidade citada na Figura 8: 61% dos profissionais estão na unidade atual pelo período de até 2 anos, 11% de 2 a 5 anos e 28% não responderam e nenhum dos entrevistados trabalha há mais de 5 anos na unidade atual.

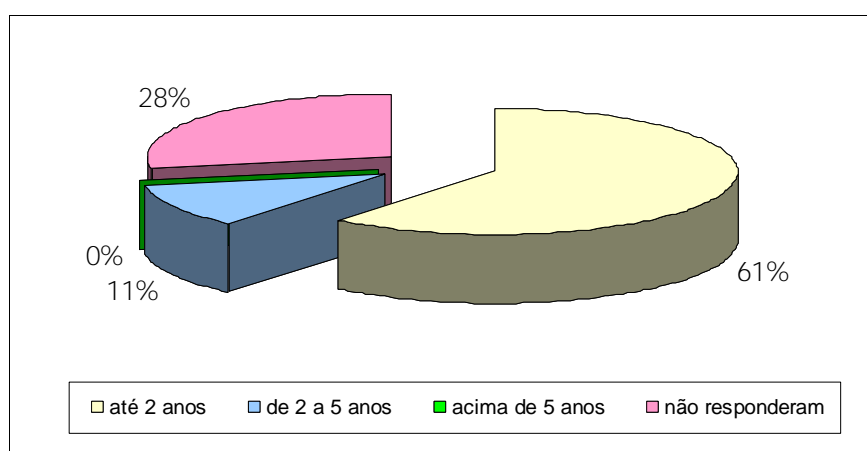


Figura 10 – Gráfico que representa o tempo de trabalho na unidade atual.  
Fonte: Dados de identificação do questionário aplicado.

#### 4.2 Problemas e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros

A segunda parte do questionário aplicado possui 13 questões relativas à operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). São questões que abordam os problemas e as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a aplicação do processo de enfermagem.

Questão 1 – De acordo com 67% dos enfermeiros entrevistados, não há SAE nas suas unidades de trabalho e 33% afirmam que está implantada. A Figura 11 mostra estas informações.

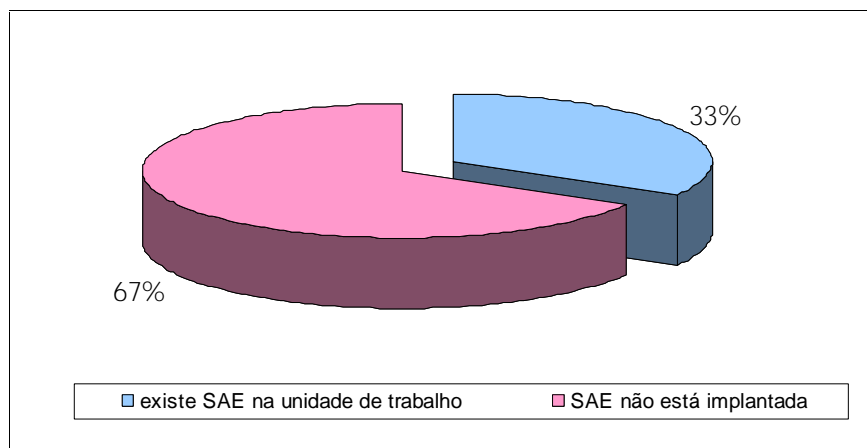


Figura 11 – Gráfico que representa a implantação da SAE na unidade de trabalho dos entrevistados.

Fonte: Questionário aplicado (Questão 1).

Partindo-se dos 33% de enfermeiros que afirmam existir a SAE em sua unidade, 50% relatam desenvolver as fases de histórico e evolução do paciente; 33% afirmam que aplicam as fases de histórico, prescrição e evolução e 17% histórico, diagnóstico e prescrição. Estes dados podem ser visualizados na Figura 12.

