

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UTI: IMPLANTANDO
ETAPAS PARA INTEGRALIZAR O SISTEMA DE
ASSISTÊNCIA**

LUCIVALDO DOS SANTOS MADEIRA

Fortaleza-Ceará
2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCIVALDO DOS SANTOS MADEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde e Educação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues.

Fortaleza - Ceará

2003

M153p Madeira, Lucivaldo dos Santos

Processo de Enfermagem em UTI: implantando etapas para integralizar o sistema de assistência / Lucivaldo Madeira dos Santos. - Fortaleza, 2003.

124 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Processo de Enfermagem. 2. Unidade de Terapia Intensiva – Enfermagem. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73069

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UTI: IMPLANTANDO ETAPAS PARA INTEGRALIZAR O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de Concentração em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Data da aprovação: 03 / 07 / 2003

banca examinadora

Profa.Dra. MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES
Universidade Federal do Ceará – UFC
Presidente

Profa Dra. LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA
Universidade Estadual do Ceará – UECE
1º. Membro

Profa Dra. RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
Universidade Federal do Ceará – UFC
2º.Membro

Profa. Dra. ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES
Universidade Federal do Ceará – UFC
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, com todo amor e carinho,
por terem me cedido o direito à vida e a escolher meus caminhos.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me ajuda a enfrentar as dificuldades da vida.

À Helena N. Guimarães, pessoa que tanto adoro e compartilha comigo todos os momentos de minha vida.

À minha família, pelo apoio e paciência nas horas difíceis: Alúcio e Maria do Carmo, meus irmãos: Luciano, Luciêdo, Liliane, Hugo e Lucilano.

A Prof^a. Dr^a. Maria Socorro Pereira Rodrigues que aceitou ser minha orientadora, pelo apoio, incentivo, dedicação e interesse na elaboração deste trabalho.

À Diretoria de Saúde do Exército, na pessoa de seu representante, o Diretor do HGeF, a quem devo a oportunidade de ter podido realizar este curso.

À Coordenação do Curso de Pós – Graduação com cujo apoio e assistência sempre pude contar, em especial, nas pessoas da Dr^a. Maria Socorro Pereira Rodrigues, Joelma Eline Gomes Lacerda de Freitas e Ana Roberta Matos de Maicy, pela paciência e incentivo constante.

Aos colegas do Curso de Mestrado, que acompanharam esta trajetória, sempre incentivando e com cujo apoio sempre pude contar, em especial, a Enf^a Isolda e Enf^a Cleide Damasceno.

Aos amigos, colegas e funcionários da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza (Militar) que, anonimamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

E finalmente, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para elaboração deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como proposta integralizar o Processo de Enfermagem (PE) na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar, inserindo às etapas já existentes, o Histórico e o Diagnóstico de enfermagem, a fim de melhor favorecer uma assistência ordenada, inter-relacionada e integrada. O estudo foi desenvolvido no Hospital Geral de Fortaleza (Militar), Organização Militar de Saúde do Exército Brasileiro, situada no município de Fortaleza, Estado do Ceará. A pesquisa baseou-se no referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta e na classificação diagnóstica da NANDA. Fez parte dos objetivos a adaptação de um modelo científico do Histórico e do Diagnóstico de enfermagem; a aplicação de um Projeto de Treinamento para os profissionais envolvidos e a experimentação do Processo de Enfermagem integralizado na UTI. A amostra constituiu-se de 6 enfermeiros, 1 acadêmico de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem, atuantes na UTI do referido hospital. Os dados foram coletados por meio da observação livre, com anotações em um diário de campo, processadas de acordo com as fases de integralização dos instrumentos do P.E. prevista para o período de agosto a dezembro de 2002. Utilizou-se para o estudo uma abordagem metodológica qualitativa com enfoque na pesquisa ação. Os resultados foram trabalhados segundo o método de Análise de Conteúdo e organizados em três categorias temáticas a saber: A Integralização e Implementação do P.E. na UTI; O Treinamento para a implantação do Processo de Enfermagem e Vantagem de selecionar uma teoria apropriada para subsidiar a experiência. Com exceção da última categoria temática, as duas iniciais estão inseridas em subcategorias temáticas. Ficou evidenciado que a seleção pelo referencial teórico, deve estar de acordo com o conhecimento dos profissionais na realidade encontrada; registraram-se benefícios e vantagens na utilização do P.E. integralizado, como às peculiaridades da UTI, tanto em função da gravidade do paciente, quanto do ambiente organizacional; o treinamento com o pessoal envolvido deve ser de preferência contínuo e em serviço; os aspectos motivacionais, tipo motivação e satisfação do grupo devem estar sendo continuamente trabalhados; o planejamento da implementação do P.E. deve envolver todos os integrantes da UTI e contar com o apoio da Instituição, na pessoa do chefe imediato, é um fator propulsor. Portanto, conclui-se com o trabalho, que o P.E integralizado favoreceu a autonomia profissional, proporcionando um cuidado qualificado com maior satisfação para o cliente e para a Instituição.

ABSTRACT

The present work has as proposed integration the Nursing Process (PE) in the Unit of Intensive Therapy of a Military Hospital, inserting to the already existing stages, the Historical and the nursing Diagnosis, in order to better to favor an ordinate assistance, interrelated and integrated. The study was developed in hospital General of Fortaleza (Military), Military Organization of health of the Brazilian army, situated in the Fortaleza's Municipal district, Estado of the Ceará. The research it based on Wanda de Aguiar's reference Theoretical Vegetable garden and in NANDA's classification diagnóstico. It made part of the goals the adaptation of a scientific model of the Historical and of the nursing Diagnosis; the application of a Training Project for the involved professionals and the experimentation of the Nursing integration Process in UTI. The sample it constituted of 6 male nurses, 1 academic of nursing and 15 auxiliary of nursing, acting in the UTI of the referred hospital. The date were collected by means of the free observation, with annotations in a field diary, prosecuted according to integration phases of the instruments of P.E...foreseen for from August to December period 2002. It used to the study a qualitative methodological approach with focus in the action research. The results were worked second the Content Analysis method and organized in three thematic categories to know: Integration and P.E's Implementation. in UTI; The Training for the implantation of the Nursing Process and advantage of selecting a theory appropriated to subsidize the experience. Except for the last thematic category, both initials are inserted in subcategories thematic. It was evidenced that the selection by reference theoretical, should be according to professionals' knowledge in fact met; they registered benefits and advantages in P.E's Utilization. integration, as to the UTI's Peculiarities, so much in function of the gravity of the patient, how much of the environment organization; the training with the involved pesonal should be preferably continuous and in service; the aspects motivationes, kind motivation and satisfaction of the group should be being continually worked; the planning of the implementation of P.E.. Should involve all the UTI's Members and to rely on the support from the Institution, in the person of immediate boss, is a propulsive factor. Therefore, it concludes with the work, which P.E. integration favored the professional autonomy, providing a capable care with larger satisfaction for the client and for the Institution.

SUMÁRIO

	Resumo	
	Abstract	
1	Introdução.....	11
1.1	Considerações Iniciais.....	11
1.2	Problematização.....	13
1.3	Justificativa.....	17
2	Objetivos.....	20
3	Referencial Teórico e Metodológico.....	20
3.1	Teoria de Wanda Aguiar Horta.....	20
3.2	Abordagens sobre o ser humano segundo a Teoria de Horta.....	28
3.3	Caracterizando a Unidade de Terapia Intensiva.....	30
3.4	Considerações gerais sobre o Processo de Enfermagem.....	32
3.4.1	Aspectos teóricos-filosóficos sobre o Processo de Enfermagem.....	32
3.4.2	Aspectos teóricos conceituais da abordagem do Processo de Enfermagem....	35
3.4.3	Sobre o Histórico de Enfermagem.....	35
3.4.4	Acerca do Diagnóstico de enfermagem.....	40
3.4.5	Considerando a Prescrição de enfermagem.....	43
3.4.6	Particularizando a função da Evolução de enfermagem	45
3.4.7	O papel do Enfermeiro no Processo de Enfermagem.....	47
4	Metodologia.....	50
4.1	Local de realização da pesquisa.....	50
4.2	População e amostra.....	52
4.3	Tipo de pesquisa.....	53
4.4	Forma de processamento da pesquisa.....	54
	a) Fase de elaboração dos instrumentos do Processo de Enfermagem.....	54
	b) Fase de treinamento do pessoal envolvido.....	55
	c) Fase de implantação do Processo de Enfermagem.....	57
	d) Fase de avaliação das anotações de enfermagem.....	59

4.5	Procedimentos para a coleta dos dados.....	62
4.5.1	Instrumento de coleta dos dados.....	62
4.5.2	Aspectos éticos da pesquisa.....	63
5	Análise e organização dos resultados.....	63
6	Resultados e Discussão.....	67
7	Considerações finais.....	92
	Referência Bibliográfica.....	95

Apêndices

Apêndice A - Histórico de enfermagem

Apêndice B - Diagnóstico e Prescrição de enfermagem

Apêndice C – Projeto de treinamento

Apêndice D - Avaliação dos instrumentos do P.E.

Apêndice E - Diário de campo

Anexos

Anexo A – Evolução de Enfermagem

Anexo B – Relação de diagnósticos de enfermagem

Anexo C – Declaração da Instituição

LISTA DE DIAGRAMAS

1	DIAGRAMA 1 – Representação gráfica da classificação das necessidades humanas básicas segundo J. Mohana.....	24
2	DIAGRAMA 2 – Representação gráfica das etapas do P.E. segundo Horta.....	25
3	DIAGRAMA 3 – Representação gráfica do processamento de integralização do P. E. na UTL.....	61
4	DIAGRAMA 4 – Representação gráfica da síntese do trabalho realizado.....	66

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

Este estudo advém de inquietações como membro da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sobre a aplicação do Processo de Enfermagem como forma de organização e individualização do cuidado de enfermagem.

Aplicar o Processo de Enfermagem (P.E.) como sistemática de assistência, não por uma questão de “moda”, pois já têm sido comprovadas as vantagens do uso de métodos de ação, organizados e programados para se obter os resultados desejados na assistência do paciente, com maior facilidade, melhor e maior aproveitamento de tempo e dos recursos humanos e econômicos.

A utilização do P.E. na prática diária em hospitais, tem encontrado muitas dificuldades, tendo sido inviabilizada por várias razões, uma das quais é o fato de ser a aplicação de um método de trabalho que deve envolver a participação harmoniosa de várias pessoas que dividem uma circunstância de vida, como é o caso do paciente, o enfermeiro e sua equipe e, demais membros da equipe de saúde; outra razão envolve a tomada de decisões, a atuação do enfermeiro, a documentação, além do fato de estarem esses fatores relacionados ao ambiente e também à Instituição, como é o caso das Organizações Militares de Saúde, que apresentam normas e regulamentos específicos e peculiares.

Um fator importante que motivou a realizar este trabalho foi o fato de reconhecer, por experiência as vantagens da aplicação do P.E., dentre as quais estão, a promoção da integração entre enfermeiro, paciente, familiares, equipe de enfermagem e de saúde; o fornecimento de condições para a avaliação dos cuidados prestados; a possibilidade de atendimento no âmbito individualizado; a oferta de condições essenciais para o progresso e a autonomia da profissão.

A escolha do local decorre do fato de ser a UTI, o ambiente de trabalho onde atuo profissionalmente. Essa unidade reúne doentes em estado crítico e visa criar as melhores condições possíveis para lhes oferecer a melhor assistência possível. A Unidade de Terapia Intensiva, onde se realizou o trabalho, está inserida na estrutura de um Hospital Militar, que é uma Organização Militar de Saúde do Exército

Brasileiro, pertencente a guarnição da 10ª Região Militar situada no município de Fortaleza-CE. Essa Organização Militar de Saúde é considerada, no âmbito da saúde no Exército Brasileiro, uma referência para os Estados do Ceará, Piauí e Maranhão.

O Hospital Militar, também denominado Hospital Geral de Fortaleza (HGeF) foi fundado em 1942, destina-se ao atendimento de militares do Exército, Marinha e seus dependentes e funcionários civis que prestam serviço ao Exército Brasileiro. Sua filosofia básica é *proporcionar um cuidado com segurança, presteza e cordialidade, dentro dos princípios éticos, visando a satisfação do cliente e da equipe de trabalho.*

Quanto à estrutura física, o HGeF tem uma planta física pavilhonar, com capacidade para 138 leitos, dividida em andar térreo e pavilhão superior. No térreo, funciona a parte administrativa, como direção, almoxarifado, tesouraria, secretaria, relações públicas, banco, refeitórios, odontoclínica, ambulatórios, pronto atendimento e serviços de apoio, como laboratório, radiologia, farmácia, lavanderia, transporte e fisioterapia. No pavilhão superior funcionam as alas de internação, divididas em clínica médica, cirúrgica, maternidade, centro cirúrgico e UTI.

A UTI do HGeF vem utilizando há 6 anos, na sua prática assistencial de enfermagem, duas das etapas do P.E, que são a prescrição e a evolução de enfermagem. Entretanto, a aplicação apenas destas duas etapas deixava o P.E. incompleto para garantir a integralidade das ações de enfermagem como uma prática assistencial mais científica e individualizada, uma vez que pode incorrer em limitar-se aos registros de sinais e sintomas, e afastar-se do contexto da humanização.

Visto que, o histórico e o diagnóstico de enfermagem, são também etapas fundamentais que devem integralizar no contexto do P.E. da UTI do HGeF, para garantir o atendimento das necessidades individuais do paciente, o que possibilita a identificação das necessidades e das respostas do paciente ao atendimento dessas necessidades afetadas.

Para a integralização das etapas do P.E. na UTI do HGeF, aqui definidas para o estudo: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem; é necessário refletir sobre alguns pontos como a filosofia da instituição, a quantidade e a qualidade do pessoal, os objetivos e

as características da referida UTI, e a forma de atuação do enfermeiro na mesma, bem como seu posicionamento frente à aplicação do P.E..

Com base nas considerações traçadas, propus-me a fazer uma abordagem sobre P.E. na UTI, sua necessidade, importância e forma de implementação para o serviço. Nesta abordagem, enfoca-se, em particular a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, segundo Horta (1979) modelo teórico bastante divulgado e aceito pela comunidade da enfermagem Brasileira e a classificação diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Desejo, dessa forma, tornar a integralização do P.E. na UTI do HGeF, incluindo às já existentes, as etapas do histórico e do diagnóstico de enfermagem, a fim de torná-lo compatível com um sistema completo e integral, capaz de conduzir as ações de enfermagem, de forma a obter resultados conforme propõem autores como Horta (1979), Paim (1976) e Lefevre (2000).

Sem a pretensão de esgotar o assunto e buscando atingir os objetivos a que me proponho neste trabalho, selecionei o âmbito desta pesquisa, tendo em vista estabelecer uma discussão a partir dos resultados, de forma a conduzir produtos que favoreçam alcançar o meu intento.

1.2. Problematização

O cuidado de enfermagem representa a própria essência da prática profissional de enfermagem e o elemento que direciona o exercício da profissão. A aplicação do P.E. tem, via de regra a finalidade de melhorar a prestação e conseqüente qualidade do cuidado de enfermagem.

Compreendendo que uma Unidade de Terapia Intensiva tem algumas características peculiares, tais como: a gravidade dos pacientes internados, a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia, o nível de ansiedade dos pacientes e de seus familiares, a possibilidade, muitas vezes tão próxima, da ocorrência da morte, dentre outras. Pode-se notar, de certa forma, a existência de uma assistência de enfermagem que não corresponde integralmente àquela estabelecida, conforme preconiza o P.E., ou seja, uma assistência realizada através de ações e etapas isoladas, que terminam por não configurar numa sistematização.

Diante do observado e considerando as características do paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva pode-se dizer até, que para esse, a assistência sistematizada de enfermagem é mais necessária.

Estabelecemos como base problemática para este trabalho, o seguinte pressuposto: torna-se indispensável integralizar o P.E. implantando as etapas do histórico e do diagnóstico de enfermagem, às etapas já existentes, que são a prescrição e a evolução de enfermagem.

Na verdade, é imprescindível a necessidade de se prestar uma assistência sistematizada, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e, finalmente, avaliar essas ações. (DANIEL, 1981; HORTA, 1979; PAIM, 1976; STANTON, e colab. 1993).

Em geral, em uma situação de agravo da saúde, além do paciente, os seus familiares também estão tensos, inseguros e temerosos com o tipo de ambiente, aparelhagem e a própria condição dos outros pacientes da UTI, (KURCGANT, 1991). Com isso, a atuação do enfermeiro na função de gerenciar o cuidado através da aplicação do P.E., assume extrema importância entre o paciente e sua família, num ambiente onde as condições são estressantes para ambos.

O desenvolvimento das ações de enfermagem, por meio do P.E., requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto conhecimentos e habilidades, além de elementos necessários a orientações diversas. A implantação das ações sistematizadas requer aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, implicando na utilização de uma metodologia de trabalho que reúne alguns pontos em comum, independente do referencial teórico utilizado.

O P.E. integralizado muito pode contribuir para que se consiga prestar uma assistência que realmente atenda às necessidades do paciente, uma vez que o objeto da Enfermagem é assistir individualmente o ser humano em suas necessidades básicas, condição essa que pode ser favorecida pelo P.E.. O mesmo, poderá, ao mesmo tempo, constituir-se numa forma de organização e sistematização do cuidado prestado, o que torna possível avaliar, tanto o paciente em suas necessidades, como as ações de enfermagem, de forma qualitativa.

Diante dessas considerações, o autor deste trabalho, através de observações de campo realizadas no cotidiano de sua prática profissional, verificou que o P.E. ainda não é praticado na referida UTI, visto que este processo demanda um nível de organização e planejamento ainda não implementada, o que é necessário a fim de

que possa haver a concatenação e harmonia filosófica de suas etapas com o todo, teoria e prática.

A integralização das etapas do P.E. é possível, mas também é susceptível de apresentar obstáculos para sua efetiva operacionalização. Esses podem ser das mais diversas naturezas, tais como: falta de planejamento do tempo do enfermeiro, o que é necessário, visto a sobrecarga de trabalho que lhe é atribuída e o número de pessoal, nem sempre suficiente considerando a demanda de trabalho existente; a pouca valorização cultural da sistematização da assistência pelo próprio enfermeiro e conseqüentemente, pela equipe de enfermagem, certamente, visto a arraigada falta de hábito e pela dificuldade que via de regra existe para a aquisição de habilidade do enfermeiro em elaborar a prescrição, e enfim, de trabalhar com novas metodologias, tornando-se preferível acreditar ser melhor manter-se seguindo rotinas, pois, em um esquema de trabalho repetitivo, todos já sabem o que fazer, tornando-se desnecessário o desenvolvimento do conhecimento na habilidade para a elaboração da prescrição e da evolução, frente a manifestação das necessidades do paciente.

Portanto, embasado no marco conceitual de Horta (1979) e na classificação diagnóstica da NANDA, é proposta deste estudo, fazer uma análise das condições existentes na UTI do HGeF, a fim de se realizar uma adaptação do P.E. a essas condições, viabilizando sua utilização. Pois, a nosso ver, para adequar essas condições, há a necessidade de procurar-se moldar favoravelmente a postura do enfermeiro frente ao P.E., fator fundamental para que essa implantação seja efetivada.

A integralização das etapas do P.E. no planejamento das ações de enfermagem na UTI do HGeF, proporcionará uma garantia maior da preservação da integridade do indivíduo e da execução de um cuidado direcionado para a qualidade e para a eficiência no atendimento das necessidades do paciente.