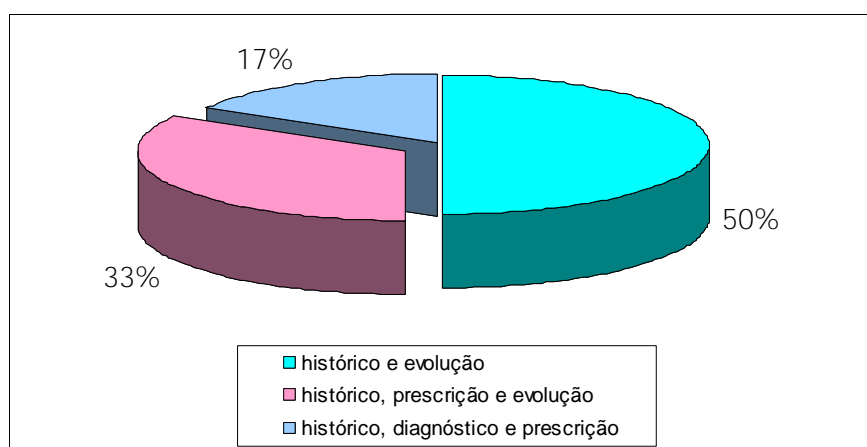


Figura 12 – Gráfico que representa as fases da SAE aplicadas na unidade de trabalho dos entrevistados.

Fonte: Questionário aplicado (Questão 1).

Questão 2 – Todos os enfermeiros entrevistados acreditam que a SAE é importante para o planejamento da assistência de enfermagem. As justificativas dos



profissionais é que a SAE colabora na identificação das reais necessidades do paciente, agiliza o atendimento por prioridades, confere segurança e eficácia tanto para o paciente como para o profissional e diminui o tempo de hospitalização, ou seja, os entrevistados são unânimes em afirmar que a sistematização da assistência de enfermagem organiza e otimiza o cuidado prestado ao paciente/cliente.

Questão 3 – A Figura 13 apresenta as fases do processo de enfermagem que os enfermeiros apresentam dificuldades para executar. O diagnóstico de enfermagem lidera as dificuldades encontradas com 38% dos entrevistados; em segundo lugar, 17% dos enfermeiros encontram dificuldades para definir o diagnóstico e realizar a prescrição; 11% relatam não encontrar dificuldades; 6% apresentam dificuldades para o diagnóstico, a prescrição e a evolução. Os 28% restantes não responderam esta questão.

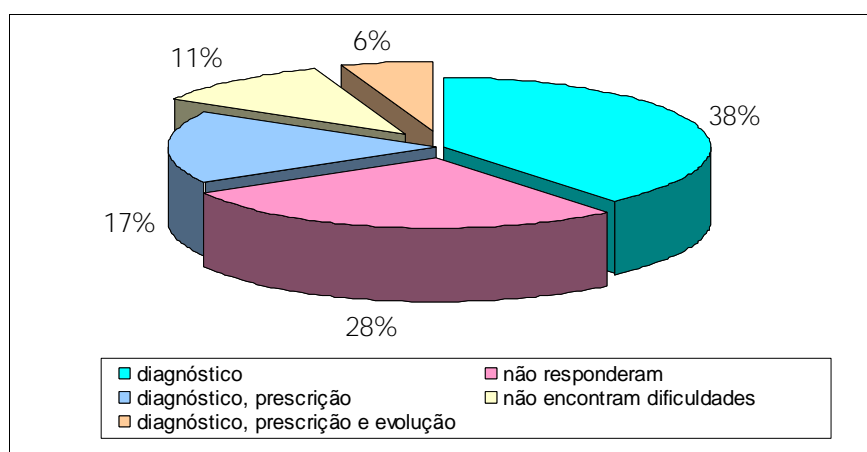


Figura 13 – Gráfico que ilustra as fases do processo de enfermagem que os enfermeiros encontram dificuldades para executar.

Fonte: Questionário aplicado (Questão 3).

Questão 4 – Quando questionados a respeito da realização do exame físico 78% dos profissionais relatam fazer o exame físico do paciente e 22% não realizam este procedimento; indicando que não o fazem por: falta de tempo (47%), falta de local apropriado (16%) e, outros, relatam que realizam o exame físico de forma superficial (18%) ou mesmo direcionado apenas para a patologia apresentada pelo paciente (19%).

Questão 5 – Dos entrevistados, 61% relatam não apresentar dificuldades para realização do exame físico e 39% apontaram encontrar dificuldades para realizá-lo. Os motivos mais citados foram: 37,5% relatam não ter tempo suficiente para realizar o exame físico; 25% dizem não realizar no setor; 25% referem que falta prática e 12,5% apontam não ter tempo e local apropriado para execução do exame físico.

Sabe-se que o exame físico é um procedimento essencial do processo de enfermagem, pois o histórico inicia-se com a entrevista e na seqüência o exame físico, quando os dados coletados na entrevista são confrontados e confirmados; portanto, torna-se necessário desenvolver a prática da realização deste procedimento que auxilia o profissional enfermeiro no momento de planejar a assistência do paciente, identificando as reais necessidades deste e a ordem de prioridade na execução das ações prescritas.

Questão 6 – Referente à adequação da prescrição de enfermagem, 44% dos enfermeiros responderam que não encontram dificuldades na adequação da prescrição de enfermagem. As dificuldades apontadas pelos demais (50%) foram: 31% faltam protocolos na instituição que reconheçam a prática; 26% alegam que faltam recursos humanos habilitados e treinamento da equipe; 17% falta tempo para a coleta de dados; 14% falta trabalho em equipe: médico/enfermeiro; 12% implantação do processo de enfermagem na unidade em que trabalham e 6% não responderam.

Questão 7 – Na Figura 14 podem observar o percentual de profissionais que encontram dificuldades com a equipe quanto ao cumprimento da prescrição de enfermagem, 68% alegam não encontrar dificuldades e 27% apresentam dificuldades, que foram listadas como: 43% falta conhecimento e treinamento da equipe de enfermagem; 37% falta leitura da prescrição de enfermagem pela equipe, e 20% advertem que não está implantado processo de enfermagem na sua unidade.

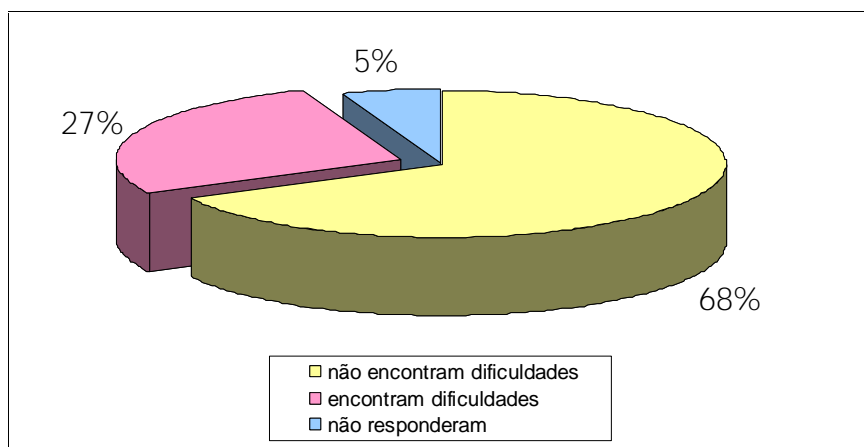


Figura 14 – Gráfico que representa o percentual de enfermeiros que encontram dificuldades com a equipe de enfermagem quanto ao cumprimento da prescrição.

Fonte: Questionário aplicado (Questão 7).

Questão 8 – Na Figura 15 pode-se observar também em relação à equipe a dificuldade na continuidade da implementação da assistência de enfermagem entre os turnos de trabalho (69%), justificada pelos profissionais pela (Figura 16): falta de implementação da SAE (28%); falta de integração das equipes de diferentes turnos (18%); diferença de prioridades entre os enfermeiros (18%); falta de conhecimento sobre o assunto (9%); passagem de plantão inadequada (9%); falta de supervisão com relação a SAE (9%) e não execução da prescrição de enfermagem (9%).

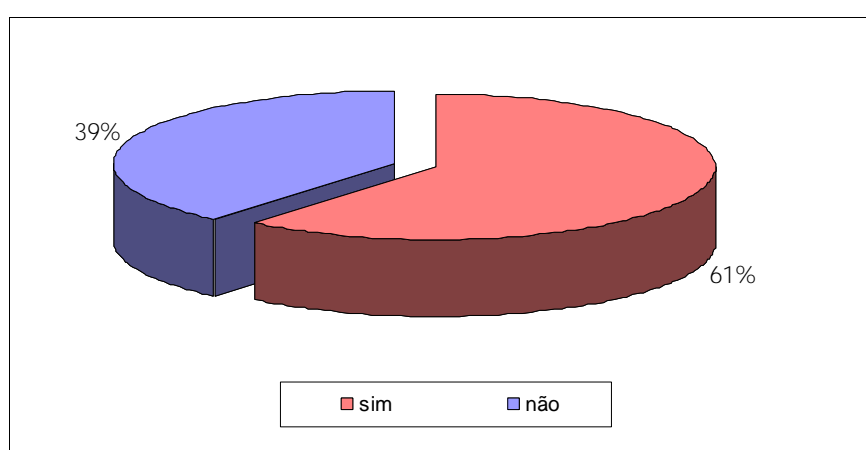


Figura 15 – Representação gráfica da dificuldade na continuidade da implementação da assistência de enfermagem entre os turnos de trabalho.