Segundo Horta (1979, p.35) a expressão Processo de Enfermagem é definida *“como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”*.

O P.E. está embasado no método científico, que tem por propósitos principais, facilitar a identificação dos problemas apresentados pelos indivíduos que necessitam de cuidados de enfermagem; determinar as necessidades básicas

afetadas e prescrever ou recomendar especificamente o tipo de atendimento que um determinado paciente necessita.

A operacionalização das etapas do P.E., visa também promover o aperfeiçoamento técnico e científico do pessoal de enfermagem para a prestação de cuidados e conseqüentemente, minimizar obstáculos que possam ser encontrados pelos pacientes no contexto saúde-doença, o que poderá levar a uma redução no tempo de internação e conseqüentemente dos custos hospitalares.

A prática de trabalho com a utilização do P.E., representa ainda, uma forma de suporte ao nível da qualidade de atendimento, de promoção da integração multiprofissional e de melhor percepção e nível de expectativas do usuário em relação ao trabalho da enfermagem.

Partindo da experiência na função de enfermeiro gerencial e assistencial da Organização Militar de Saúde, onde se desenvolve o trabalho, o que me favoreceu perceber a importância de bem assistir os pacientes, a fim de facilitar as suas chances de recuperação, a necessidade de realizar, de forma integralizada as etapas do processo de enfermagem, sendo essas: o histórico, o diagnóstico, a evolução e a prescrição de enfermagem, incluídos na rotina diária da UTI.

Essa integralização respalda-se em teorias e modelos, que serão melhor definidos e aplicados no contexto da prática, através da manutenção de registros precisos, e pela comunicação objetiva e científica de nossos sucessos e fracassos e com a apreciação de consultores no assunto.

Conscientes de que a integralização dessas etapas do P.E., demanda conhecimento teórico-científico específico, empenho e motivação, por parte da equipe, com aperfeiçoamento dos diversos membros e categorias envolvidas, assim como um considerável espaço de tempo para que se aplique os instrumentos de coleta de dados e efetive nos profissionais, nível psicológico, a formação da cultura favorável a essa ação.

Sem dúvida, dispostos a desenvolver um planejamento que venha a minimizar as dificuldades apresentadas, tendo em vista que os resultados vislumbrados, que dentre outros são, a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a elevação do grau de satisfação dos pacientes, e conseqüentemente dos funcionários, serão compensadores.

1.3. Justificativa

O presente estudo coloca em discussão a integralização das etapas do P.E. utilizado numa Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar.

Sabe-se que a Enfermagem, como integrante de um grupo multiprofissional está assumindo, cada vez mais o seu compromisso de assistir o paciente como um todo. Para viabilizar uma assistência de enfermagem integral e qualificada, é necessário que essa esteja baseada em princípios científicos, com ações planejadas a partir de um levantamento e análise dos dados, com posterior avaliação dos resultados das ações.

Isso significa que a utilização do P.E., é muito importante para que a verdadeira postura profissional do enfermeiro seja assumida e refletida a partir de suas ações, como forma de melhor organizar e individualizar o cuidado de enfermagem.

A aplicação do P.E., um exercício que favorece o embasamento teórico para o desenvolvimento da prática profissional. Isso deve acontecer em função do paciente, pois aplicar o P.E. consiste segundo Daniel (1981, p.17) em:

“utilizar um método científico para facilitar a execução do cuidado, é o modo sistemático baseado em fatos e leis das ciências usado na solução de problemas, seja qual for o campo de estudos”.

Também que a integralização das etapas do histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem na UTI trará um saldo positivo pois resultará numa conscientização dos profissionais de enfermagem na importância da aplicação do P.E. A percepção dos profissionais acerca da necessidade de aprofundar seus conhecimentos nesta área, proporcionará um crescimento profissional relativo à atitude, e com isso compartilhar os pontos de vista com argumentos concretos, expondo suas críticas e sugestões para o aprimoramento do Processo de Enfermagem como um todo.

Até alguns anos, a tendência era pensar que o profissional que atua em UTI estaria apto para atuar em terapia intensiva, a partir do momento em que suas

habilidades manuais incluíssem o manuseio de respiradores, monitores, circuitos de respiradores, etc. Esta parte técnica vem sendo superada, visto que pode ser rapidamente adquirida. No entanto, o verdadeiro profissional é aquele capaz de antecipar, julgar e criar modelos e paradigmas embasados cientificamente e que possam produzir resultados de maior e melhor qualidade.

Nesse contexto, frente à necessidade de descrever, explicar, prever e controlar os fenômenos com o propósito de utilizar um referencial próprio da enfermagem, merece destaque especial Wanda de Aguiar Horta, estudiosa que propôs o modelo da assistência de enfermagem com base na teoria das necessidades humanas básicas, estruturando a abordagem do P.E. numa sistematização de etapas dinamicamente inter-relacionadas, com o objetivo de assistir aos pacientes, família e comunidade.

O modelo proposto por Horta, associado a uma equipe assistencial especializada, em um ambiente onde recursos tecnológicos e procedimentos sofisticados, cria condições para ajudar na reversão de distúrbios que colocam em risco a vida do paciente, podendo portanto, influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada, dentro de uma UTI.

A opção de utilizar neste estudo esse marco conceitual está associado ao fato do P.E. ter sido importante tema de estudo no Brasil, nas três últimas décadas e, apesar de várias propostas metodológicas, o modelo de Horta (1979) com o enfoque na Teoria das Necessidades Humanas Básicas vem sendo o mais adotado.

O P.E. proposto por Horta (1979), consta de seis etapas a saber: 1ª) Histórico de Enfermagem; 2ª) Diagnóstico de Enfermagem; 3ª) Plano Assistencial; 4ª) Plano de cuidados; 5ª) Evolução de Enfermagem e 6ª) Prognóstico de enfermagem. Entretanto, há estudos mais recentes, como Felisbino (1994), considerando as especificidades de uma UTI, uma adaptação do modelo referencial de Horta (1979), em três etapas: histórico, prescrição e evolução de enfermagem, apontando o diagnóstico de enfermagem no próprio histórico de enfermagem.

Sendo assim, neste estudo adota-se como etapas do P.E., o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem, pois são essas as etapas que melhor se adaptam à realidade da UTI do Hospital Militar.

A etapa do diagnóstico de enfermagem é aquela utilizada na taxonomia II da NANDA, que se refere a uma unificação de linguagem dos diagnósticos de enfermagem, o que é definido como sendo o julgamento clínico, feito pelo

enfermeiro, para descrever os problemas de saúde atuais e potenciais, do cliente (CARRARO, 2001).

É nesse sentido que a integralização das etapas do P.E., considerando as especificidades da UTI, faz-se pertinente, pois espera-se que venha a proporcionar as evidências necessárias para embasar as ações de enfermagem, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de enfermagem. Deve, também, compor um método de registro das ações, fato que contribui para sua continuidade e avaliação. É importante ter clareza de que cada integrante da equipe de enfermagem participa do processo assistencial, desempenhando seu papel específico e importante para o desenvolvimento da assistência como um todo.

Portanto, partindo da premissa de que o P.E. deve ser incorporado à prática, como uma possibilidade relevante para se cumprir o que orienta e determina a lei do exercício profissional, Lei nº 7.498, de 25/06/1986, no seu art. 11, o presente estudo busca justificar a integralização das etapas do P.E., como forma de operacionalização das ações, unindo conhecimento teórico e prático.

Os resultados obtidos com o estudo, favorecerão a comunidade de enfermagem em terapia intensiva, especialmente aos profissionais de enfermagem integrantes da equipe de enfermagem onde se desenvolveu o estudo, os quais passarão a usufruir dos benefícios de estar favorecido a prestar uma assistência de melhor qualidade, e também, para outros que, desejem a experiência de uma integralização do referido processo.

A pesquisa é de importância para a profissão de enfermagem, na medida em que servirá como referência, podendo influenciar mudanças sobre o modo de execução, nas tomadas de decisões, tendo sempre em vista o bem estar do paciente, na perspectiva de acompanhar o avanço tecnológico, sem perder a essência do cuidado humanizado e do desempenho de uma assistência de qualidade que venha proporcionar, conseqüentemente, a satisfação e a valorização profissional.

2. OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a experiência de implementar as etapas do Histórico e do Diagnóstico de Enfermagem no Processo de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Específicos:

- Estruturar cientificamente um modelo de histórico e de diagnóstico de enfermagem, a serem implantados na UTI;
- Aplicar um treinamento para a equipe de enfermagem da UTI, enfocando as etapas do Processo de Enfermagem, fundamentado na teoria de Horta e NANDA;

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1. Teoria de Wanda Aguiar Horta

Este estudo orienta-se por uma construção organizada, direcionada para o processo de investigação, subsidiado pela Teoria de Horta (1979), que parte da abordagem das Necessidades Humanas Básicas, segundo a Teoria da Motivação Humana de Maslow, adotando a classificação dessas necessidades segundo João Mohana, a fim de inseri-lo ao P.E..

As Necessidades Humanas Básicas (NHBs), podem ser consideradas elementos da enfermagem, além de serem condições relacionadas a saúde dos seres humanos.

O termo necessidade é entendido como “qualidade ou caráter necessário” e, necessitar como “carecer de” (Ferreira,1995. p.451). Necessário é a manifestação correspondente da necessidade. Toda necessidade ao ser satisfeita torna-se anulada, pode-se dizer ainda que, via de regra, nenhuma necessidade jamais é satisfeita totalmente (PAULA, 1993).

Uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos, pode indicar um estado de deficiência ou de diferença em relação a algum padrão, e poderá também referir-se a um estado de tensão do organismo, considerado como uma motivação, ou uma força que impele o indivíduo para um determinado comportamento. Poderá ainda referir-se a alguma coisa que é necessitada e, neste caso, uma necessidade pode ser expressa pelo objeto que é necessitado.

A utilização do conceito de necessidades na assistência de enfermagem requer que alguns critérios sejam estabelecidos, a fim de que aquelas necessidades consideradas mais importantes sejam identificadas, de maneira que se possa operacionalizá-las, pois nem sempre é possível satisfazer toda e qualquer necessidade ou desejo que as pessoas tenham. É por esta razão que comumente as necessidades são classificadas de acordo com a importância de seus objetivos e propósitos de sua utilização. Na literatura podemos encontrar várias classificações de necessidades como, por exemplo, Benn & Peters (1964) classificam as necessidades em biológicas, básicas e funcionais. Entretanto, para o estudo, o nosso propósito é utilizar a teoria de Horta (1979), adotou-se também a classificação de necessidades proposta por ela oriunda de estudos segundo Maslow.

No contexto histórico, a utilização do marco referencial de necessidades humanas básicas, surge com a primeira etapa do pensamento de enfermagem, em 1950-1970. É um referencial humanista, que tem suas origens em Freud, Piaget, bem como os filósofos existencialistas como Kierkegaard, Sartre e Heidegger (PAULA, 1993).

As teorias humanistas são, com certa freqüência, chamadas de fenomenológicas, por considerarem que a realidade subjetiva é mais importante que a realidade externa. Na vertente da psicologia humanista as pessoas nascem boas e buscam concretizar, durante toda a vida, aquilo que são capazes de ser. A forma como definem suas experiências no contexto social e familiar pode obstruir ou alcançar o seu potencial de crescimento. Todos os seres humanos são diferentes

pelas peculiaridades de suas experiências e ao significado particular atribuído a cada uma delas (FRICK, 1975; FREIBERG, 1987).

Para a enfermagem o reconhecimento do ser humano como paciente é caracterizado por suas necessidades humanas básicas, as quais são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais.

Com esta percepção sobre as necessidades humanas básicas Horta (1979) elaborou seu modelo, de modo que para ela, essas necessidades tem várias características entre as quais a de serem latentes, universais, flexíveis constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas; elas são resultantes da interação entre o meio interno e meio externo.

Entretanto, inúmeros fatores interferem na manifestação da individualidade das necessidades, tais como idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, o ciclo saúde-enfermidade e ambiente físico. Este conceito torna-se mais claro ao estudarmos as características das próprias necessidades, que de acordo com João Mohana podem ser classificados em três níveis: psicobiológicas, psíquicas e psicossociais.

É dentro do contexto das necessidades humanas básicas, que as funções do enfermeiro, em relação ao ser humano se distinguem em três ações descritas: área específica que é assistir o ser humano no atendimento das necessidades humanas básicas e ensinar o autocuidado, área social diz respeito ao ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, participação nas associações de classe e área de interdependência que é manter, promover e preservar a saúde.

Portanto, a teoria de Horta (1979), se fundamenta em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana, de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e desta integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. E os seres humanos têm necessidades básicas que buscam satisfazer neste processo interativo.

Na perspectiva da teoria da motivação de Maslow, essas necessidades básicas são organizadas de modo hierarquizado, em cinco níveis de necessidades: 1) fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima e 5) de auto-realização.

O nível mais elevado é o de auto-realização, um estado de estar aberto, autônomo, espontâneo, receptivo, criativo, democrático, feliz e realizado.

Logicamente, as pessoas realizadas são raramente encontradas, pois este estado não se manifesta naqueles que têm necessidades menos elevadas e não satisfeitas. As necessidades mais básicas são as que se referem aos requisitos fisiológicos, como alimentação, hidratação e sono. Em níveis intermediários encontram-se as necessidades de segurança, amor e auto-estima, que estão relacionadas ao ambiente e ao processo dinâmico de troca de energia emocional positiva.

Para Maslow (1970), um indivíduo só passa a procurar satisfazer as necessidades do nível seguinte, após um mínimo de satisfação das anteriores. Este mínimo referido ainda não foi definido e Maslow (1970) reconhece que tal sistemática não é rígida, variando também entre indivíduos diferentes.

Um conceito fundamental de Maslow (1970, p. 39) é de que *“nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais motivação individual”*.

Horta (1979) partindo do pressuposto teórico de Maslow, de que as necessidades são universais, mas que a forma de manifestação e de satisfação varia de um indivíduo para o outro, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômico, o ciclo de saúde-doença e o ambiente, entre outros. Ao mesmo tempo em que Horta (1979) adota a teoria da Motivação Humana de Maslow (1970), associa a essa a denominação utilizada por João Mohana (1964), ao classificar as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, por considerar que via de regra, as necessidades estão intimamente associadas a algum componente psíquico.

As necessidades psicobiológicas são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso, higiene e assim por diante.

As necessidades psicoespirituais derivam dos valores e crenças dos indivíduos, tais como opção por uma maneira de encarar a doença e o tratamento; apoio espiritual dos que compartilham crenças, o espaço para expressar crenças, e assim por diante.

Já as necessidades psicossociais estão relacionadas às conveniências de outros seres humanos, em família, nas instituições sociais e políticas, o que vai desde ter direito à privacidade, ao lazer, ao trabalho, até a participação em grupos de vivência, partidos políticos, e assim por diante.

Em sua teoria, Horta (1979) introduziu em cada nível proposto por Mohana subgrupos de necessidades, de forma a ajustar este modelo para a prática assistencial de enfermagem, com se vê a seguir:

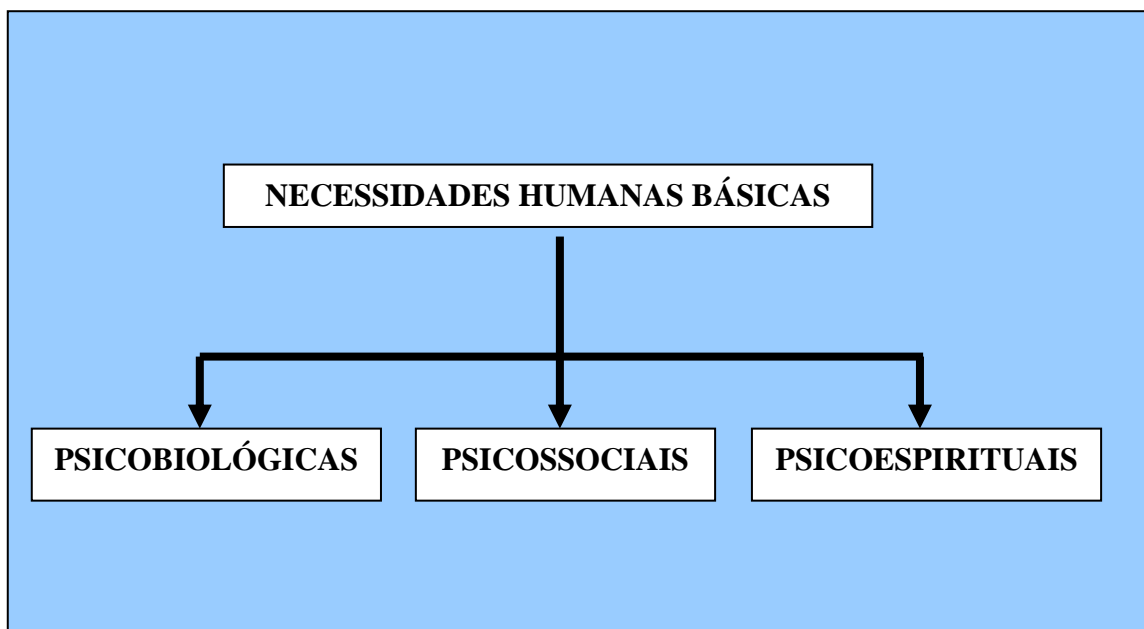
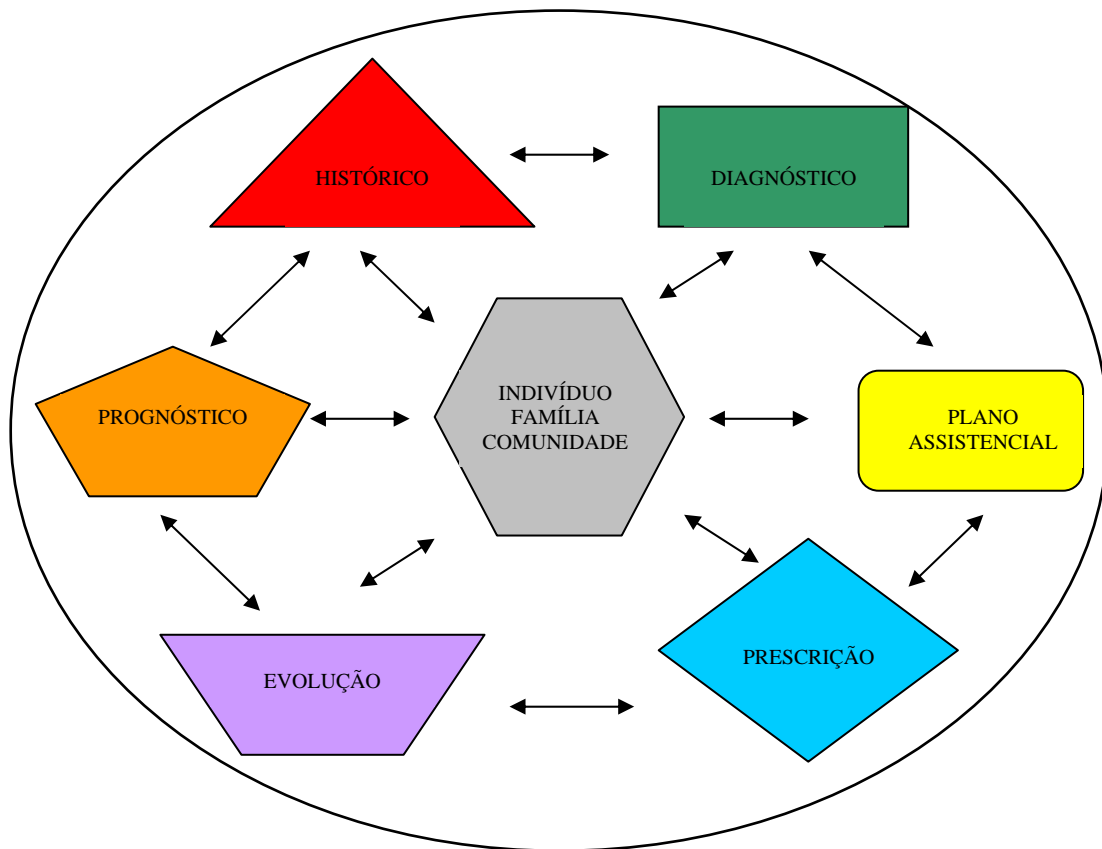


Diagrama 1 - Representação gráfica das necessidades humanas básicas adotadas no P.E HORTA, Wanda de Aguiar. São Paulo: EPU, 1979. p. 40.