Fonte: Questionário aplicado (Questão 8).

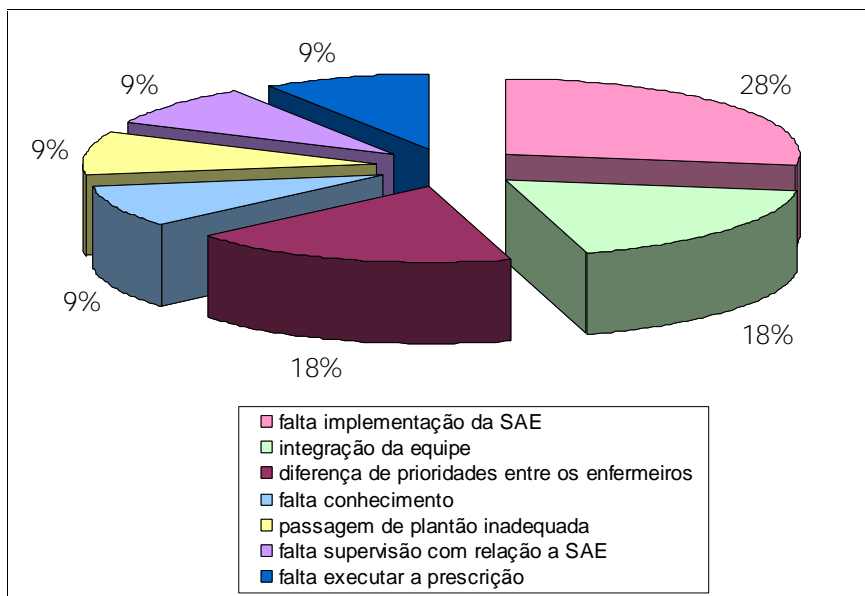


Figura 16 – Gráfico das dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a continuidade da implementação da assistência de enfermagem entre os turnos de trabalho.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 8).

Questão 9 – De acordo com os enfermeiros entrevistados, as conseqüências da falta de continuidade da implementação da assistência de enfermagem, trazem prejuízos para o paciente, por que há: uma deficiência na qualidade da assistência (31%); perda do objetivo maior que é a melhora do quadro e/ou redução da internação (26%); algumas tarefas necessárias acabam não sendo realizadas (23%); falta ou demora na obtenção dos resultados esperados (13%); e falta continuidade dos cuidados, cuidados incorretos/inadequados (7%), que podem ser observados na Figura 17.

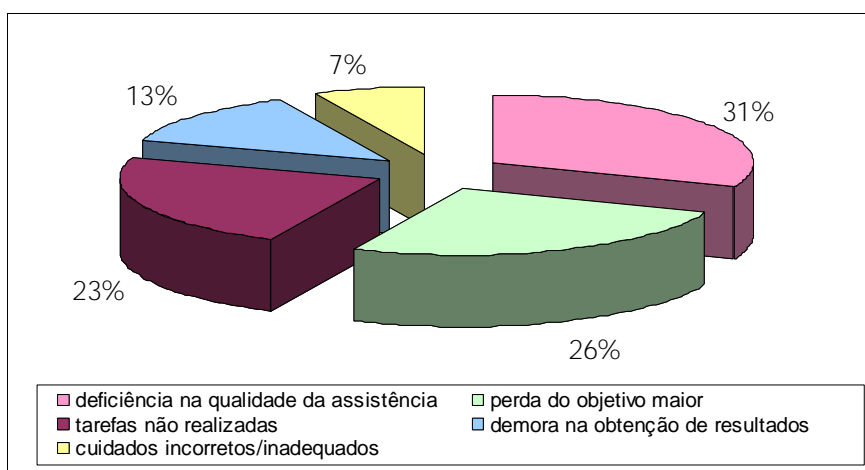


Figura 17 – Gráfico das conseqüências da falta de continuidade da implementação da assistência de enfermagem.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 9).

Questão 10 – Dos profissionais entrevistados, 44% estão satisfeitos com o tipo de atendimento que a equipe de enfermagem oferece aos clientes/pacientes; 39% estão insatisfeitos e 17% não responderam. De acordo com a Figura 18, daqueles que se dizem insatisfeitos, 26% acreditam que sempre há o que melhorar; 22% dizem que falta preparo técnico da equipe; 17% apostam que falta iniciativa e vontade; 13% acham que falta comprometimento da equipe; 13% dizem que somente o básico é oferecido e 9% acham que falta qualidade no atendimento.