Para o P.E., Horta (1979) propõe o contexto a seguir, o qual se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo das etapas, as quais visam à assistência ao ser humano, desenvolvida pela atuação da equipe de enfermagem. O sistema por ela sugerido é composto de seis etapas que se inter-relacionam e têm igual importância, tendo em vista o estabelecimento de uma perfeita dinamização das ações da Enfermagem.

Horta(1979) representa graficamente o P.E. em forma de um hexágono, situando no centro do mesmo o indivíduo, família e a comunidade, cujas faces são vetores bi-orientados, querendo-se assim mostrar também a reiteração eventual de procedimentos. Isso torna evidente que o ser humano é o foco da assistência de enfermagem e, que a dinâmica da ações de enfermagem são sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano.

Diagrama 2 - Representação gráfica das etapas do P.E. estabelecido por Horta(1979, p.35).



A primeira etapa do P.E., proposto por Horta (1979) é o **Histórico de enfermagem**, o qual é estruturado em forma de roteiro sistematizado que orienta o enfermeiro na realização do levantamento de dados relativos a um determinado indivíduo. É utilizado para registros que levam a identificação de problemas, os quais devem ser convenientemente analisados e avaliados, de forma a encaminhar para a segunda etapa do processo que é o **Diagnóstico de enfermagem** que é estabelecido a partir da identificação das necessidades afetadas de um determinado indivíduo, assim como da determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência para o atendimento, em natureza e em extensão, ao qual está suscetibilizado referido indivíduo.

O Plano assistencial é a 3º etapa do P.E. consiste na determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. Nesta etapa as ações devem ser planejadas, a fim de determinar o seu curso. A negligência nesta etapa pode provocar desorganização nas atividades de enfermagem e risco para o paciente, pois as atividades previstas

devem continuamente serem checadas, pois a medida que o estado geral do paciente torna-se mais complexo, o planejamento também torna-se fundamental.

O **Plano de cuidados, ou prescrição de enfermagem** é a etapa na qual é implementado o plano assistencial subdividido em fases com blocos de cuidados que são trabalhadas em aprazamentos diários, pela equipe de enfermagem, conforme sejam as prioridades.

A etapa seguinte é a **evolução de enfermagem**, que compõe um relato diário ou periódico, das mudanças sucessivas ocorridas com um determinado indivíduo, enquanto estiver sob assistência dos profissionais de enfermagem.

A sexta etapa é o **prognóstico de enfermagem**, que representa uma estimativa sobre as possibilidades, de qualquer natureza, do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas, à luz dos dados obtidos e com base na evolução de enfermagem.

Segundo Horta (1979), a assistência de enfermagem deve ser oferecida intermediada pela aplicação do processo de enfermagem, através do conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas de um determinado indivíduo. Define cuidados de enfermagem, como sendo uma ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção sobre as necessidades do paciente. Percepção essa obtida através de observação e análise do comportamento, situação ou condição daquele paciente.

O cuidado de enfermagem pode implicar em várias atividades desde, por exemplo, a higiene oral; a avaliação da capacidade do indivíduo para o autocuidado; a observação das condições de higiene da cavidade bucal; uma orientação sobre o que o paciente necessita que lhe seja ensinado, a técnica adequada de escovação bucal, por exemplo; um encaminhando ao odontólogo; lavagem de material utilizado em algum procedimento; anotação, etc.

Visto como uma estrutura de organização das etapas necessárias à implantação do cuidado de enfermagem, o P.E. adaptado a uma realidade de uma UTI, inclui a etapa diagnóstica, que neste trabalho foi selecionada a da NANDA - North American Nursing Diagnosis Association.

A terminologia diagnóstica proposta pela NANDA, utiliza-se dos sinais e sintomas, problemas ou necessidades dos pacientes, como indicadores de diagnósticos, envolvendo os diferentes sinais e sua pertinência para a denominação do diagnóstico, contexto considerado inovador (CRUZ, 1997).

No Brasil, o interesse pelo diagnóstico de enfermagem da forma que a NANDA propõe, aparece no final da década de 80, e vem sendo incorporada aos currículos de enfermagem e, adotados por hospitais e Conselhos de Enfermagem, que estão procurando, na medida do possível, exigir que os enfermeiros a apliquem ao seu processo de trabalho.

Diante do exposto e considerando os estudos de Horta (1979), pode-se dizer que o foco de trabalho da Enfermagem é auxiliar o ser humano a obter o seu estado de equilíbrio, ou seja, sua saúde, o que deve ser obtido pelo atendimento das necessidades básicas, constituídas conceitualmente como problemas de enfermagem, para o quê o enfermeiro, profissional precisa ter capacidade, visto ser um profissional cientificamente embasado para exercer as ações de enfermagem.

Considerando portanto os principais pressupostos da Teoria de Horta (1979), e ainda, estudos desenvolvidos na prática dessa temática optou-se por aplicar na UTI do HGeF, quatro das etapas do P.E. preconizado por Horta(1979): o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem,

O Histórico de enfermagem, constitui na primeira etapa do P.E. a ser trabalhado na UTI do HGeF, está centrado na coleta de informações, com o propósito de identificar necessidades básicas afetadas. Os dados devem ser coletados de maneira sistemática, utilizando-se a entrevista, o exame físico e a observação (Apêndice A).

Para o Diagnóstico de enfermagem, segunda etapa do P.E. em implantação na UTI do HGeF, deve envolver conclusões que são retiradas a partir do Histórico de enfermagem com base nas necessidades humanas básicas afetadas, que configurarão os diagnósticos de enfermagem. Propiciam o foco central para as etapas subseqüentes e, com base neste, é elaborado e implementado o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem (Apêndice B).

Na Prescrição de enfermagem ou Plano de cuidados, terceira etapa do P.E., é o início e a conclusão das ações necessárias à construção dos resultados, inclui o registro, em documentação adequada do atendimento ao paciente. Esta encontra-se associada aos diagnósticos de enfermagem no mesmo impresso, devido a melhor evolução das ações de enfermagem. Será executada pelos membros da equipe de enfermagem da UTI do HGeF e, poderá ser utilizado como um instrumento de avaliação sobre a eficácia das etapas anteriores à prescrição de enfermagem (Apêndice B).

A última etapa do P.E. a ser utilizado na UTI do HGeF é a Evolução de enfermagem, trata-se de determinar o quanto as metas de cuidados foram alcançadas, institui, caso necessário, em medidas corretivas e revisão do Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem (Apêndice B).

É importante lembrar que essas etapas do P.E. utilizado na UTI do HGeF vem, invariavelmente, associadas a componentes teóricos e estão inter-relacionadas, mesmo porque a razão de ser do P.E. está na implementação da teoria na prática.

3.2. Abordagens sobre o ser humano, segundo a Teoria de Horta

Segundo Horta (1979) o ser humano é parte integrante do universo dinâmico e, como tal, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. Este, está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. Essa interação provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio, no tempo e no espaço. O mesmo se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder da imaginação e simbolização, além de poder unir presente, passado e futuro.

Com essa abordagem sobre ser humano pode-se dizer que este é um ser integral, psicossocial e espiritual, criado para viver em harmonia com Deus, consigo mesmo e com seu próximo.

Este conceito aborda de maneira sucinta as várias facetas que envolvem o ser humano, mostrando sua necessidade de integração com o meio ambiente e com a comunidade em que vive. Percebe-se que salientam a harmonia como forma de canalização de poder vital e esta harmonia, faz com que o ser humano viva de maneira mais tranqüila e, ao mesmo tempo, mais intensa. Mais tranqüila, porque esta capacidade permite-lhe vivenciar os acontecimentos de forma integral.

Conforme nos mostram essas considerações sobre o ser humano, este ser enigmático, de modo algum completas, deve ser o foco central da assistência de Enfermagem, lhe é propiciado uma grande riqueza de conhecimento.

Horta (1979), apoiando-se nessas colocações conceituais que fundamentam a ciência da enfermagem, contou com teorias relacionadas ao universo, as quais

visam explicar uma ou mais classes de eventos, estabelecendo relações entre fatos, ou seja, um sistema ou estrutura conceitual criado para oferecer recursos aos enfermeiros para uma assistência planejada e deliberada. Assim, a teoria de Horta (1979) se apóia em três leis, derivadas do conhecimento geral: a lei do equilíbrio, a lei da adaptação, e a lei do holismo.

A lei do equilíbrio se refere ao equilíbrio dinâmico entre os seres do universo, pois como parte integrante do universo, interage com ele de modo constante, no tempo e no espaço (HORTA,1979). Isso representa o ser humano como agente de mudança, conseqüentemente, a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

A lei da adaptação, ou seja, o ser humano desenvolve seu sistema de adaptação ao meio que o envolve, na perspectiva de encontrar seu máximo potencial de equilíbrio (HORTA, 1979). Isso representa a forma de ajustamento do ser humano para se manter em equilíbrio.

E finalmente a lei do holismo, pela qual o ser humano está integrado ao universo, formando com ele um todo unificado e dinâmico, procurando constantemente ajustar-se a ele para manter-se em plena harmonia e equilíbrio (HORTA,1979). Significa que o universo é um todo, o ser humano é um todo e, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

Portanto, Horta (1979) identifica e discute as características gerais do ser humano, que são básicas para o desenvolvimento e compreensão de princípios que fundamentam o sistema conceitual de Enfermagem, tendo em vista o ser humano como receptor da assistência de enfermagem.

Para Horta (1979), os seres humanos têm necessidades básicas que são satisfeitas num processo interativo, portanto é importante o conhecimento de conceitos inter-relacionados, o que torna indispensável entender o ser humano como parte integrante do universo dinâmico e, como tal, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço.

3.3 Caracterizando a Unidade de Terapia Intensiva

Durante o transcurso da história da humanidade, o atendimento diferenciado de um paciente grave e de alto risco, tornou-se evidente e necessário.

A guerra de Criméia, por exemplo, foi um desastre médico porque o exercito britânico ainda estava lutando em Waterloo, onde os suprimentos eram luxo e o bem estar uma fantasia. Os feridos apertavam-se nos transportes da Criméia para a Turquia, sofriam gangrenas por congelamento, disenteria, tifo, escorbuto e cólera. Em Scutari, o numero de mortes diárias entre os pacientes que cobriam seus assoalhos era superior a 40, (GORDON, 1995).

Conta a historia que Florence Nightingale esteve na guerra por 632 dias e revolucionou os serviços de enfermagem lá prestados, tornando o ambiente dos enfermos o mais higienizados possível e colocando *“os pacientes mais graves próximo do local em que se encontravam as enfermeiras e médicos, facilitando a atenção e vigilância àqueles de maior risco, o que levou à redução da mortalidade para 5%”*, (GORDON, 1995, p. 54).

Surgiu então, a instalação de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) composta por uma área onde os pacientes, em estado grave, podiam ser tratados por uma equipe qualificada, sob as melhores condições possíveis que garantiam maior vigilância e controle dos pacientes; centralizando recursos materiais e humanos, onde a atuação da equipe multiprofissional deve estar voltada para a recuperação do doente gravemente enfermo.

Levando em conta o enfoque sobre a necessidade de uma assistência de enfermagem qualificada, direcionada através do P.E., centrada numa assistência do homem como ser integral, buscou-se realizar um estudo visando atender ao objetivo maior da UTI, que em qualquer situação é o paciente. A observação e a manutenção das funções básicas de cada um desses pacientes são finalidades da unidade de terapia intensiva. A essa assistência de enfermagem unem-se o ensino de enfermagem, voltado aos profissionais de terapia intensiva, através da educação continuada e da pesquisa científica, voltado à produção de novos conhecimentos, através de trabalhos desenvolvidos na própria UTI.

Em geral na UTI são admitidos pacientes considerados graves porém recuperáveis nas seguintes condições específicas: com comprometimento da função vital (insuficiência respiratória aguda; com insuficiência renal aguda; em estado de

choque; em estado de coma; com grande desequilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico; com necessidade de prótese respiratória; com tétano; grandes queimados; em parada cardíaca; politraumatizados; com intoxicações graves; com elevado risco e possibilidade eminente de sério comprometimento da função vital - insuficiência coronariana aguda, arritmias cardíacas e pós-operatórios especiais como nos casos de cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia torácica e grande cirurgia renal). A internação é solicitada pelo médico assistente e efetivada após concordância da equipe da UTI, condicionada a existência de vaga de acordo com a capacidade operacional da unidade.

Vários procedimentos são executados em pacientes internados na UTI no momento em que surjam complicações ou em que esses procedimentos se façam necessários, tais como: pequena cirurgia, punção lombar, dissecação de veia ou de subclávia, traqueostomia, diálise peritonial, toracocentese, cateterismo vesical, higiene oral, irrigação vesical, banho no leito, lavagem externa, lavagem intestinal, tricotomia, curativo, retirada de pontos, aspiração orofaríngea, nebulização, dentre outros.

O funcionamento de uma UTI portanto, necessita de equipamentos especializados: monitores, central de monitorização, eletrocardiógrafo, eletrocefalógrafo, aparelho de raio x portátil, respiradores, marca passo, desfibrilador, rim artificial, ventilômetro, ambú, carro de emergência, oftalmoscópio, lanterna, martelo para pesquisa de reflexos, etc.

A UTI, dado suas características, é uma área dinâmica dentro do hospital e, de acordo com as necessidades básicas do paciente devem ser realizados cuidados e observações individualizadas, contínuas e integrais, objetivando a redução da mortalidade, o que torna a Enfermagem bastante atuante e responsável, neste contexto.

Um aspecto importante para o atendimento das necessidades humanas básicas do paciente dentro da UTI, é a identificação dessas, o que deve ser feita com base em pensamento científico, principalmente quando se trata de um paciente em estado crítico, visto que o indivíduo pode apresentar um ou mais problemas, e cada problema pode desencadear uma ou mais necessidades. Com isso, cresce portanto, a importância da assistência integral ao ser humano incapacitado, ou seja, atenção às necessidades humanas afetadas.

O paciente de UTI precisa ser visto, olhado pela equipe de saúde que lhe atende, e não confiada a aparelhos, não como um ser isolado, por encontrar-se num limite muito próximo da morte, mas, como uma pessoa que pensa, sente, que faz parte de uma família, de um meio social, tornando essa assistência o máximo humanizada possível.

Entende-se como humanização da equipe de saúde, a forma como o tratamento é concedido ao paciente, especializado com ética, somado a observância dos direitos individuais do cidadão.

Reitera-se aqui a urgência de conscientizar profissionais de que saúde é um componente do bem estar, nas diversas dimensões da vida do ser humano, e que por este motivo deve, incluir na assistência a atenção individual, ou seja, o paciente não necessita somente; por exemplo, da administração da medicação, mas também, do melhor contato humano possível naquele momento, isto é, deve haver a preocupação do contato humano com aquele ser. Nesse contexto, é importante que o enfermeiro direcione as ações de enfermagem tendo como enfoque o paciente como um ser individualizado.

3.4. Considerações gerais sobre o Processo de Enfermagem

A este respeito enfoca-se aspectos teóricos-filosóficos diversos sobre o P.E.. Trabalha-se tendo em vista colocações teóricas de alguns estudiosos sobre o assunto.

3.4.1. Aspectos teóricos-filosóficos sobre o Processo de Enfermagem

Analisando a literatura existente, pode-se dizer que o P.E., recebeu ao longo dos anos, após a sua criação formal, terminologias diferentes, verificando-se, inclusive, que o número de suas etapas varia conforme o paradigma ou teoria seguido por um ou outro autor.

Dentre os americanos, precursores dos estudos nessa área, existe uma predominância pela nomenclatura de P.E., onde os termos, método, ordenamento e sistematização estão quase sempre presentes, como se pode ver a seguir.

Doenges e Moorhouse (1992), afirmam que o P.E. constitui-se em um método sistemático e organizado de resoluções de problemas. Segundo George (1993, p.17), O P.E. é definido como sendo:

“o instrumento e metodologia da profissão de enfermagem e, como tal, auxilia os enfermeiros a tomarem decisões como uma atividade intelectual e deliberada, pela qual a prática de enfermagem é abordada de maneira ordenada e sistemática”.

Já Alfaro-Lefevre (2000, p.53), coloca o P.E. como *“um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção de resultados desejados de maneira rentável”.*

É importante dizer que, existe uma tendência na literatura, conforme Alfaro-Lefevre, Doenges e Moorhouse, de entenderem o P.E. como uma abordagem de solução de problemas.

No contexto das autoras nacionais, também, o P.E. traz uma grande divergência quanto às denominações e número de etapas, como podemos elucidar a seguir.

Horta (1979), é a pioneira, no Brasil, dos estudos sobre o P.E. Introduziu, com ele uma nova visão da assistência de enfermagem, preconizando seis fases ou etapas, denominadas Histórico de enfermagem, Plano assistencial, Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem, Evolução de enfermagem e o Prognóstico de enfermagem. Segundo Horta (1979), é a partir do P.E. que a profissão atinge a sua maioria, porém, a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar essa metodologia científica em suas ações.

Ligia Paim (1978, p.19), apresenta o processo de assistência de enfermagem composto por três etapas: planejamento, execução e avaliação; sendo este definido como *“o método de assistência de enfermagem com base no método científico, que permite aos enfermeiros desempenho mais eficiente de sua função”.* O método científico representa a maneira como o cientista opera no sentido de elucidar, explicar ou controlar a realidade.

Na verdade, as etapas, os princípios e os conceitos que fundamentam o P.E., têm sido explicadas por diferentes autores nacionais e internacionais. Na literatura, encontramos vários conceitos e formulações, no que se refere à sua definição,

terminologia e etapas, mas para este estudo procurou-se adotar a denominação inicial de P.E., estabelecido pelas autoras estrangeiras e adotado por Horta (1979), inclusive as etapas, na qual ele se centra, as quais devem adaptar-se à realidade de uma Unidade de Terapia Intensiva.

O P.E. tem no seu contexto estrutural três grandes elementos, definidos como: propósito, organização e propriedade. O **propósito** refere-se a importância de oferecer uma estrutura que atenda às necessidades individualizadas do cliente, família e comunidade, uma vez que o foco do mesmo é o paciente. A **organização** está relacionada à dimensão e sequenciação, conforme estrutura filosófica das etapas do P.E., as **propriedades** são referidas segundo a abordagem do ser humano, como sendo um ser sistemático, dinâmico, interativo, dotado de capacidade de conhecer e pensar. Esta capacidade representa uma necessidade humana básica, que se constitui num fator fundamental do progresso humano.

Esses elementos são importantes, pois proporcionam ao enfermeiro pontos para reflexão sobre a estrutura que é operacionalizada, através das etapas do P.E., realizado dentro de um contexto de organização, integração e humanização em consonância, com o preconizado em seus componentes teórico-filosóficos.

O P.E. tem um importante significado para a profissão, particularizando o cumprimento das atividades do enfermeiro, auxilia na tomada de decisões, na prevenção e na avaliação das conseqüências, para tornar eficaz o cuidado prestado ao paciente. Para a utilização, de forma eficiente desse sistema, há necessidade da aplicação de conceitos, das ciências biológicas, físicas e comportamentais e das ciências humanas e para se obter um substrato racional ao tomar decisões, ao fazer os julgamentos necessários a essa tomada de decisão e para o estabelecimento das ações de enfermagem necessárias ao desenvolvimento das ações que compõem esse sistema.

Torna-se essencial destacar que o estabelecimento do P.E. a partir dos modelos conceituais de enfermagem, têm como objetivo organizar o pensamento do enfermeiro, sua observação e interpretação da realidade, especialmente em UTI, onde os pacientes necessitam de cuidados contínuos e especializados, em conseqüência de uma ampla variedade de alterações fisiopsicopatológicas.

Os modelos conceituais de enfermagem, em sua essência, visam fornecer subsídios para a prática profissional, direcionar as pesquisas para questões relevantes sobre o fenômeno (paciente, ambiente, saúde e enfermagem), a fim de se

obter formas de solucionar problemas e o fornecimento de critérios gerais para o discernimento sobre o conhecimento a respeito da resolução desses problemas, a partir de suas origens e conseqüências.

3.4.2. Aspectos Teóricos Conceituais da abordagem do Processo de Enfermagem

A aplicação do P.E., conforme já referido, demanda o estabelecimento de uma sistemática de forma a constituir-se em um instrumento auxiliar na operacionalização da prática dos cuidados de enfermagem.

Assim sendo, o P.E. deve ser estruturado e operacionalizado em partes, sendo a primeira delas a que se destina a coleta de informações para o encaminhamento das etapas seguintes e, via de regra chamado de Histórico de enfermagem, a partir do qual passa-se a tecer considerações sobre o assunto.

3.4.3. Sobre o Histórico de Enfermagem

Segundo Horta (1979, p. 41), constitui *“um roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre a situação do ser humano, e torna possível a identificação de seus problemas”*.

A coleta de dados no P.E é fundamental, pois fornece dados para as etapas subseqüentes ao processo. Propicia uma fundamentação sólida para a realização do cuidado individualizado e qualificado; fornece a base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, para o desenvolvimento dos resultados, para a implementação das intervenções de enfermagem e para a avaliação das ações de enfermagem.

A coleta de dados que constitui, a princípio o conteúdo do Histórico de enfermagem, deve ser feita de tal forma que os dados sejam realmente objetivos a fim de serem processados no intercurso da saúde-doença do paciente enquanto ele estiver hospitalizado, podendo servir de benefício no seu tratamento.

Assim sendo, é necessário que o enfermeiro tenha o entendimento da importância de uma coleta de dados criteriosa, assim como da maneira de como os dados devem ser processados para que possam ser úteis no tratamento do

paciente. Deve ter, portanto, o conhecimento teórico-científico sobre o assunto e as habilidades necessárias para o desenvolvimento dessa ação.

É fundamental também que o enfermeiro tenha uma base teórica adquirida através das disciplinas de anatomia, fisiologia, química, nutrição, psicologia, sociologia, antropologia, dentre outras, que poderão subsidiar a coleta das informações acerca da situação de saúde do paciente. Essa, deve focar aspectos biológicos, psicológicos e sociais e, servirem de parâmetros para a identificação de mudanças ocorridas durante o período em que o paciente estiver sob assistência hospitalar. Esse domínio científico deve envolver habilidades técnicas e, capacidade para lidar com as questões interpessoais, as quais envolvem habilidades de comunicação e sensibilidade a fim de ser desenvolvido um processo interativo com o cliente.

Ainda conforme Iyer et al (1993), é importante que o enfermeiro faça uso de criatividade, bom-senso e flexibilidade. A criatividade torna-se importante uma vez que poderá haver necessidade da utilização de variações nas técnicas para a coleta de informações. Um exemplo, é em relação às técnicas, relativas às características culturais e à faixa etária do paciente. Bom-senso e flexibilidade são importantes para a identificação do momento e da maneira mais apropriada para realizar a atividade do Histórico, pois muitas vezes o enfermeiro poderá precisar interromper a coleta de informações a fim de implementar alguma ação emergente. Como no caso de um paciente que relata dor ou que venha a apresentar uma mudança brusca no seu estado de saúde, seja uma hipotensão ou alguma dificuldade respiratória.

Os instrumentos da coleta de informações são: a entrevista, a observação e o exame físico. As informações são de natureza subjetivas, quando descrevem a visão do indivíduo em relação a uma situação ou uma série de acontecimentos, incluindo as sensações (dor, calor, frio, etc), sentimentos (raiva, amor, medo, etc), humor (nervoso, calmo, agitado) e idéias do cliente sobre si e seu estado de saúde, e ainda suas expectativas quanto à hospitalização e são objetivas quando estabelece relações entre os vários componentes do processo e os problemas identificados.

A coleta de informações subjetivas costuma ser complexa visto não se conhecer suficientemente o paciente, ou ainda pelo fato de este sentir-se um desconforto, seja provocado por dores ou qualquer outro que possa interferir em sua disposição física ou psicológica, o que poderá impedir o aprofundamento na coleta das informações. Sendo o caso, a coleta das informações poderá ser realizada com

familiares ou pessoas próximas, ou postergada para uma ocasião mais apropriada, na qual o próprio paciente poderá fornecê-las. A preocupação deve ser coletar informações necessárias às primeiras providências, respeitando as prioridades.

A entrevista é a forma de coletar as informações subjetivas, deve ser realizada prioritariamente, com o próprio paciente, porém a família também poderá ser incluída sempre que for necessário. Exige que o enfermeiro tenha habilidades aprimoradas de comunicação e interação. A utilização de técnicas como o uso de perguntas abertas deixando que o cliente descreva acontecimentos, preocupações e/ou sentimentos podem ser utilizados para elucidação de percepções e expectativas, aspectos considerados relevantes para o levantamento de necessidades na sua totalidade.

As perguntas fechadas também podem ser utilizadas na coleta de informações, pois exigem respostas curtas e são usadas para a obtenção de informações específicas como por exemplo: Há quanto tempo você vem sentindo essa dor? Qual o tempo de duração de cada episódio de dor? Passa sem remédio, ou não? Você toma algum remédio para pressão alta? Quais?

Outra técnica de valiosa aplicação na coleta de informações é a chamada técnica de comunicação não verbal que facilita e intensifica a comunicação durante a entrevista, favorece a interação com o cliente e, muitas vezes, transmite a mensagem de forma mais eficiente e mais rápida do que a comunicação verbal. Os componentes não verbais mais comuns incluem a expressão facial, a posição do corpo, o toque, a voz, o silêncio e o ouvir atuante. A utilização correta destes componentes transmitem ao paciente segurança e confiança no cuidado recebido, diminuindo o medo e a ansiedade que acompanham os indivíduos quando são submetidos à hospitalização.

Além disso, é importante que o (a) enfermeiro (a) mantenha o paciente informado acerca da sua situação de saúde e dos procedimentos necessários, para que possa, conscientemente participar das decisões relativas ao seu tratamento, quando assim o desejar.

A observação sobre ambiente, pessoas da relação do paciente e a interação entre essas, é um método bastante utilizado na coleta de dados, envolve o uso dos sentidos: visão, audição, olfato e tato.

Outro método importante de coleta de informações é o exame físico, o qual visa identificar respostas do cliente às alterações no seu estado de saúde,

conseqüentes à doença ou a outro fator, como no caso dos traumas, deficiências físicas, etc. Através do exame físico também é possível obter as informações a serem utilizadas na comparação e avaliação das ações de enfermagem, a fim de serem úteis para a comprovação de informações subjetivas obtidas durante a entrevista. Durante o exame físico são utilizadas técnicas básicas como inspeção, palpação, percussão e ausculta. Segundo Terezi (1992) as etapas do exame físico podem ser assim estabelecidas:

- **Inspeção**, compreende o exame visual do paciente cuja finalidade é descobrir características físicas significativas. Essas observações devem ser precisas e detalhadas, unidas a comparação com os padrões de normalidade, da aparência geral da área examinada, além das características específicas relativas a cor, textura, localização, posição, tamanho, tipo e grau de movimento, simetria e comparação com o lado oposto.
- **Palpação** é o processo de examinar o corpo empregando o sentido do tato com o objetivo de determinar as características dos órgãos e dos sentidos, para perceber alterações de consistência e conteúdo. Utiliza-se a capacidade tátil, térmica, vibratória e de pressão das mãos para detectar temperatura, movimento, posição, consistência e forma. Consiste em golpear a superfície do corpo, de forma rápida, porém aguda, para produzir sons que permitam ao examinador determinar posição, tamanho, densidade de estrutura adjacente.
- **Ausculta**, consiste em escutar os sons produzidos pelos diferentes órgãos do corpo, com o objetivo de descobrir variações e desvios de suas características. Pode ser efetuada por método direto, colocando-se o ouvido diretamente na pele (pouco eficaz) e indireto com o auxílio do estetoscópio.

A utilização dessas técnicas durante o exame físico permite a identificação de sinais e sintomas, a avaliação das necessidades psicobiológicas afetadas, em termos do sujeito da necessidade (condição de saúde desejada) e objeto da necessidade (cuidados necessários para atingir o estado desejado), constituindo a base de informações que possibilita o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem.

Devido a algumas dificuldades observadas que podem surgir durante a realização do histórico de enfermagem, é recomendado que este seja iniciado com a entrevista e a observação, no que se segue inclui percepções do paciente (sensações, sentimentos, humor) sobre si e sobre sua situação de saúde; partindo-se após, para o exame físico, ao mesmo tempo em que se prossegue com a entrevista e a observação. Dessa forma, o relacionamento e a interação entre o paciente e/ou sua família e o enfermeiro, poderão estar favorecidos, o que poderá melhorar a qualidade das informações coletadas e evitar situações pouco produtivas para ambas as partes.

É importante também, estar-se atento ao registro efetivo dos dados coletados durante a entrevista e o exame físico, uma vez que são dados que favorecem toda a equipe multiprofissional, vindo a evitar questionamentos excessivos e repetitivos ao mesmo paciente. A documentação dos dados do Histórico facilita a execução de cuidados qualificados de saúde; oferecem subsídios para o estabelecimento dos diagnósticos preliminares de enfermagem, favorecendo os resultados das intervenções de enfermagem. Essa documentação vem a constituir um registro legal, permanente dos cuidados proporcionados ao paciente, conseqüentemente, uma documentação detalhada e precisa, iniciada pelas descobertas do histórico de saúde, constitui um dado que pode proteger o paciente, o provedor de cuidados (enfermeiros, em especial) e a instituição.

Há uma variedade de sistemas usados para o registro dos cuidados ao paciente. Cada serviço de saúde opta pelo sistema que melhor preencha suas necessidades, mas existe algumas regras gerais que devem ser levadas em consideração, conforme cita Iyer et al. (1993):

- ✓ Os registros devem ser feitos de modo objetivo, sem preconceitos, valores, julgamentos ou opinião pessoal;
- ✓ As informações devem ser objetivas, fornecidas pelo paciente, familiares ou membros da equipe multidisciplinar;
- ✓ Devem ser evitadas generalizações, inclusive, termos vagos como “bom”, “regular”, “comum”, “normal”;
- ✓ Uma documentação deve ser o mais específica possível, sendo descrito tamanho aproximado de lesões, distensões, edema, colorações, incluindo a forma;

- ✓ O enfermeiro deve documentar os dados de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas e frases longas e divagantes;
- ✓ O Histórico deve ser escrito ou impresso de modo legível e algum erro deve ser corrigido de modo a não obscurecer o registro inicial. O método mais comumente utilizado envolve o desenho de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de “registro correto” e a efetivação do registro. O uso de borrachas, corretivos ou linha cruzadas para obliterar registro não é aceito.
- ✓ As abreviaturas usadas na rotina do serviço devem ser absorvidas para evitar o uso de gírias.

3.4.4. Acerca do Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de enfermagem é a determinação das necessidades básicas afetadas do ser humano, as quais devem ser atendidas sob a orientação de um enfermeiro e a conseqüente determinação, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão (HORTA, 1979).

O termo Diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez em 1953, quando Vera Fry publicou um estudo em que foram identificadas cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da enfermagem.

Na verdade o termo Diagnóstico de enfermagem é uma idéia nova apenas enquanto conceito, mas como atividade teve seus passos iniciais, no advento da enfermagem moderna com Florence Nightingale quando, na guerra da Criméia, diagnosticou e tratou de problemas de saúde, diminuindo as taxas de mortalidade dos hospitais militares britânicos (CRUZ, 1995). Pode-se dizer que a idéia teve continuidade na década de 20 quando Harmer sugere que as enfermeiras devem usar o método científico, organizar a ciência de enfermagem, identificar problemas específicos da enfermagem, registrá-los e prescrever com base neles. (FARIAS et al, 1990).

Apesar disto na década de 60 a expressão ainda era pouco utilizada, visto o mito de que a atividade diagnóstica era de exclusividade médica. No final desta década, esse mito foi rompido e surgiram então artigos de enfermagem mencionando o termo.

Em 1973 surge a primeira conferência do Grupo Norte-americano para a classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, com cem participantes americanas e canadenses, dando início ao esforço formal para identificar, desenvolver e classificar os Diagnósticos de enfermagem. Nesse momento foram identificados 35 Diagnósticos de enfermagem que foram aceitos para serem clinicamente testados. Em 1982, foi formalmente organizada a NANDA- North American Nursing Diagnosis Association, objetivando assumir os trabalhos sobre o tema. As conferências continuam sendo organizadas a cada dois anos para validação dos diagnósticos já identificados e identificação de novos.

No Brasil, Horta (1979) inclui na sua descrição do P.E., uma etapa denominada de Diagnóstico de enfermagem, que envolvia a identificação da necessidade básica afetada e a determinação do grau de dependência da enfermagem para seu atendimento.

Mas o interesse pela classificação diagnóstica da NANDA, no Brasil, vem crescendo desde o trabalho pioneiro do grupo da Paraíba em 1990, que publicou pela primeira vez a classificação em português no livro: “Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem conceitual e prática” (BENEDET, 1998).

Os Diagnósticos de enfermagem são definidos pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem, como um julgamento clínico acerca das reações de um indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida. Os Diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 9ª conferência, 1999).

Os Diagnósticos aprovados pela NANDA são classificados conforme a Taxonomia II (ciência da classificação), proposta pelo Grupo Teórico de Enfermeiras (Nurse Theorist Group), convocado pela NANDA em 1978. Os diagnósticos, categorizados sob cada padrão descrevem a maneira pela qual eles reagem a estados particulares de saúde ou doença.

Estruturalmente os Diagnósticos de enfermagem propostos pela Taxonomia da NANDA constituem uma denominação ou rotulação, a qual confere um nome ao diagnóstico. Essa denominação ou rotulação inclui uma definição, característica definidora relacionada a fatores de risco.

A definição oferece a descrição clara e precisa dos diagnósticos, delinea seu significado e distingue-os dentre os demais. As características definidoras

constituem critérios clínicos que se agrupam como manifestações do diagnóstico. Os fatores relacionados constituem as condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o surgimento do diagnóstico.

Portanto, conforme a NANDA, para a definição de um diagnóstico são necessários três componentes: enunciado do diagnóstico e fator relacionado, componentes ligados entre si através da palavra “relacionado com” e as características definidoras.

Iyer et al. (1993), relata que um enunciado de Diagnóstico de enfermagem, como em qualquer outra especialidade exige prática, o que facilita a elaboração, e relaciona alguns fatores que devem ser observados neste processo.

1. Escrever o diagnóstico em termos de reação do cliente, não da necessidade de enfermagem;
2. Usar “relacionado com” ao invés de “devido a “ ou “ocasionado por”;
3. Escrever o diagnóstico com termos legalmente aconselháveis;
4. Escrever o diagnóstico sem julgamento de valor;
5. Evitar a inversão de partes do enunciado;
6. Evitar o uso de um único indicador na primeira parte do enunciado;
7. Evitar que as duas partes do enunciado tenham o mesmo significado;
8. Expressar o fator relacionado em termos do aspecto que pode ser modificado;
9. Não incluir diagnósticos médicos no enunciado do diagnóstico de enfermagem;
10. Escrever o diagnóstico de modo claro e conciso.

Segundo George (2000), os Diagnósticos de enfermagem são consequência das interferências dos profissionais de enfermagem, com base nos dados avaliados e confirmados, junto com os conceitos e teorias de enfermagem, científicos e humanísticos.

Cada Diagnóstico de enfermagem pode ser considerado um relatório comportamental, relacionado com o cliente, que identifica a área a ser localizada pela ação do profissional de enfermagem. Identificados os diagnósticos de enfermagem esses devem ser listados em ordem de prioridade. Pode ser considerado um relato decisivo no que se refere às necessidades de enfermagem, conforme relação de diagnósticos de enfermagem no anexo B.

3.4.5. Considerando a Prescrição de Enfermagem

Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem é definido por Horta (1979, p.66) como sendo “*o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento às necessidades básicas e específicas do ser humano*”.

Nesta etapa do P.E. a meta é a obtenção dos resultados. Essa etapa acha-se dividida em três estágios: **preparação, intervenções e documentação**. A preparação envolve também a determinação e o fornecimento dos recursos necessários, a preparação de um ambiente que contribua com tipos de intervenções exigidas, e a identificação das preocupações de ordem ética e legal, associadas a intervenções potenciais.

As necessidades físicas e emocionais do cliente podem ser divididas em nove padrões de reação humana. (enquanto cada um possui uma variedade infinita de intervenções a ele associadas, o levantamento de dados, o planejamento e a orientação constituem abordagens comuns.)

Para Wilkinson (1992) citado por George (2000), a implementação dessa fase do Plano no P.E., favorece a determinação do que pode ser feito para ajudar o paciente. E envolve o estabelecimento mútuo de metas para a solução de problemas reais ou potenciais.

O Plano é um documento redigido para ação de enfermagem, destinado a ajudar o profissional de enfermagem a prestar um cuidado de qualidade ao paciente. Contém diagnósticos de enfermagem, intervenções e informações de avaliação. Além disso, ele se torna uma parte permanente do registro do paciente.

O registro do planejamento das intervenções de enfermagem é um ponto importante a ser considerado. Ele é obrigatório tanto quanto a prescrição médica e fica arquivado nos registros permanentes dos pacientes juntamente com o Histórico e o Diagnóstico de enfermagem. O registro dessas informações é um componente essencial na prática profissional. Khron (1994), relata alguns objetivos da Prescrição de enfermagem:

- Indicar os objetivos da intervenção de enfermagem
- Proporcionar um guia para o atendimento centrado no paciente
- Proporcionar um meio de comunicação e orientação para supervisão

- Proporcionar uma base para a avaliação do atendimento de enfermagem

Para Benedet (1998), algumas características devem ser levadas em consideração para a realização da prescrição de enfermagem: data, hora, da elaboração e assinatura do enfermeiro; escrita com o uso de verbos que indiquem ação, e no infinitivo; deve definir quem, o que, onde, quando e com que frequência ocorrerão as atividades propostas; deve ser individualizada e direcionada aos diagnósticos de enfermagem específicos do paciente, tornando o cuidado eficiente e eficaz.