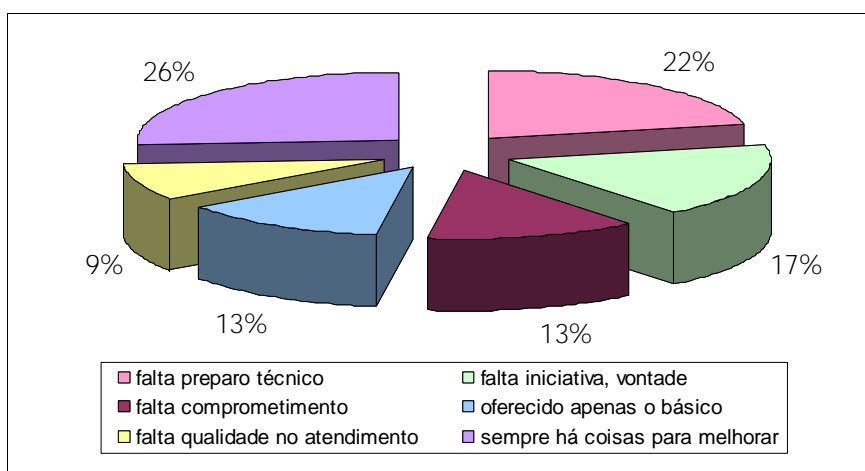


Figura 18 – Gráfico dos principais motivos da insatisfação com o tipo de atendimento oferecido pela equipe de enfermagem.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 10).

Questão 11 – A Figura 19 mostra o percentual de enfermeiros satisfeitos (11%) e insatisfeitos (56%) com a SAE implementada em sua unidade de trabalho.

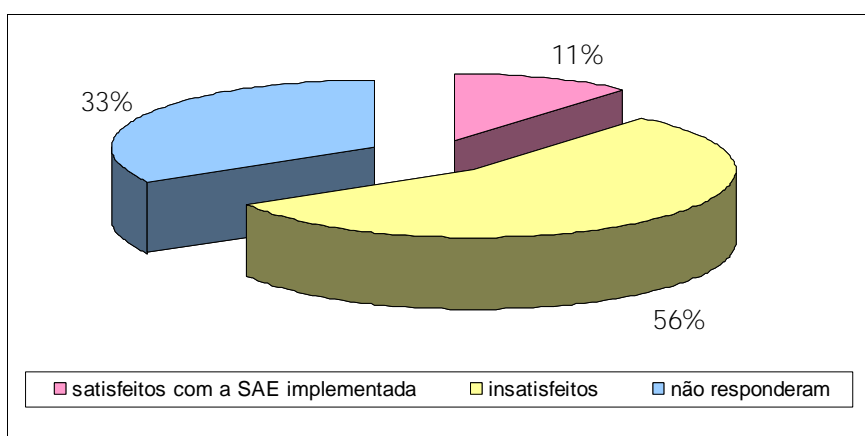


Figura 19 – Gráfico que representa o percentual de enfermeiros satisfeitos com a SAE implementada em sua unidade de trabalho.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 11).

Dentre aqueles que estão insatisfeitos com a SAE em sua unidade de trabalho: 39% acham que deveria ter treinamento e participação de todos no processo de enfermagem; 25% relatam que deveria ter mais tempo para realizar a entrevista de enfermagem e posteriormente os demais passos do processo de enfermagem; 17% relatam que deveria ser mais simplificada, direta e rápida devido às peculiaridades do setor; 12% dizem que deveriam ser implementadas as demais fases do processo de enfermagem, como diagnóstico e prescrição; e 7% apenas alegaram não existir SAE em suas unidades de trabalho, conforme pode ser visualizado na Figura 20.

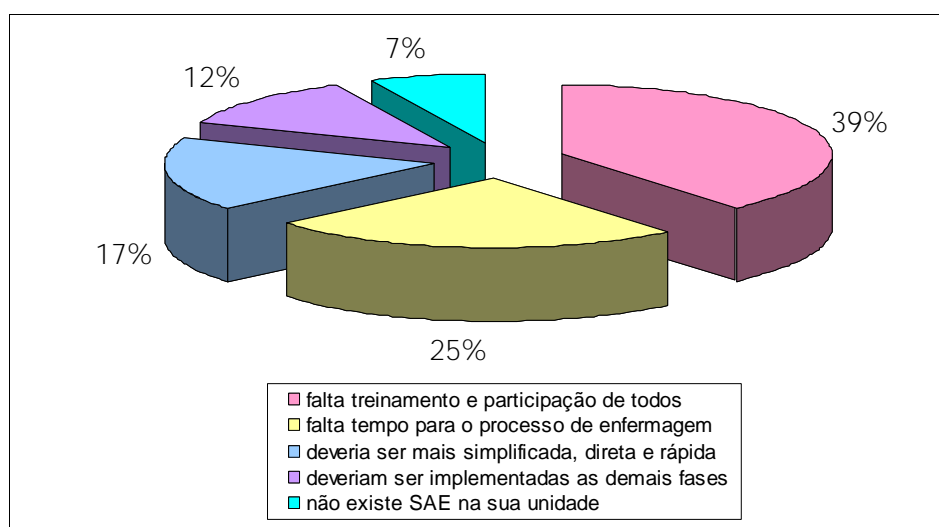


Figura 20 – Gráfico das opiniões dos enfermeiros com relação à SAE implementada em sua unidade de trabalho.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 11).

Questão 12 – O gráfico da Figura 21 apresenta dados relativos ao conhecimento adquirido sobre SAE pelos entrevistados: 55% dos enfermeiros dizem que receberam preparo para realizar a SAE na graduação de enfermagem; 17% consideram que foram preparados na graduação e no próprio serviço; 11% responderam graduação e outros (pós-graduação, estágios e literatura); 6% alegam terem sido preparados apenas no serviço; e 11% não responderam.

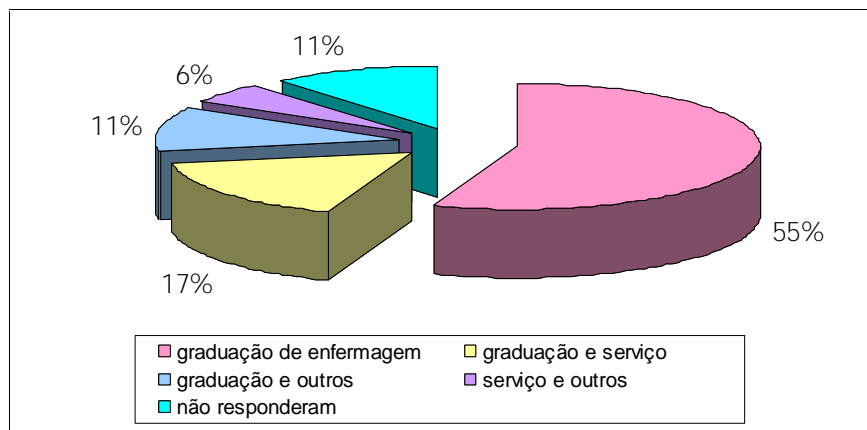


Figura 21 – Representação dos locais onde os entrevistados receberam preparo para realizar a SAE.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 12).

Questão 13 – Quando questionados sobre o tempo dedicado a SAE, se este tempo seria mais bem utilizado em cuidados diretos ao paciente, 62% discordam desta afirmação; 19% concordam; 13% alegam não ter opinião formada e 6% não responderam. A Figura 22 mostra estes dados.

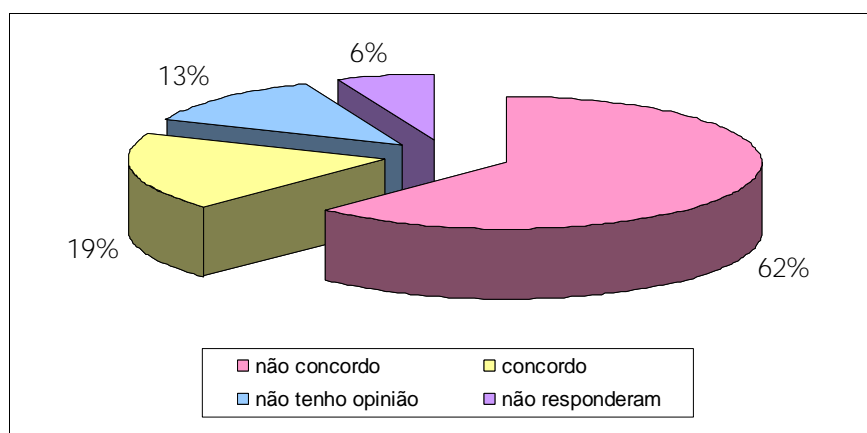


Figura 22 – Gráfico sobre a opinião dos enfermeiros quanto ao tempo dedicado à SAE.