Sua elaboração requer que o enfermeiro tenha habilidades para o levantamento de dados, diagnóstico, comunicação e análise; para promover o cuidado individualizado, bem como sua continuidade, e a comunicação com os demais membros da equipe de saúde. Serve como guia das atividades de enfermagem a fim de atender as Necessidades Humanas Básicas do paciente.

O impresso a ser utilizado para a Prescrição de enfermagem deve ser definido por cada instituição ou unidade, para que atenda as necessidades individualizadas. Planos de atendimento impressos, padronizados devem estar disponíveis na unidade como guias para lembrar ao enfermeiro as diversas medidas que podem ser usadas para resolver um problema específico. Esses só dão instruções gerais e não devem, portanto tomar o lugar dos planos individualizados de atendimento (KHRON, 1994).

A seqüência das Prescrições deve obedecer à seguinte ordem: a primeira é elaborada logo após o Histórico, e as demais sempre após cada Evolução diária, tendo assim validade de 24 horas. Para a primeira Prescrição, portanto toma-se como base o Histórico de enfermagem, e as demais deverão tomar por base, o curso da evolução diária do paciente, fundamentada em novos diagnósticos e análise desses. Entretanto, será acrescentada nova Prescrição sempre que a situação do cliente requerer.

Após as ações de enfermagem serem planejadas e prescritas, são implementadas. A fase de implementação das ações de enfermagem consiste na realização de atividades necessárias à promoção, manutenção ou restauração da saúde do cliente. Essas atividades são denominadas dependentes, interdependentes e independentes.

As atividades dependentes são aquelas ligadas à execução da prescrição médica. As interdependentes compreendem as atividades que o enfermeiro realiza em colaboração com outros profissionais da equipe de saúde. E as atividades independentes são aquelas que são planejadas pelo enfermeiro através do Diagnóstico de enfermagem. São essas que exigem a aplicação e desenvolvimento do corpo do conhecimento específico da enfermagem.

A implementação das ações de enfermagem deve ser guiada pelas Prescrições que, por sua vez, são planejadas a partir dos Diagnósticos de enfermagem, sendo que cada Diagnóstico requer uma ou mais Prescrição de enfermagem.

3.4.6. Particularizando a função da evolução de enfermagem no Processo de Enfermagem

Evolução de enfermagem é *“o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem em um ser humano, enquanto está sob a assistência profissional”*, (Horta, 1979, p.67).

Segundo Horta (1979) a Evolução de enfermagem pode ser obtida através da avaliação diária das alterações do estado de saúde do paciente baseada em fatos disponíveis; da sua resposta às Prescrições implementadas, e também como consequência, a identificação de novos problemas e a tomada de decisão para solucioná-los.

Neste estudo a evolução de enfermagem também denominada avaliação é considerada a última etapa do P.E.. De acordo com Wilkinson (1992) essa etapa inclui os seguintes passos:

- Revisar as metas ou os resultados esperados
- Coletar dados sobre as respostas do paciente às ações de enfermagem
- Comparar os resultados reais com os esperados e decidir se as metas foram preenchidas.
- Registrar a conclusão
- Relacionar os planos de enfermagem com os resultados alcançados pelos pacientes.

Nesta última etapa do P.E., que consiste nas determinações das respostas do paciente às intervenções de enfermagem, Benedet (1998), sugere algumas indagações a fim de facilitar o processo de avaliação: Houve modificação no comportamento do paciente? Suas necessidades foram atendidas? Surgiram novas necessidades?

Essas indagações se colocam como necessárias a reunião de informações sobre a situação de saúde do paciente; sua comparação com os resultados esperados; análise da evolução do paciente e reexame do Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem.

Para obter as informações constantes da avaliação de enfermagem, o enfermeiro deve fazer uso dos mesmos métodos de coleta de dados utilizados durante o Histórico, ou seja, entrevista, exame físico e revisão do prontuário, exames complementares e/ou outros documentos.

O registro da evolução conduz a análise e avaliação mais profunda das informações obtidas e/ou problemas identificados; favorece, também, visualizar a importância do problema sob o ponto de vista dos familiares. Possibilita, ainda, avaliar a resposta dos familiares à assistência prestada; registrar as reações apresentadas pelo paciente e seus familiares, durante a visita e fornece subsídios para planejar a assistência a ser prestada.

Acredita-se que a Evolução de enfermagem é muito importante para o atendimento às Necessidades Humanas Básicas do paciente e de seus familiares, porque, através dela, obtêm-se dados que possibilitam verificar a ocorrência de novos desequilíbrios, o processo de reversão de desequilíbrios e a manutenção do equilíbrio; e ainda, detectar a percepção que os mesmos têm de seus problemas e como viabilizar soluções.

As reflexões e discussões acerca do marco de referência para o Processo de Enfermagem implementados, permitem concluir que o marco referencial direciona a ação do enfermeiro na prática e que, através de ambos, possibilita suficiente clareza para o seguinte:

- ✓ Possibilitar ao enfermeiro desenvolver as atividades com a sua equipe, com o paciente, com a família e com outros profissionais da área de saúde, sendo que essas ocorrem, ora de forma interdependente, ora inter-relacionadas e ora específicas;

- ✓ O processo de atendimento às Necessidades Humanas Básicas, permite implementar estados de equilíbrio, prevenir estados de desequilíbrios e reverter desequilíbrios em equilíbrio, reconduzindo o paciente de Unidade de Terapia Intensiva e dos seus à situação de equilíbrio no tempo e no espaço.
- ✓ O processo de atendimento às Necessidade Humanas Básicas do paciente e de seus familiares, só poderá ser efetivado na prática, se o enfermeiro tiver conhecimentos e habilidades gerais e específicas e for comprometido com o assistir em enfermagem.

3.4.7. Papel do Enfermeiro no Processo de Enfermagem

Para prestar a assistência de enfermagem ao paciente, o enfermeiro necessita ter conhecimento científico e domínio dos procedimentos, a fim de desempenhar suas atividades de forma ordenada e sistematizada, essenciais para avaliar o estado de saúde do paciente.

A implantação do P.E. nas instituições de saúde é de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar a assistência de enfermagem, isto é, assistir o paciente de forma racional e universal, determinando sua área específica de atuação.

Campedelli (1989) acrescenta que embora a maior parte dos enfermeiros tenha a percepção da necessidade de uma sistematização, na prática, a utilização do método ainda é muito restrita e, mesmo naquelas unidades em que existem uma metodologia de assistência, essa não é desenvolvida de forma definitiva, dadas as inúmeras dificuldades encontradas para a operacionalização, bem como devido o próprio sistema cultural de cada indivíduo, pois segundo Laraia (2001) esse é um processo acumulativo, resultante de uma experiência anterior, que pode limitar ou estimular a ação criativa do indivíduo.

Dentre as dificuldades encontradas, destaca-se: a falta de tempo em realizar as diferentes etapas do Processo de enfermagem; o desconhecimento de como realizar o exame físico; a prática de enfermagem geralmente vinculada ao cumprimento de atividades burocráticas e técnicas, (CAMPADELLI, 1989; MARIA, 1997).

A autonomia e aperfeiçoamento do profissional, que muitas vezes não se desenvolvem devido a utilização de um modelo de organização do cuidado do tipo burocrático, muitas vezes impossibilita a assistência individualizada ao paciente. A remuneração e o déficit de pessoal, associado a natureza da instituição, são dificuldades identificadas que podem resultar em insatisfação do enfermeiro ou da equipe, implicando na realização do P.E. Marx e Morita (2000), referem que a satisfação é um estado emocional agradável e positivo, resultante da avaliação de alguma atividade ou experiências no trabalho.

Segundo Gutierrez apud Silva et al. (1990), os profissionais de enfermagem parecem estar acomodados com o tipo de assistência oferecida aos clientes, baseados em rotinas, deixando de buscar o aperfeiçoamento profissional. Cianciarullo et al. (2001) salienta que a enfermagem também é uma profissão que requer um ambiente, cujo contexto social, intelectual e tecnológico esteja conectado a seus próprios objetivos e propósitos, que deve ser a qualidade da assistência ao paciente.

Para Silva, Takito & Barbieri (1990) as atividades administrativas, assistenciais e de ensino do enfermeiro podem ser realizadas com mais primor quando um esquema de planejamento é elaborado, resultando numa melhor organização de trabalho da equipe de enfermagem, com esforços direcionados ao atendimento das reais necessidades do cliente.

Contudo, as transformações que a sociedade vem sofrendo exigem que os profissionais, de modo geral, sejam dinâmicos, criativos e ativos e que se adaptem às mais diversas situações, o que implica na necessidade de transformação da percepção acerca do aprimoramento técnico-científico e filosófico do papel do profissional.

Daí a importância do enfermeiro na liderança da equipe de enfermagem, sentir-se responsável pela melhoria da operacionalização do sistema do processo de enfermagem, oferecendo possibilidades às pessoas para fazerem um melhor trabalho, com mais satisfação. Além disso, é sua responsabilidade, também reduzir cada vez mais as diferenças perceptíveis entre as pessoas dentro do sistema, a fim de favorecer uma constante aproximação entre elas.

No início da implantação do P.E., a supervisão deve dar lugar à liderança, pois o pessoal, através dos treinamentos, aprende como e quando fazer suas atribuições. A importância do treinamento vai muito além da simples educação

técnica, como nos afirma Cianciarullo et al (2001), deve estender-se ao auto-administrar, a conduzir reuniões e a trabalhar em equipe.

Diferente da supervisão, a liderança não busca apurar e registrar falhas, ou punir culpados, mas sim, descobrir e eliminar as causas das falhas. Os líderes sabem que, conforme salienta Scholtes (1992), 85% dos fracassos decorrem de falhas nos sistemas controlados pelos gerentes e apenas 15% delas podem ser controladas pelos funcionários.

O enfermeiro líder deve fazer dos funcionários parceiros do sucesso, esses devem sentir e abraçar essa responsabilidade. Para isto, deve ser estimulada a participação do pessoal nas decisões e na melhoria contínua dos processos. O enfermeiro tem a marca da participação no processo; é líder e facilitador; faz com que o grupo trace e consiga atingir os objetivos. Mostra que cada membro da equipe é importante e tem contribuições a dar. Sabe repartir o poder de acordo com as responsabilidades e divide o mérito das conquistas.

Este líder incentiva o trabalho em equipe e busca a participação efetiva das pessoas, pois sabe que essa traz benefícios indispensáveis ao bom gerenciamento como: ajuda na realização pessoal e profissional; prepara novos quadros de liderança para a empresa; fortalece o processo de tomada de decisão; facilita a descentralização do comando; gera comprometimento com as soluções escolhidas e resolve problemas que não podem ser resolvidos individualmente.

Muitas vezes, a resistência a mudança é um obstáculo que o enfermeiro, deve saber ultrapassar. Ele entende que as causas da resistência devem ser detectadas e atacadas, pois esta é a única forma eficiente de eliminar o comportamento resistente.

Na verdade, todo esse processo vem em implicar obrigatoriamente em mudança de hábitos e de atitudes das pessoas, que para mudar de um nível de qualidade para outro é necessário ter em mente que não se muda por decreto de ninguém. As mudanças de hábitos e atitudes são consequência da conscientização e da vontade de cada um (MARX; MORITA, 2000).

Finalmente é importante lembrar que o enfoque do papel do enfermeiro no processo de implantação do processo de cuidados de enfermagem sistematizados, deve estar no paciente, na satisfação de suas necessidades básicas afetadas.

4. METODOLOGIA

4.1 Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida numa Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar - Organização Militar de Saúde do Exército Brasileiro, situado no município de Fortaleza, no Estado do Ceará.

A escolha deste local aconteceu por dois motivos: primeiro, por ser este o local de trabalho do autor da pesquisa, fato que proporciona facilidade de acesso à instituição; segundo, pela considerável demanda de pacientes naquela unidade de internação, uma vez que o referido hospital é considerado ponto de referência na área de saúde, dentro das Organizações Militares do Exército situadas no Estado do Ceará, Piauí e Maranhão.

A UTI do citado nosocômio ocupa instalação hospitalar adequada e exclusiva, é gerenciada por médico e enfermeiro pertencentes à própria Organização Militar de Saúde e tem como usuários, os militares e seus dependentes do Exército e da Marinha, bem como seus respectivos funcionários civis.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Militar, é uma unidade destinada ao tratamento geral de pacientes adultos; consta de 5 (cinco) leitos e recebe pacientes de faixa etária em torno de 60 anos, de patologias diversas, sendo as mais freqüentes: insuficiência respiratória, coronária, pneumonias e acidente vascular cerebral. A taxa da ocupação é em média de 89%, enquanto a taxa de infecção hospitalar gira em torno de 2,5%, taxa essa considerada aceitável conforme os padrões da realidade nacional.

A UTI do HGeF está localizada no pavimento superior, próximo ao Centro Cirúrgico e as unidades de internação. Dois dos 5 cinco leitos da UTI , podem ser utilizados para o pós-operatório imediato, não possuindo entretanto, leito de isolamento. A área de espera e circulação de visitantes, fica fora da UTI.

A área física destinada a cada leito é em torno de 12m², possui posto de enfermagem, com área destinada ao preparo e guarda de medicamentos e soluções. As dependências destinadas ao depósito de equipamentos e materiais, ficam fora da UTI. Equipamentos especializados, tipo respiradores, ficam distribuídos

nos leitos, enquanto os materiais e roupas são guardados em armários distribuídos nas dependências da própria UTI.

Em relação às instalações sanitárias, existe 2 (dois) vestiários com banheiros destinados ao pessoal de serviço, sendo um para pessoal do sexo masculino e outro para o do sexo feminino; um banheiro para pacientes e um expurgo para lavagem de material, despejo de dejetos e depósito para roupas sujas.

O piso da UTI é do tipo industrial, anti-derrapante e as paredes são laváveis. As tubulações hidráulicas são não aparentes; o teto é rebaixado por placas de pvc e há canalizações para oxigênio, vácuo e ar comprimido. A iluminação é mista, dispondo-se de fonte natural e artificial. A aclimatação é artificial gerada por equipamento de refrigeração central. Existe um gerador de energia que é acionado automaticamente em caso de interrupção de energia elétrica.

Quanto aos recursos humanos existe, para os cinco leitos em funcionamento, equipes da própria instituição com, um oficial médico de carreira (*), chefe da UTI e 10(dez) oficiais Médicos temporários, todos comprometidos com uma escala de serviço de 2 (dois) plantões de 12 horas e alguns turnos nos ambulatórios especializados. Na área de enfermagem existe um oficial enfermeiro de carreira, chefe de enfermagem da UTI e 6 (seis) enfermeiras civis plantonistas, todas com até 12 plantões ao mês de 12 horas. Quanto aos auxiliares de enfermagem existem 5 (cinco), entre civis e militares temporários (Sargentos de saúde), todos comprometidos com uma escala de serviço de 6 ou 12 horas. E para completar a equipe de enfermagem é utilizado a COPASSEND (Cooperativa de enfermagem – prestadora de serviço), que emprega mais de 10 (dez) auxiliares de enfermagem.

Na área de fisioterapia consta de um oficial fisioterapeuta temporário, 2 (dois) fisioterapeutas civis prestadores de serviço, todos atendendo a fisioterapia respiratória e motora na UTI e unidades de internação. Na área de nutrição, existe um profissional nutricionista civil em nutrição clínica, que dá suporte a todos os baixados (denominação dada, no âmbito do Exército, aos pacientes hospitalizados), inclusive na UTI. Na área de limpeza técnica, existe 6 (seis) serventes em regime de plantão de 12 horas para o atendimento a pacientes do bloco Centro Cirúrgico e UTI.

(*) carreira – é a expressão denominada no âmbito das Forças Armadas a todos os militares aprovados em concurso público nacional, com formação nas escolas militares.

No campo da assistência de enfermagem, desde a sua inauguração em 1996, a UTI trabalha com o P.E, mas não de forma integral, desenvolvendo apenas dois dos instrumentos do P.E. (etapas da Evolução e Prescrição de enfermagem), baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O que vinha desencadeando nos profissionais de enfermagem o desejo em se implantar, de alguma forma o P.E., integralizado em todas as suas etapas.

Portanto, segundo observações de campo, do autor da pesquisa, além da necessidade de implantar o P.E. de forma integral e prática, uma boa disponibilidade da Instituição em contribuir com a pesquisa e com o envolvimento dos profissionais de enfermagem, acredita-se que pode tornar viável a implantação e aplicação do P.E. integralizado na UTI.

4.2 População e amostra

A população envolvida englobou os enfermeiros, acadêmico de enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem do HGeF, que desenvolvem atividades na UTI.

Os profissionais de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, exercem suas atividades voltadas para uma metodologia ainda um tanto quanto assistemática de trabalho assistencial. Esses profissionais de enfermagem são comprometidos com a assistência qualificada, isto é, que não se resume somente à competência técnica, mas abrange também a responsabilidade com o aspecto científico da profissão.

Portanto, optou-se por selecionar uma amostra do tipo probabilística, no qual segundo Leopardi (2001), qualquer elemento da população pode fazer parte da amostra para a coleta dos dados.

Essa amostra constituiu-se de um grupo de 6(seis) enfermeiros, 1(um) acadêmico de enfermagem e 15 (quinze) auxiliares de enfermagem que atuam em UTI.

Dos enfermeiros, todos são funcionários públicos civis com especialização, seja em Terapia Intensiva ou em Enfermagem Clínico-Cirúrgico, e com um tempo mínimo de 5 anos de experiência em UTI.; um acadêmico de enfermagem, aluno do 7º semestre de uma Universidade particular, ingressado mediante análise curricular e entrevista. Enquanto que dos 15 (quinze) auxiliares de enfermagem, 10 (dez) são

integrantes da COPASSEND, que ingressaram na UTI mediante análise curricular, prova escrita e prática, entrevista e por atender ao requisito de ter experiência mínima de 2 anos em UTI, enquanto, que dos outros 5(cinco) auxiliares de enfermagem, 3 (três) são funcionários públicos civis e 2 (dois) são militares temporários, todos concursados e com experiência mínima de 5 anos em UTI.

4.3 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com ênfase na pesquisa-ação, uma vez que, envolve o pesquisador sempre em um plano de ação. Esse plano se baseia em objetivos, em um processo de acompanhamento e controle da ação planejada e no relato concomitante desse processo, que muitas vezes recebe o nome de intervenção.

A pesquisa qualitativa, assume diferentes significados no campo das ciências. Compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos. Trata-se de reduzir a distância entre contexto e ação, entre indicador e indicado, entre teoria e dados. (MAANEN, 1997). Ressalto que optei pela pesquisa qualitativa, já que meu ponto de partida foi: integralizar os instrumentos do P.E. na UTI do Hospital Militar.

A pesquisa-ação, segundo Haguette (1992, p.35), é *“uma ação em nível realista, sempre acompanhada de uma reflexão autocrítica e da avaliação dos resultados”*. Na verdade, a pesquisa-ação consiste numa pesquisa de campo que tem por objetivo uma mudança de ordem psicossocial.

Optou-se por esse tipo de pesquisa, uma vez que a mesma oferece a perspectiva de implementação de metodologias operacionais, no caso, P.E. numa Unidade de Terapia Intensiva, ao mesmo tempo em que constitui um modelo de investigação científica. Trata-se de um método que visa essencialmente documentar e interpretar dados.

A abordagem processual utilizada neste trabalho se coloca como valioso instrumento de compreensão e análise da realidade, pois se desenvolve em situação real, favorecendo a maior compreensão do fenômeno estudado, uma vez que esse se desenvolve na rotina diária da UTI.

4.4 Processamento das ações de operacionalização da Implantação do Processo de Enfermagem

A operacionalização das ações para a efetivação de integralização da Implantação do P.E., obedeceu um plano pré-estabelecido, com a finalidade de se preservar, ao máximo, a organização e desenvolvimento dessa Implantação e de forma a não haver qualquer solução de continuidade na condução dos trabalhos administrativos e de cuidados ao paciente da UTI. O referido plano foi desenvolvido em fases, as quais passo a relatar.

- Fase de elaboração dos instrumentos
- Fase de treinamento do pessoal envolvido
- Fase de implantação do Processo de Enfermagem.

a) Fase de elaboração dos instrumentos

Certo do desejo do grupo de enfermeiros da UTI em trabalhar com o P.E. integralizado, realizou-se reuniões com o grupo para definições de objetivos, de estratégias, do cronograma e decidiu-se inicialmente que, diante das características da UTI manter-se-ia a opção de se trabalhar com o referencial teórico de Horta (1979), utilizando-se, entretanto somente quatro etapas do P.E. idealizado por ela, ou seja: o Histórico de enfermagem (a coleta de dados), o Diagnóstico, a Prescrição e a Evolução de enfermagem.

Essa fase durante, em média 30 dias (Agosto/2002), quando em encontros informais com o grupo de enfermeiros foram discutidos os dados para a estruturação do impresso para a coleta de dados (Histórico de enfermagem) e para o Diagnóstico de enfermagem, bem como a forma de validação desses instrumentos para a operacionalização de forma integrada com os demais instrumentos do P.E já existentes na UTI, (prescrição e evolução de enfermagem). A validação foi feita através de testes de aplicação e avaliação pelo próprio grupo. Em princípio, essa é uma fase mais administrativa, mas contou com a importante colaboração do grupo na validação e aplicação dos instrumentos-teste para a coleta de dados e do Diagnóstico de enfermagem.

A partir desse momento, passou-se a trabalhar com o instrumento adaptado para o registro do Histórico de enfermagem (Apêndice A) e o do Diagnóstico de

enfermagem com a prescrição de enfermagem juntos (Apêndice B), que passaram a ser utilizados nas admissões e nos pós-operatório com mais de 24 horas, devido o curto espaço de tempo que os pacientes cirúrgicos permanecem na UTI.

A opção de unir o Diagnóstico de enfermagem à Prescrição de enfermagem, numa mesma folha (Apêndice B), deve-se ao fato de se visualizar a ligação do Diagnóstico de enfermagem com a Prescrição de enfermagem, por mais dias (três dias consecutivos), favorecendo também uma economia de tempo e de custos. Para a folha de Evolução de enfermagem se manteve o impresso existente por considerar-se que ele atendia aos requisitos dessa função e também, visto os profissionais já estarem adaptados ao seu manuseio (Anexo A).

Para a construção do Histórico e do Diagnóstico de enfermagem, desenvolveu-se estudos sobre os conceitos embutidos na proposta de Horta (1979) e sobre a classificação diagnóstica da NANDA, respectivamente.

Os impressos para o Histórico de enfermagem (coleta de dados) e para o Diagnóstico de enfermagem, após estruturados, conforme o referencial teórico e tendo em vista o cotidiano da UTI, foi então, com a finalidade de se verificar a clareza do conteúdo, a facilidade de aplicação e a compreensão desses, foi então submetido a aprovação do próprio grupo de enfermeiros. Conforme sugestão do grupo de enfermeiros da UTI, houve a inclusão, no item exame físico, na folha de coleta de dados, da escala de Glasgow (avaliação do nível de consciência) e, na folha do Diagnóstico de enfermagem, optou-se por uma relação pré determinada de Diagnósticos de enfermagem, bastante comuns na UTI.

Após essa adaptação e aprovação, que durou duas semanas, entre revisões e correções, realizou-se um pré-teste em dez pacientes aleatórios na UTI, para concretizarmos a viabilização desses instrumentos de Histórico de enfermagem (coleta de dados) e de Diagnóstico de enfermagem, como integrantes do P.E., associados aos de Prescrição e de Evolução de enfermagem já existente, consumando-se então a implantação integral do P.E.

b) Fase de treinamento do pessoal envolvido

Nesta fase do estudo foi Indispensável a elaboração do Projeto de treinamento para os profissionais de enfermagem da UTI (Apêndice C), que devido

ao tipo de escala de serviço da UTI (12 horas trabalhadas por 36 horas de folga) e a ocupação da maioria dos profissionais de enfermagem em outros hospitais, optou-se por um treinamento em serviço de maneira informal, onde cada enfermeiro trabalha com os seus dois auxiliares de enfermagem no plantão, durante um mês (mês de setembro/2002). É claro que a formalidade de um treinamento deve existir quanto a sua estruturação, conteúdo teórico, estratégias, cronograma, entretanto o treinamento em serviço, tem também uma característica essencial.

O treinamento é um processo contínuo, indispensável para manter a operação e a produtividade em níveis satisfatórios. Este, quando no próprio local de trabalho, executado de maneira informal, facilita a transformação do potencial do funcionário em comportamentos objetivos, além de favorecer condições, para que se interprete e utilize melhor a realidade existente (MARX; MORITA, 2000).

Nesta fase de treinamento, os dados eram coletados de acordo com o Projeto de treinamento dos profissionais de enfermagem e mediante as observações coletadas através das discussões em grupo e das observações de campo durante a aplicação dos instrumentos do P.E., aplicados na fase de implantação.

Para a elaboração de um projeto de treinamento adequado a realidade da UTI, o autor da pesquisa, contou com a participação direta da enfermeira da educação continuada e de sugestões do próprio grupo de enfermeiros que atuam na UTI.

O treinamento teve duração de 30 dias contínuos em setembro, com carga horária de 60 horas teórico-prática, distribuídos da seguinte forma: cinco reuniões teóricas de 4 horas cada, para repassar o conteúdo teórico da pesquisa, realizadas na 1ª quinzena de setembro de 2002 e, uma média de 30 horas de sessões práticas, desenvolvida na UTI, mediante participação do enfermeiro plantonista e de sua equipe de trabalho (dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, durante o horário de trabalho), com a aplicação dos instrumentos do Processo de Enfermagem, (coleta de dados –Histórico; Diagnóstico; a Prescrição e a Evolução de enfermagem).

A carga horária maior do treinamento, desenvolvida na 2ª quinzena do mês, foi destinada aos enfermeiros da UTI, durante os seus horários de trabalho. Isso favoreceu o desenvolvimento do treinamento em serviço.

A avaliação desse treinamento se processou durante as reuniões teóricas com a equipe de enfermagem da UTI, através das discussões em grupo e, no transcurso das sessões práticas na UTI, com o apoio dos registros obtidos através

da observação livre, realizada pelo pesquisador, de onde foram extraídas informações necessárias ao ajuste dos instrumentos do P.E. visando também beneficiar o êxito do resultado final da pesquisa.

A aceitação dessa forma de treinamento foi adequada a pesquisa, devido a rotina do serviço da UTI. De início, enquanto não surgiram as primeiras dificuldades, especialmente quanto ao exame físico para os enfermeiros e quanto as anotações de enfermagem para os auxiliares de enfermagem, o grupo esteve mais motivado, mas com a continuação passou a se trabalhar uma adaptação contínua desses ao sistema implantado.

A estruturação do Projeto de treinamento consta, conforme o Apêndice C, dos objetivos, da carga horária, dos instrutores, dos participantes divididos em grupos, sendo o Grupo I (enfermeiros e acadêmico) e o grupo II (técnicos e auxiliares de enfermagem); abordagens teóricas sobre o P.E.; estratégias de ensino, contemplando o desenvolvimento de um estudo de caso; recursos didáticos e a avaliação. Distribuídos em sessões teóricas (cinco reuniões) e sessões práticas (desenvolvidas na própria UTI), durante o mês de setembro e, cujo desenvolvimento será apresentado na fase de implantação propriamente dita.

c) Fase de implantação do Processo de Enfermagem.

Concluído o Treinamento do pessoal envolvido, deu-se início à fase de implantação do PE.

Durante esta fase, que contou com a participação da equipe de enfermagem que atua na UTI e da enfermeira da educação continuada, não se percebeu mudanças significativas na rotina do serviço, uma vez que o próprio grupo já estava habituado com duas das quatro etapas do P.E.: a Prescrição e a Evolução de enfermagem.

Nesta fase de implantação, os dados foram coletados conforme as observações feitas durante toda a dinâmica de operacionalização do P.E., que vai desde a admissão do paciente na UTI até a sua alta, passando por todas as etapas do P.E registradas nos devidos instrumentos: coleta de dados (Histórico), Diagnóstico, Prescrição e Evolução de enfermagem, durante um período de três meses (outubro à dezembro).

Considerando que o horário de serviço da UTI é um plantão de 12 horas trabalhadas (diurno ou noturno) para a equipe de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, essa fase de implantação processou-se da seguinte forma: todos os pacientes admitidos na UTI, independente do horário, a exceção dos pós-operatórios imediato com menos de 24 horas, eram submetidos a coleta dos dados (Histórico de enfermagem), estabelecido o diagnóstico de enfermagem e realizada a 1ª prescrição de enfermagem. Para os pacientes em pós-operatório imediato era realizada essa mesma sistemática a partir do momento em que se completasse às primeiras 24 horas de UTI.

As Prescrições de enfermagem subseqüentes, juntamente com as Evoluções do período diurno, eram realizadas no período da tarde, devido ao menor volume de encargos administrativos. No período noturno permaneceram as Evoluções noturnas, com acréscimo de preenchimento do Histórico e do Diagnóstico de enfermagem, no caso de admissões à noite.

A folha do Diagnóstico e da Prescrição de enfermagem (Apêndice B) apresentava validade por três dias, por uma questão de economia de tempo, por parte dos profissionais e de custos com os impressos, embora as Prescrições de enfermagem fossem apazadas dia a dia. No caso de suspensão de algum item da Prescrição de enfermagem, era colocado a palavra “suspensão”, naquele dia apazado e no dia seguinte não mais se seguia aquela Prescrição. E para os casos de acréscimos de outros diagnósticos de enfermagem e novas prescrições de enfermagem, cabia ao enfermeiro plantonista a elaboração manuscrita na própria folha.

A fim de operacionalizar e não sobrecarregar a equipe de enfermagem do período diurno, a equipe de enfermagem do noturno era encarregada de abrir os novos impressos, após o terceiro dia de prescrição de enfermagem e/ou quando necessário, colocando a identificação dos impressos (nome do paciente, data, leito, horário) e algumas observações quanto ao estado de saúde do paciente.

Esta fase de implantação durou cerca de três meses (outubro, novembro e dezembro/2002) e contou com a supervisão direta do autor da pesquisa e da enfermeira da educação continuada, que embora presente diariamente na UTI, realizava a cada 7 dias e quando necessário, visitas nos horários da tarde e da noite, para identificar e solucionar possíveis problemas na implantação.

As dificuldades encontradas, que serão apresentadas posteriormente, no capítulo dos resultados e discussões, eram registradas no livro de ocorrências e no dia seguinte se procurava resolvê-las.

Para esclarecimentos de dúvidas e para consultas, permaneceu na UTI, material didático, informações adicionais sobre o P.E. e uma relação dos diagnósticos de enfermagem, baseado na classificação diagnóstica da NANDA.

d) Fase de avaliação das anotações de enfermagem

Obviamente que a fase de avaliação das anotações de enfermagem nos instrumentos do P.E, onde os dados observados no paciente eram registrados em função de critérios pré-estabelecidos como, identificação e conteúdos diversos das anotações, aconteceu por último.

Na identificação, observou-se os aspectos quanto a presença do nome completo do paciente, data, leito e unidade; enquanto no conteúdo das anotações verificava-se o registro das ações de enfermagem perante às condições do paciente e como eram feitas as anotações de enfermagem, no que se incluía a observância das normas e regras definidas para normatizar a maneira utilizada para os registros e anotações de enfermagem, como exemplo se constava no impresso a assinatura do profissional de enfermagem após os registros nos instrumentos do P.E.

Vale destacar o que sugere Potter & Perry (1996), como conteúdo que deve constar necessariamente nas anotações:

- As condições gerais do paciente ao ser iniciado o plantão: estado mental e humor, condições físicas, sinais e sintomas, sondas e drenos, entre outros;
- Dados referentes às necessidades: nutrição, hidratação, sono e repouso, motilidade, eliminação, cuidado corporal, regulação térmica e vascular, comunicação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, terapêutica (execução das medidas prescritas);
- Sinais e sintomas (objetivos e subjetivos). Acidentes e intercorrências nos tratamentos e cuidados prestados;
- As condições gerais do paciente ao terminar o plantão: devem dar uma idéia geral e completa de como o paciente passou durante o período.

Essa fase de avaliação dos instrumentos do P.E. é eminentemente exploratória, realizada nos prontuários de pacientes admitidos na UTI, que passaram por todas as etapas do P.E. (Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de enfermagem). Essa fase, de forma mais real, foi desenvolvida concomitante à fase de implantação e realizada a cada quinze dias após o início da fase de implantação.

A fase de avaliação foi centrada na avaliação das anotações de enfermagem nos instrumentos do P.E. (Apêndice E), onde o autor da pesquisa buscava identificar os problemas e, junto a enfermeira da educação continuada, os discutia e propunham as mudanças necessárias para superá-las.

Esse procedimento foi repetido quinzenalmente, pelo período de 3 (três) meses, cujos resultados serão apresentados no capítulo dos resultados e discussões.

Nessa fase obedeceu-se, a seguinte sistemática: quinzenalmente, o autor da pesquisa buscava na própria UTI os prontuários de pacientes admitidos e registrava as dificuldades observadas, segundo os critérios pré-estabelecidos. O único critério de exclusão definido para essa investigação foi a permanência do paciente na UTI, de um período mínimo de 48 horas, tempo suficiente para operacionalizar todas as etapas do P.E. e aplicar os critérios de preenchimento dos instrumentos com as anotações de enfermagem, definidos no Apêndice E.

No caso de pacientes que recebiam alta antes da avaliação das anotações de enfermagem, buscava-se, após alta da UTI (seja por óbito ou por transferência para outra unidade), junto a comissão de revisão de prontuários ou na unidade para onde o paciente foi transferido, o prontuário, a fim de se proceder a devida avaliação.

Uma vez concluída essa coleta dos dados quinzenalmente, fazia-se uma análise das falhas identificadas e buscava-se solucionar, à medida do possível, as dificuldades junto ao pessoal de enfermagem e com a enfermeira da educação continuada.

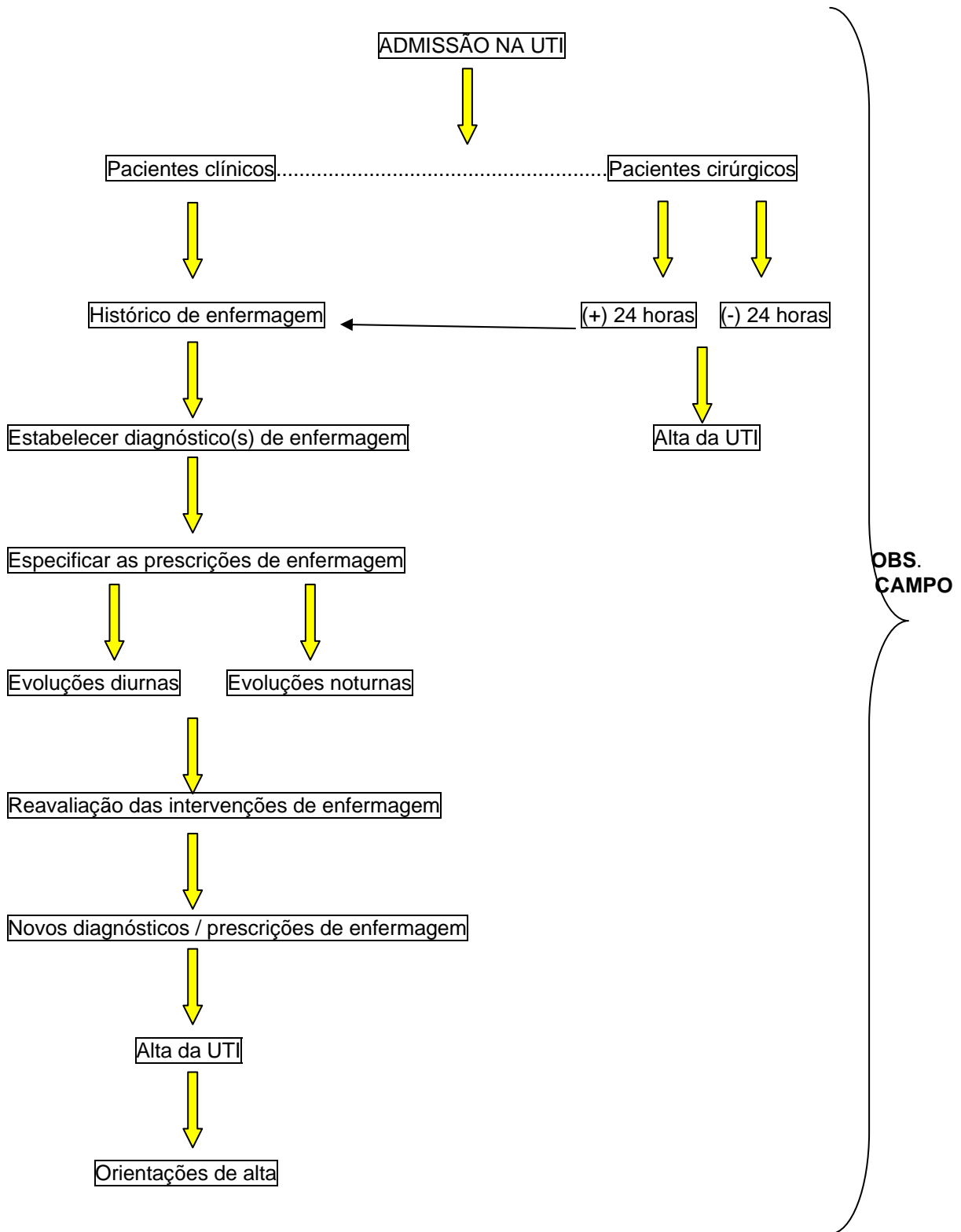
Esse ciclo de avaliação dos instrumentos do P.E. se repetiu até o final da fase de implantação, prevista para Dezembro/2002, e com isso era definido uma situação-problema, análise e proposição de intervenção conforme fosse o resultado.

Todas as observações eram registradas no Diário de campo após cada sessão de avaliação, cuja frequência prevista era de duas vezes por mês.

Segue abaixo o diagrama de campo, síntese de todo o processamento do P.E. na UTI.

Diagrama 3 – Representação gráfica do processamento de integralização do P.E. na UTI

DIAGRAMA DO PROCESSAMENTO DE INTEGRALIZAÇÃO DO P.E. NA UTI



4.5 Procedimentos utilizados na coleta dos dados da pesquisa

A coleta dos dados foi portanto realizada na UTI do HGeF, pelo próprio pesquisador durante o período de aplicação do estudo que foi de Agosto a Dezembro de 2002. Foi realizada de segunda a sexta-feira, nos horários matinais e ocasionalmente, nos horários vespertino e noturno; duas vezes por semana - em geral, as terças e quintas-feiras, das 16 horas até por volta das 20 horas e, nos finais de semana/feriados, alternadamente, nos horários da manhã. Essa coleta dos dados aconteceu, desde o momento inicial da pesquisa, passando pelo treinamento do pessoal que seria envolvido na utilização dos instrumentos do P.E., inclusive com as etapas do P.E. já existentes na UTI.