Fonte: Questionário aplicado na pesquisa de campo (Questão 13).

A maioria dos enfermeiros adquire os conhecimentos necessários para colocar em prática o processo de enfermagem na graduação, mas ao se depararem com o mercado de trabalho, observam muitas vezes que não há sistematização da assistência de enfermagem, estes profissionais não mostram seu espírito crítico e, ao invés de promoverem mudanças, submetem-se aos costumes da instituição ou unidade de trabalho.

Observou-se que grande parte dos enfermeiros acredita que a SAE bem planejada contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada e, cabe à estes profissionais buscarem subsídios no setor em que trabalham para a implementação do processo de enfermagem, utilizando-o como ferramenta para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Sabe-se que a SAE auxilia na melhoria do quadro de doença do paciente/cliente, pois prioriza as necessidades pessoais de cada um, determinando os cuidados prioritários e, dessa forma, aperfeiçoando o cuidado e diminuindo o tempo de internação, quando não existe um protocolo para prestação dos cuidados, estes tornam-se de certa forma desorganizados, pois não são definidas as necessidades reais do paciente/cliente e os cuidados não são planejados por ordem de prioridades.

A enfermagem é capaz de definir sua forma de atuação e prescrever o que é necessário para cada caso, a partir daí afirma-se como profissão que contribui de maneira significativa para a melhoria da qualidade de vida do paciente.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de enfermagem é o conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si, que visam a assistência do paciente/cliente; é a base de todas as ações de enfermagem, podendo ser utilizado/aplicado em qualquer sistema teórico e conceitual. O processo de enfermagem eleva a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhorias na assistência de enfermagem e identificando problemas reais e potenciais, permitindo que sejam estabelecidas prioridades para as intervenções de enfermagem.

As vantagens e a importância da assistência de enfermagem sistematizada são de conhecimento dos profissionais de enfermagem, tanto que 31% dos entrevistados acreditam que a falta de continuidade na implementação acarreta deficiência na qualidade da assistência.

O que muitos profissionais alegam é que a falta de tempo e local apropriado para realizar a primeira fase do processo de enfermagem – o histórico – que engloba a entrevista e o exame físico, dificulta a sistematização da assistência. Se o profissional não possui tempo hábil e local apropriado para realização do histórico de enfermagem, conseqüentemente terá dificuldades para realizar as demais fases do processo de enfermagem, pois estas derivam do histórico.

Alguns profissionais alegam que não há protocolos na instituição que reconheçam a prática da prescrição de enfermagem – etapa importante do processo; outros justificam que a equipe não está integrada; falta conhecimento prático para realização do processo de enfermagem; treinamento da equipe; supervisão; etc.

Inúmeras justificativas sobrepujam-se à não realização do processo de enfermagem, mas é unânime entre os profissionais que a elaboração de um plano de cuidados, baseado nos diagnósticos levantados – reais e potenciais – melhora o quadro de saúde-doença do paciente/cliente, pois as necessidades reais são tratadas por ordem de prioridade, diminuindo, conseqüentemente, o tempo de internação e os custos derivados deste.

O processo de enfermagem torna-se importante, pois otimiza a assistência, inserindo o indivíduo – paciente/cliente – como co-responsável pela melhora da sua saúde.

Espera-se que o profissional enfermeiro tenha adquirido, durante a graduação, todo o embasamento teórico que fundamenta a prática profissional da enfermagem, bem como desenvolvido, neste período, algumas atividades práticas. O processo de enfermagem está inserido no contexto educacional em todas as fases do aprendizado e cabe ao acadêmico aperfeiçoar-se neste quesito. Àqueles profissionais que não tiveram a oportunidade de aprender e implementar a sistematização da assistência durante a graduação, tornam-se aprendizes no mercado de trabalho. É o que relatam 28% dos entrevistados (17% graduação e serviço e 11% graduação e outros).