As anotações no diário de campo consistem no relato das observações feitas durante todas as fases do processo, enquanto o roteiro de observação, compreende o que se desejava observar em cada fase do processo de pesquisa, ou seja: fatores positivos e negativos relativos aos aspectos relacionados à implantação e implementação do P.E. integralizado; no atendimento aos objetivos do treinamento; das estratégias e dos recursos didáticos utilizados no treinamento.

Os resultados foram confrontados com a literatura existente, a fim de fundamentar novas concepções teóricas oriundas da presente pesquisa.

4.5.1. Instrumento de coleta dos dados

O instrumento utilizado na coleta dos dados foi a observação livre. Essa técnica permite o contato direto do investigador com a realidade que se deseja conhecer. Para Minayo (1994) a observação, constitui-se numa estratégia de investigação essencial para o trabalho de campo, pois possibilita o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada.

A observação livre, consiste na coleta e registro de eventos observados. Acontece sem prévio planejamento e sem qualquer controle, entretanto, pode resultar em dados obtidos através da informação sistemática, oriundo da comunicação de forma oral, escrita, visual ou gestual, fixada em um suporte material

(informativos, avisos, fluxograma, material de consulta etc), como fonte durável de comunicação.

A escolha deste instrumento de coleta dos dados se deve, principalmente ao fato de proporcionar uma maior aproximação do observador com o ambiente, possibilitando uma melhor captação da dinâmica dos profissionais de enfermagem dentro da UTI, além de oportunizar questionamentos durante a implementação dos instrumentos do P. E. na UTI.

Como recurso auxiliar, o pesquisador utilizou-se de um roteiro para a observação e de um Diário de campo para as anotações.

4.5.2. Aspectos éticos da pesquisa

Com o objetivo de formalizar a pesquisa, O projeto foi encaminhado a comissão de ética do Hospital Militar, que tem como seu diretor o presidente da comissão.

Após parecer da comissão, (Anexo C) configurando o consentimento da Instituição para a realização da pesquisa, foi assegurado o sigilo das informações, o anonimato e ao mesmo tempo, garantido aos participantes a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento desde que o desejassem, conforme normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 e suas complementares.

5. ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Utilizou-se como suporte para a análise dos resultados, o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977) e a técnica de análise temática, segundo a abordagem metodológica de Minayo (1994). Esse método, segundo Rodrigues e Leopardi (2001), constitui-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando descrever objetivamente e sistematicamente o conteúdo presente na comunicação. A análise de conteúdo é trabalhada com base nos pólos

cronológicos, segundo Bardin (1977), os quais são: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Esses são referidos por Rifiotis (1997), como fases da análise de conteúdo, e Minayo (1994) denomina de etapas da Análise temática.

A análise de conteúdo é relevante no estudo, porque leva o pesquisador a orientar-se por um conjunto de decisões sobre tais conceitos, definindo-os clara e objetivamente, para não incorrer no risco de ora incluir um significado, ora outro, numa dada categoria.

Considerando para o estudo os aspectos gerais do método de análise de conteúdo de Bardin (1977), e podendo-se dizer que os resultados da pesquisa buscam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência são significativos para os objetivos a serem alcançados, selecionou-se então a técnica de análise temática segundo Minayo (1994, p.28), que refere que *“a análise temática comporta um feixe de relação e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo”*.

Assim sendo, neste trabalho, a primeira fase ou pré análise referiu-se à seleção dos documentos analisados de acordo com os objetivos do estudo e o problema no qual o mesmo está centrado. Nessa etapa foi feita inicialmente uma leitura flutuante do texto apresentado, com o fim de se sistematizar as idéias e de direcionar-se o desenvolvimento da pesquisa para o P.E., em seguida passou-se a constituição do *corpus* (organização do material no sentido da exaustividade, representatividade, homogeneidade e da pertinência) e, por último à formulação dos objetivos, quando se determinou as unidades de registro (palavra – chave ou frase), e unidades de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

Na segunda fase, exploração do material, correspondeu à conclusão da preparação do referido material. Nessa etapa foi feita a codificação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, resultado das observações e o recorte do texto em unidades de registro, a classificação e agregação dos dados, selecionando a especificação dos temas, conforme especificados no item de resultados.

Para Minayo (1994) essa codificação corresponde a uma transformação do material em uma representação do conteúdo, de forma a oferecer ao analista

informações sobre as características gerais do material, a fim de subsidiar o estabelecimento de índices e de agregado de unidades.

Na terceira fase, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de observação livre, veio permitir colocar em relevo as informações obtidas. A partir de então, foram propostas inferências e realizadas as interpretações previstas, conforme quadro teórico.

Para a apresentação dos resultados e discussões, levou-se em conta os dados obtidos através da observação durante as fases de integralização do P.E.

Dos registros do diário de campo das observações realizadas durante as diversas fases do PE, conforme segue no Anexo 8, extraiu-se as unidades de registro e de contexto, de onde emergiram as categorias temáticas nomeadas seguindo orientação abstraídas das unidades de registro, conforme apresentamos a seguir.

❖ A Integralização e Implementação do Processo de Enfermagem na UTI

→ Subcategoria 1: Particularidades relativas à especificidade do Setor

→ Subcategoria 2: Aspectos motivacionais e de satisfação do grupo

→ Subcategoria 3: Vantagens do envolvimento do grupo e do apoio da Instituição

→ Subcategoria 4: Dinâmica de Integralização do Processo de Enfermagem

❖ O Treinamento para a Implantação do Processo de Enfermagem

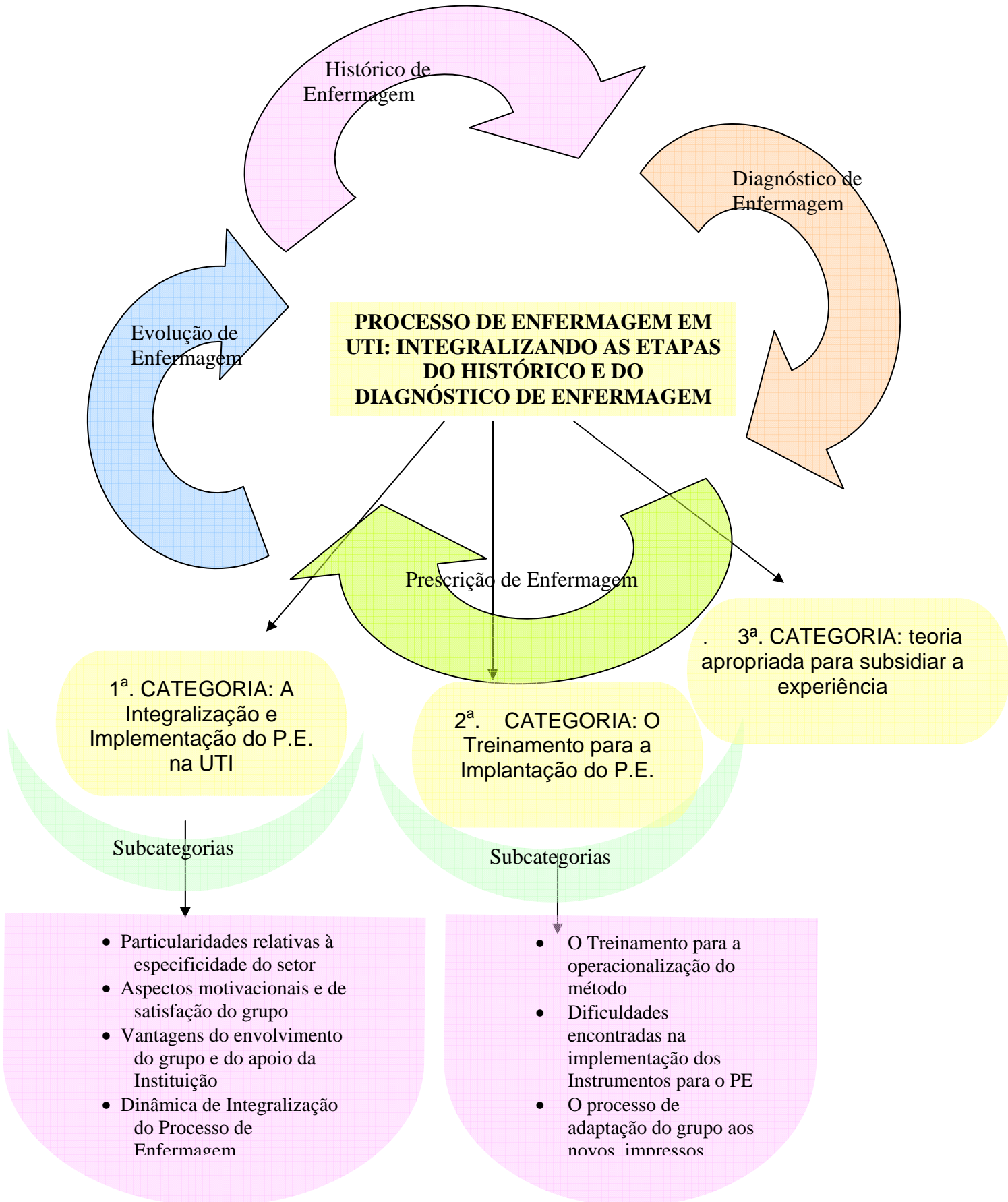
→ Subcategorias 5: Benefícios e dificuldades do treinamento para a operacionalização do método.

→ Subcategorias 6: Dificuldades encontradas na implementação dos instrumentos do Processo de Enfermagem

→ Subcategorias 7: Processo de adaptação do grupo aos novos impressos

❖ A vantagem de selecionar uma teoria apropriada para subsidiar a experiência

Diagrama 4 - Síntese do Trabalho Realizado



6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Discussão do material obtido com a pesquisa sobre o Processo de Enfermagem: integralizando as etapas do Histórico e do diagnóstico de enfermagem, centrou-se na análise das temáticas emergidas dos dados. Essas foram identificadas a partir dos núcleos de sentido demarcados por palavras e frases, conforme referido anteriormente.

Assim sendo, as unidades de registros extraídas dos textos analisados, classificados dentro da temática em estudo, sugeriram as três seguintes categorias temáticas: 1^a.) A Integralização e Implementação do P.E na UTI. Essa subsidiada pelas quatro seguintes subcategorias: Particularidades relativas à especificidade do setor; Aspectos motivacionais e de satisfação do grupo; Vantagens do envolvimento do grupo e do apoio da Instituição e Dinâmica de Integralização do Processo de Enfermagem; 2^a.) O Treinamento para a implantação do Processo de Enfermagem, à qual estão acopladas três subcategorias: Benefícios e Dificuldades do Treinamento para a operacionalização do método; Aspectos gerais sobre a implementação dos Instrumentos para o PE e Particularidades sobre a adaptação do grupo aos novos impressos; 3^a.) Vantagem de se selecionar uma teoria apropriada para subsidiar a experiência. Esta última Categoria temática não está acoplada a nenhuma subcategoria.

Contextualizadas as categorias temáticas e conseqüentes subcategorias, passou-se então a apresentá-las comentando-as e discutindo conforme o significado conjectural de desenvolvimento processual da pesquisa e a conotação dos resultados.

É importante destacar também que as unidades de registro destacadas no contexto dos resultados estão respaldadas nas anotações do diário de campo, conforme observação efetuada pelo autor da pesquisa, comprovado na identificação das falas presentes no texto.

❖ 1^a. Categoria Temática

A Integralização e Implementação do Processo de Enfermagem na UTI

Essa Categoria temática advém do tema maior deste trabalho. Particulariza os aspectos fundamentais para o P.E. na UTI do HGeF na busca de uma sistematização do cuidado para que, além de garantir uma assistência com mais qualidade, os profissionais de enfermagem possam agir em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e com a Lei do Exercício Profissional.

➤ **Subcategoria 1:** Particularidades relativas à especificidade do setor

Essa subcategoria temática está relacionada as particularidades da UTI, às quais os profissionais de enfermagem que ali trabalham se submetem, o que de alguma forma pode influenciar na implementação da integralização do P.E. na UTI.

As características físicas e funcionais da UTI, inclui uma rotina de atendimento mais acelerada e com constante clima de apreensão visto as situações de morte iminente, acabam por exacerbar o estado de estresse e tensão, que envolve, tanto o paciente quanto a equipe nas 24 horas do dia.

Segundo Albrecht (1990), o ambiente hospitalar tem sido considerado insalubre por agrupar pacientes portadores das mais diversas enfermidades infecciosas, e viabilizar vários procedimentos que oferecem riscos para os trabalhadores da saúde que neles atuam.

As fontes de estresse são dos mais variados contexto, pois apesar de na UTI trabalharmos muito com o apoio de maquinarias, felizmente temos lá, fundamentalmente “gente cuidando de gente”, profissionais que também adoecem, que sofrem com o excesso de ruídos repetitivos, que se depauperam com os repentinos picos inesperados de atividades, visto agravamento repentino no estado de saúde de alguns pacientes. Portanto, neste estudo sobre a integralização e implementação do P.E. questões de natureza físicas e funcionais da UTI, são abordadas conforme se pode observar nos seguintes depoimentos de profissionais, registrados nas anotações do diário de campo do autor.

(...) De repente você constata que está com infecção hospitalar por negligência de outro profissional, do colega e mesmo da equipe médica (Registro dia 08/10 –auxiliar enfermagem A).

Eles falam muito alto, as bombas infusoras alarmam ao mesmo tempo, tudo isso diminui o rendimento (Registro dia 09/10 – Enfª A).

Não consigo nem me concentrar depois que me furei com essa agulha (Registro dia 08/10 – auxiliar enfermagem A).

Faltei por que estava cansada, havia trabalhado muito no plantão anterior (Registro dia 14/10 – auxiliar de enfermagem B)

São registros que denotaram que os profissionais se preocupam com o seu bem-estar ao atuarem no ambiente da UTI, que visto suas particularidades, traz desgastes físico e mental aos profissionais que ali atuam, como é o caso de uma maior exposição a infecções, uma vez que as técnicas assépticas devem ser constantemente observadas, a fim de se contribuir para reduzir os riscos de contaminação dos membros da própria equipe de enfermagem; também a sobrecarga de trabalho expõe ao estresse. O qual segundo Albrecht (1990), precisa chegar ao indivíduo de forma dosada, uma vez que tanto o excesso quanto a ausência pode ser maléfico ao organismo, o que correlaciona-se ao estresse positivo e o estresse negativo, podem provocar desgastes, em termos de ansiedade e frustração e a ameaça de outros riscos ocupacionais oriundos de ruídos ou manuseio com equipamentos ou materiais de diversas natureza, que quando mal utilizados poderão estar associados a ameaça de desenvolvimento de doenças como a Hepatite B, Hepatite C e até a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), o que poderá desencadear o pânico entre os profissionais.

Portanto, dentre essas particularidades chama a atenção o fato dos profissionais queixarem-se da própria natureza do ambiente da UTI, o que deixa a impressão de que essa interfere negativamente, tanto na vida do profissional, quanto no desenvolvimento do seu trabalho.

O ambiente organizacional, aqui entendido como meio no qual o profissional desenvolve suas ações de trabalho, as relações interpessoais, bem como o instrumental e as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades, pode portanto ser fonte tanto de prazer quanto de sofrimento, conforme se pode observar em depoimentos registrados no diário de campo nos dias 17 e 19/09, estacados abaixo:

O ambiente é bom mas tem muita pressão (Registro dia 17/10 – Enfª B).

A UTI do HGeF é reconhecida no meio militar, e nós sentimos orgulho (Registro dia 19/10 – Enfª C).

Na verdade quando a organização do trabalho ocorre de modo autoritário, não permitindo mudanças ou acomodações, dificulta a adaptação do profissional no meio, entretanto, isso não foi observado no meio desses profissionais, o que, mesmo sendo uma Instituição com doutrinação Militar, parece mostrar que há espaço para a criatividade e a autonomia profissional. Ter consciência disso é importante, pois as pessoas passam até mais de um terço do dia em seu local de trabalho, além disso, a produtividade e a qualidade de trabalho estão diretamente relacionado a fatores subjetivos psicológicos (SILVA, 1994).

➤ **Subcategoria 2:** Aspectos motivacionais e de satisfação do grupo

Essa categoria temática contempla atributos dos profissionais de enfermagem da UTI em trabalhar com o P.E. integralizado. Apesar de existirem fatores que interferem na implementação desse processo, os quais serão apresentados mais adiante, esses profissionais têm procurado de alguma forma aplicar o P.E., o que já denota a motivação exemplificada pelo registro de contexto de depoimentos de alguns deles anotada no diário de campo no dia 02/09:

(...) a importância do Processo de Enfermagem é destacada na UTI, como é caso de um paciente grave, por estar numa UTI, necessita de cuidados intensivos, de uma atenção mais detalhada, mais de perto (Registro dia 02/09 – Enfª C).

Embora o ambiente de UTI seja crítico não só quanto a situação do paciente, mas também considerando-se o lado dos profissionais, que envolve uma certa mudança de hábitos e atitudes em relação a outros setores do hospital aos quais está mais ligado o cotidiano dos enfermeiros e de sua equipe. Podemos destacar os atributos que procuram ser demonstrados pela chefia para despertar a motivação, a

criatividade e determinação, sempre presentes na UTI e tem em vista a motivação e a satisfação do grupo.

Motivar é induzir o funcionário a vencer obstáculos, fazê-lo lutar para obter sucesso, estimulá-lo a vencer as dificuldades e vibrar pelo resultado alcançado (CIANCIARULLO, 2001). Isso pode estar sendo gerado em função da forma de gerência de enfermagem na UTI, pois o fato de uma pessoa ter oportunidade de ser ouvida, consultada e estar participando, em geral, leva o funcionário à visão sistêmica e a assumir a responsabilidade individual e institucional.

Também pela constante mudança do estado de saúde dos pacientes na UTI, dada a complexidade destes ali presentes, seja clínico ou cirúrgico, e a preocupação dos profissionais com o cuidado favorecendo uma assistência segura ao paciente; o fator criatividade é cada vez mais avaliado e colocado em destaque nas pessoas e instituições que a possuem. Esse fato pode ser observado tanto pelas ações dos enfermeiros, quanto dos auxiliares de enfermagem, de quem obteve-se o seguinte depoimento relacionado ao Processo de Enfermagem, registrado no diário de campo, conforme anotações do dia 05/08:

(...) podemos criar um impresso só para acompanhar os procedimentos invasivos (Registro dia 05/08 – Enfª D).

Podemos colocar frascos de dietas na lavagem do látex, por ocasião da aspiração orotraqueal (Registro dia 05/08 – Enfª D).

O sr. pode deixar que o material de urgência eu organizo por gavetas no carro de parada, para deixar as enfermeiras mais livres – Fala de um uma Auxiliar de enfermagem C (Registro dia 05/08).

Na verdade o ambiente de trabalho criativo conduz a descoberta de qualidades, antes, muitas vezes, nem percebidas, e essas levam a organização, ao sucesso e ao progresso constante, assegurando ao P.E. maior flexibilidade e maior rapidez para atitudes e decisões. Isso favorece a um P.E. sistemático, com enfoque na obtenção dos resultados de maneira rentável (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Um fator de satisfação para o grupo nos pareceu ter sido a determinação da chefia de enfermagem da UTI, em implementar o P.E. de forma concreta e viável, como mostra a seguinte observação de determinada enfermeira: O chefe se

predispõe a implementar e está muito envolvido com isso (Registro dia 07/08 – Enfª C).