Observa-se que 39% dos profissionais enfermeiros estão insatisfeitos com o atendimento que a equipe de enfermagem oferece aos clientes/pacientes. Os motivos desta insatisfação são definidos como: falta de preparo técnico da equipe; falta de iniciativa e vontade; falta de comprometimento da equipe; e, falta de qualidade no atendimento. Um grande referencial de mudança é o treinamento da equipe, não apenas técnico, mas também social. A equipe de enfermagem precisa trabalhar numa mesma linha de raciocínio, para que a assistência prestada seja efetiva e eficaz para o paciente. As diferenças de opiniões entre enfermeiros (as) não pode influenciar na prática profissional, para que a qualidade da assistência de enfermagem seja mantida nos diferentes turnos de trabalho, sob diferentes Enfermeiros Supervisores.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a aplicabilidade do processo de enfermagem como metodologia de escolha para a assistência sistematizada e as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para sua operacionalização. Para alcançar o objetivo proposto, buscou-se informações sobre o uso do processo de enfermagem numa instituição de saúde – HMCC, questionando os próprios enfermeiros – agentes responsáveis pela elaboração do processo de enfermagem – sobre a sua prática no dia-a-dia de sua unidade de trabalho.

Durante a análise dos dados coletados observou-se que os profissionais enfermeiros acreditam que a utilização do processo de enfermagem traz benefícios para o paciente/cliente, mas muitos setores ainda não o têm como rotina.

É de suma importância que a enfermagem continue desenvolvendo seu lado científico e que os profissionais enfermeiros, que se formam a cada ano, visualizem a necessidade de mudança, de novos paradigmas para que a assistência de enfermagem seja, cada vez mais, voltada para a qualidade de vida do paciente/cliente.

O maior desafio para o profissional enfermeiro que ingressa hoje no mercado de trabalho, é desenvolver o modelo de assistência baseado na sistematização, auxiliando na criação de protocolos que fundamentem a prática nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

\_\_\_\_\_. Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático. Tradução de Maria Virgínia Godoy da Silva e Cristiane Maria Amorim Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. Tradução de Regina Machado Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GEORGE, Julia B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

LIMA, Manolita Correia. Monografia: a engenharia da produção acadêmica. São Paulo: Saraiva, 2004.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 1999-2000. Tradução de Jeanne Liliâne Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB, 1999.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para identificar os problemas apresentados pelos enfermeiros para operacionalização da SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – UNIOESTE – CAMPUS DE FOZ  
Questionário para identificar os problemas apresentados pelos enfermeiros para operacionalização da SAE –  
Sistematização da Assistência de Enfermagem<sup>2</sup>

Dados de identificação: Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. Idade: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_  
Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ Tempo que trabalha na (instituição): \_\_\_\_\_  
Unidade de trabalho: \_\_\_\_\_ Tempo que trabalha nesta unidade: \_\_\_\_\_

Questões relacionadas à SAE:

1. Existe Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em sua unidade?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais as fases utilizadas? \_\_\_\_\_

2. Em sua opinião, a SAE é importante para o planejamento da assistência de enfermagem?

( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

3. Quais as fases da SAE que você encontra dificuldades para realizar? (Você poderá assinalar mais de um item)

( ) Histórico de enfermagem (ou coleta de dados)

( ) Diagnóstico de enfermagem

( ) Prescrição de enfermagem

( ) Evolução de enfermagem

( ) Não encontro dificuldade em nenhuma das fases

4. Você realiza o exame físico no paciente/cliente?

( ) Sim ( ) Não

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

5. Você encontra dificuldades em realizar o exame físico? (Responda a esta questão apenas se a resposta da questão anterior for afirmativa)

( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

6. Você tem alguma dificuldade em adequar a prescrição de enfermagem de modo que atenda às necessidades identificadas no cliente/paciente?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, por quê? \_\_\_\_\_

7. Você tem alguma dificuldade com a equipe quanto ao cumprimento da prescrição de enfermagem?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, por quê? \_\_\_\_\_

8. Existem problemas na continuidade da implementação do cuidado do cliente/paciente entre os turnos de trabalho?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

9. Em sua opinião, quais as conseqüências para o cliente/paciente da falta de continuidade da implementação da assistência de enfermagem?

\_\_\_\_\_

10. Você está satisfeito com o tipo de atendimento que a equipe de enfermagem oferece aos clientes/pacientes?

( ) Sim ( ) Não

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

11. Você está satisfeito com a SAE implementada em sua unidade?

( ) Sim ( ) Não

Se não, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade da SAE em sua unidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Onde você recebeu preparo para realizar a SAE?

( ) Graduação de enfermagem

( ) No próprio serviço

( ) Não recebeu preparo

( ) Outros – especifique: \_\_\_\_\_

13. Em sua opinião, o tempo dedicado à SAE seria mais bem utilizado em cuidados diretos ao paciente?

( ) Não concordo

( ) Concordo

( ) Não tenho opinião

<sup>2</sup> Questionário baseado em artigo da revista Nursing.