Isso denota que a vontade da chefia de enfermagem a nível de hospital, enquanto instituição, em viabilizar recursos necessários a implementação e manutenção do P.E. é um fator decisivo no êxito de um trabalho inovador, que visa a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Vale ressaltar que a chefia de enfermagem que implementou a prescrição e a evolução de enfermagem, em 1996, por ocasião do início do funcionamento da UTI, é a mesma que busca hoje integralizar o P.E.

Concluindo com essa categoria, que apesar do P.E. estar voltado para a assistência ao ser humano, tendo como base a utilização de um método científico, independente de denominações e número de etapas, os atributos dos profissionais da UTI, desperta um clima organizacional refletido pela postura do funcionário frente as ações de enfermagem, isso não só em decorrência de chefias conscientizadas para os problemas, mas como da própria organização funcionando como meio estimulador, embora esteja evidente a situação de falta de recursos materiais, tipo recipiente para a esterilização química, a fim de operacionalizar um cuidado livre de riscos para o paciente.

➤ **Subcategoria 3:** Vantagens do envolvimento do grupo e do apoio da Instituição

A necessidade de se associar teoria e prática numa determinada realidade, como é o caso da UTI, decorre do fundamento de colocar essa realidade dentro de padrões científicos, assim como criar-se uma situação que promova a necessidade de uma constante reciclagem teórico para os profissionais que nela atuam, para que a partir daí possa gerar produção de conhecimento a partir dos resultados obtidos, podendo os mesmos serem proveitosos, tanto para o grupo, quanto para a Instituição e toda a classe de enfermeiros.

Prestar uma assistência de enfermagem com qualidade, é uma forma de atender de maneira mais eficaz as necessidades do ser humano, tendo por base o relacionamento interpessoal harmonioso entre pessoal de enfermagem e pacientes,

levando-se em consideração a individualidade de cada um, dentro de uma visão holística do ser humano.

Todos esses preceitos de qualidade de assistência é segundo Doenges e Moorhouse (1992) e Iyer et al (1993), conseguido por meio de um trabalho baseado no P.E., devendo ser este um compromisso assumido por todos os enfermeiros.

Portanto, no desenvolvimento do estudo teve-se a oportunidade de registrar depoimentos de profissionais de enfermagem destacando o desejo de integralizar e implementar o P.E. na UTI, conforme anotações no diário de campo que descrevemos abaixo:

Acho que seria possível, (o processo de enfermagem) se fosse prático e todos participassem (Registro dia 06/09 – Enfª E).

O P.E. é uma necessidade, pois vai permitir um cuidado qualificado (Registro dia 06/09 Enfª F).

Sem dúvida (o processo de enfermagem) vai trazer uma melhoria do cuidado e uma satisfação para o grupo. (Registro dia 09/09 Enfª C).

O P.E. deve ser construído de forma a funcionar como um corpo de conhecimento da própria enfermagem, de acordo com a realidade da UTI, procurando-se priorizar o modelo homeodinâmico do ser conforme refere Horta (1979), que tem suas raízes na teoria das necessidades humanas básicas. Foi com essa filosofia que o grupo de profissionais de enfermagem da UTI do HGeF, buscou construir um P.E. viável, constituído por quatro etapas, que são: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, respaldado num referencial teórico conhecido por todos que integram a equipe e portanto também aceito por eles, conforme registros a seguir:

É importante elaborar um P.E. viável para a UTI (Registro dia 07/08 Enfª E).

Não adianta criar impressos, se ninguém segue ou aceita (Registro dia 07/08 Enfª B).

Já fazemos a prescrição e evolução de enfermagem, podemos adaptar um modelo de histórico, mas como pode ser o diagnóstico... (Registro dia 07/08 Enfª C).

Os três registros acima enfatizam basicamente uma idéia única que é a viabilidade de um método a ser utilizado, portanto, na decisão tomada sobre o sistema adotado para a UTI do HGeF nos respaldamos também no que enfatizam Paula (1993), bem como Felisbino (1994) e Cianciarullo (2001), que recomendam que sejam utilizados apenas quatro fases do P.E: o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução, como forma de torná-lo metodologicamente viável.

Diante dessas considerações pode-se dizer que a construção coletiva do P.E. é fundamental, uma vez que para a compreensão de sua importância e a plena efetivação de suas etapas, é necessário que toda a equipe esteja envolvida na implantação dessa metodologia.

As anotações de registro sobre depoimento de dois enfermeiros e de um auxiliar de enfermagem que apresento abaixo, mostra a preocupação da viabilidade e do envolvimento de todos no processo, uma vez que os benefícios se referem não só ao paciente que recebe uma assistência individualizada, mas também ao próprio profissional que pode organizar e direcionar seu trabalho, reduzindo custos, revertendo na valorização e na autonomia do profissional frente a Instituição.

Ajuda (a implantação do pe) no reconhecimento aqui no Exército (Registro dia 06/09 Enfª C).

Define melhor (o pe) o papel da enfermeira, evitando mais a burocracia (Registro dia 06/09 Enfª B).

Outro aspecto considerado importante e que transpareceu nessa subcategoria é o caso da liderança, que no HGeF é um atributo bastante valorizado, visto ser uma Instituição regida por pilares filosóficos como a hierarquia e a disciplina.

Então, como esse atributo é disseminado pela Instituição, foi identificado também entre os enfermeiros, quando esses delegavam atividades a sua equipe ou ao pessoal de apoio (tipo soldados), sempre explicando o porquê e, procurando identificar aqueles elementos capazes de realizar determinada tarefa. Isso era observado principalmente, durante as admissões, no prosseguimento de pedido de exames e solicitação do laboratório; e durante intercorrências com pacientes. Nos finais de semana/feriados o fato era mais evidente, conforme registros do Diário de campo, a seguir narrados:

Soldado “X”, leve a amostra de sangue, acondicionada no isopor, juntamente com a requisição até o Hemoce, e não esqueça de retornar com a 2 via da requisição, quando chegar me dê um retorno. (Registro dia 26/10 Enfª A).

Auxiliar de enfermagem “y”, procure verificar as dietas que eu vou realizar os curativos (Registro dia 29/10 Enfª E).

Segundo Scholtes (1992), a liderança é “*um fator fundamental ao bom gerenciamento de qualquer serviço de saúde, conseqüentemente à qualidade da assistência prestada ao paciente*”.

Observa-se com isso o envolvimento do enfermeiro dentro do P.E., tornando-se fundamental e vantajoso, pois está associado a capacidade de fazer, acontecer, mobilizar, debater, transmitir informações e orientar o funcionário, isso pode vir em decorrência de um processo de mudança de hábitos e de atitudes.

➤ **Subcategoria 4:** Dinâmica de Integralização do Processo de Enfermagem

A dinâmica de Integralização do Processo de Enfermagem na UTI, em linhas gerais, seguiu mais ou menos o ritmo esperado, uma vez que se processou paulatinamente, em diversos momentos, conforme o ritmo dos acontecimentos rotineiros do cotidiano, a mercê de facilidades ou dificuldades, como será observado mais adiante.

Inicialmente, dado a condição ou gravidade do estado do paciente em relação a aquisição de informações e, a possibilidade de diversas patologias, houve a preocupação de conhecer-se, através de um estudo retrospectivo na documentação da UTI, o perfil dos pacientes, cujos resultados mostraram que a idade média era de 60 anos, sendo 65% (47) do sexo masculino e que a média de permanência na UTI era de 7 dias. Os motivos mais freqüentes de internação estavam relacionados a instabilidade hemodinâmica, pós-operatório imediato, choque e coma; como alterações decorrentes de fatores hemodinâmicos, decorrente de complicações oriundas de patologias relacionadas a insuficiência respiratória aguda, coronarianas, pneumonias e acidente vascular cerebral.

Diante desse quadro vimos a conveniência, a título de agilização das ações, de se pré-determinar, em impresso próprio, alguns diagnósticos de enfermagem mais comuns relativos às necessidades afetadas, conforme a taxonomia da NANDA.

Portanto, seguindo o fluxograma estabelecido, qual seja: a experimentação de um modelo de histórico e de diagnóstico de enfermagem adaptável à realidade da UTI; realização de um pré-teste e aprovação desse modelo pelos enfermeiros da UTI, quando então ao ser cronometrado, viu-se que o tempo médio de preenchimento do histórico foi de 35 min por paciente, incluindo a elaboração do diagnóstico de enfermagem e da 1ª prescrição de enfermagem com os aprazamentos, é um aspecto de grande importância ao qual retornaremos posteriormente, pois denota despreparo do enfermeiro e poderia até inviabilizar o PE numa UTI; treinamento com aplicação dos instrumentos do P.E. Frente então as várias opiniões relativas ao aperfeiçoamento dos impressos para uma melhor praticidade dos mesmos, considerou-se algumas opiniões e sugestões, dentre as quais podemos citar tendo em vista as anotações no diário de campo:

(...) no item identificação do histórico, o campo diagnóstico de baixa foi muito valorizado (Registro dia 26/10).

A diagramação do histórico ficou boa, mas a letra ficou pequena (Registro dia 04/11 Enfª F).

Alguns itens na entrevista, tipo valorar, escolher, relacionar, não ficaram claros para os enfermeiros (Registro dia 04/11).

(...) No exame físico fiquei insegura quanto a ausculta pulmonar e cardíaca (Registro dia 06/11 Enfª B).

(...) Achei que o histórico de enfermagem ficou extenso (Registro dia 07/11 Enfª D).

Em relação ao histórico, o item identificação, trouxe em um dos seus campos uma certa valorização quanto ao diagnóstico de baixa (médico), pois em todos os históricos realizados esse campo foi preenchido, muito embora os outros campos tenham sido considerados essenciais e práticos, sempre em algum histórico faltava o preenchimento de algum deles.

Essa foi uma discussão importante, pois os enfermeiros argumentaram que se o enfermeiro está coletando os dados a fim de estabelecer diagnósticos de enfermagem, o diagnóstico de baixa do paciente seria um elemento que direcionaria o preenchimento do histórico de enfermagem de forma mais rápida. É uma atitude que vem mostrar que o paradigma biomédico, presentes tanto na prática da enfermagem, quanto no referencial teórico, ainda exerce enorme influência na prática da enfermagem, como se pode observar.

Doenges; Moorhouse (1992) referem que o diagnóstico médico do doente pode ser um ponto de partida para a entrevista de enfermagem, pois o conhecimento que o enfermeiro tem da fisiopatologia da doença ajuda-o a escolher e a direcionar as perguntas. Entretanto sabe-se que essa afirmação, diverge quanto a formulação dos diagnósticos de enfermagem.

Em relação ao item exame físico, que faz parte do histórico de enfermagem, pode-se dizer que esse é realizado, ainda não muito a contento, e dentre os fatores que exercem influência neste sentido podem estar: o tempo gasto no mesmo; dificuldades em adequar o exame físico ao tipo de doença; dificuldades do enfermeiro em realizar a ausculta pulmonar e cardíaca e a própria falta de prática em lidar com o tecnologia do Processo de Enfermagem. Concluiu-se ao final da pesquisa que dos 56 pacientes submetidos ao P.E. na UTI na fase de implantação, 21 eram cirúrgicos, na maioria, 55% do total, o exame físico estava centrado ao sistema do corpo afetado pela doença, e não valorizando o indivíduo como um todo.

Considerando que o exame físico constitui um procedimento fundamental para a obtenção da coleta de dados, pois é a partir dele que o enfermeiro inicia o exame clínico; levanta as necessidades do paciente, inclusive as anormalidades, para depois avaliar, analisar e planejar a assistência, é portanto, uma deficiência constatada, que sugere um treinamento em serviço bem mais delongado com base na prática do exame físico e no conhecimento científico, uma vez que tal falha pode afetar, diretamente, na qualidade da assistência e no trabalho em equipe.

Em relação ao item entrevista, pode-se afirmar que há também neste aspecto, uma deficiência na habilidade técnica-científica do enfermeiro, pois a maior parte dos enfermeiros não conseguiam correlacionar sua observação ao padrão de resposta humana, valorar, escolher e relacionar, apresentavam como justificativa o fato do paciente não estar consciente.

Durante a aplicação desses instrumentos do P.E., O diagnóstico de enfermagem foi o que demandou maior número de observações e preocupações, conforme pode-se ver pelos registros a seguir:

(...) A gente demora muito tempo para identificar o diagnóstico de enfermagem (Registro dia 08/11 Enfª B).

Encontrei dificuldade em relacionar o diagnóstico com a prescrição de enfermagem (Registro dia 10/11 Enfª D).

Dificuldade em relacionar o tipo de diagnóstico de enfermagem com o fator relacionado (Registro dia 10/11 Enfª D).

Foi detectado pelo pesquisado: que ninguém relatou qualquer outro diagnóstico ou prescrição, além dos já pré-estabelecidos no impresso; que não eram registradas nas evoluções de enfermagem necessidades novas ou superadas (Registro dia 18/11).

Frente ao contexto das observações destacadas acima e mesmo tendo-se percebido que os enfermeiros despendiam muito tempo para correlacionar o histórico com o diagnóstico, e deste com a prescrição de enfermagem, as etapas do PE já implantadas anteriormente, favoreceram o processo de implantação das atuais- histórico e diagnóstico de enfermagem, o que, podia-se dizer, reduzia a barreira para a utilização do P.E. integralizado, uma vez que sabemos que os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção das intervenções de enfermagem e compõem-se de uma denominação ou rotulação, que inclui uma definição, características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco. (NANDA, 9º conferência, 1999), conforme correlação abaixo:

(...) ex: diagnóstico de enfermagem – integridade da pele relacionada com a mobilidade física.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, portanto, o conhecimento científico e a prática diária com a utilização deste, são elementos essenciais na operacionalização do P.E. Pois, se o enfermeiro incorpora a importância desse papel, ele pode se sentir mais valorizado, mais consciente, mais

orgulhoso de sua profissão e, principalmente, mais encorajado a mudar a realidade atual.

Aspectos gerais do P.E. foram observados e levados em conta, tendo em vista que o mesmo deve funcionar em consonância com o seguimento da rotina da UTI, e não modificando a estrutura do setor, conforme registros abaixo enfocando, seja depoimentos ou observações procedidas:

Não há continuidade por parte dos auxiliares de enfermagem, principalmente em relação a checagem das prescrições de enfermagem aprazadas, ou ausentes, ou com traço, ou ainda circuladas (Registro dia 20/11 Enfª C).

Durante o pré-teste houve falha na aplicação do instrumento, devido não acompanharem o paciente na admissão. (Registro dia 12/08 Enfª A).

Há necessidade de revisão do histórico de enfermagem quanto a diagramação, em especial quanto ao espaço para a descrição da entrevista. (Registro dia 12/08 Enfª D).

Algumas enfermeiras dizem uma coisa, outras dizem outra – auxiliar de enfermagem referindo-se as orientações recebidas para checagem- (Registro dia 20/09 - auxiliar de enfermagem E).

Em boa parte dos pacientes cirúrgicos não foi aplicado o P.E. (Registro dia 28/10).

Solicitação da enfermeira para tudo, acabou deixando os instrumentos do P.E. para depois (Registro dia 29/11 Enfª B).

Faltaram folhas para aplicar os instrumento do P.E nos finais de semana (Registro dia 30/11 Enfª D).

Carraro (2001), ao investigarem o significado cultural que os enfermeiros de uma unidade atribuíam ao P.E., observaram que para aqueles enfermeiros o P.E. é uma atividade burocrática, adotando então rotinas para guiar as suas ações. Pode-se dizer, conforme algumas anotações de campo acima destacada que no nosso caso isso é também verificado, que devido às funções burocráticas existentes no

hospital, os enfermeiros relacionam o P.E. com o serviço burocrático, passando o descrédito a equipe de enfermagem, em consequência poderia advir a quebra da continuidade do mesmo.

Também é sabido que a ausência de planejamento leva a um dispêndio maior de tempo na realização de tarefas, pela necessidade de improvisações, má distribuição das atividades entre os profissionais envolvidos e até mesmo pela repetição de tarefas já executadas.

De acordo com Doenges e Moorhouse (1992), o P.E. é um método que permite organizar e direcionar a assistência de enfermagem, por meio de planejamento prévio, garantindo a continuidade da assistência iniciada.

Isso, encontramos quando relata a falta de impressos, o que não poderia acontecer pois o enfermeiro do setor tem autonomia de providenciar cópias, evitando a falta desses. Com a alegação de falta de tempo, não foi realizado o P.E em 11 dos pacientes cirúrgicos que permaneceram na UTI, mesmo cientes que na estrutura do Hospital Militar os leitos 1 e 2 são destinados a pacientes cirúrgicos, assim, a maioria faz pós-operatório imediato na UTI. Já a priorização em realizar atividade burocrática, tipo colar exames laboratoriais no prontuário, marcar exames, preenchimento das guias de transferência de pacientes e do Fused (Fundo de saúde do Exército) e providenciar medicamentos e materiais etc, poderia, na maioria das vezes, estar sendo delegado à secretaria da unidade, disponível no período da manhã.

Também serviram como correção e planejamento, as falhas ocorridas durante o pré-teste, pois dos 10 pacientes submetidos, 4 não seguiram o diagrama do P.E., ou seja, todos os passos ou etapas previamente definidos, desde o momento da admissão até a alta, em todos esses quatro, faltava o histórico, tendo como alegação da falta deste, a descontinuidade da informação por ocasião de passagem de plantão, embora tenha ficado claro que seria após 24 horas de permanência do paciente na UTI; os recursos de informática disponíveis para as correções do histórico de enfermagem, não foram realizadas adequadamente, ocasionando falhas durante do P.E, especificamente quanto ao espaço destinado a entrevista.

2ª. Categoria Temática

❖ O Treinamento para a Implantação do Processo de Enfermagem

Essa Categoria temática, constitui uma importante base deste trabalho, favorece a dinâmica de integralização do P.E. na UTI e particulariza o papel educativo de forma a constituir um elemento de mudança de atitude da equipe de enfermagem quanto ao P.E.

Esse processo de mudança segue um trabalho educativo, através de treinamento em serviço, cujos desafios estão na aceitação e redução do nível de resistência, que são trabalhados conforme sugerido nas subcategorias abaixo:

➤ **Subcategoria 5:** Benefícios e Dificuldades do Treinamento para a operacionalização do método

O treinamento em serviço foi um esforço dirigido à equipe, com a finalidade de se atingir os objetivos propostos para o estudo. E a partir daí ter-se benefícios que possam contribuir para o aperfeiçoamento das estratégias adotadas, como pode-se observar pelos registros a seguir relativos a depoimentos dos profissionais:

(...) contribui com certeza, só traz benefícios e aprimoramento a todos os profissionais (Registro dia 12/09 auxiliar de enfermagem F).

(...) fiquei mais disposta a ler sobre o assunto (Registro dia 02/09 Enfª A).

(...) a parte pratica foi enriquecedora, a teórica também, foi bem clara, o instrutor usou bem os recursos e teve didática (Registro dia 13/09 auxiliar de enfermagem G).

(...) o treinamento foi ótimo, o assunto foi exposto de maneira clara e serviu de esclarecimento a muitas dúvidas (Registro dia 09/09 Enfª C).

(...) o treinamento trouxe um visão melhor sobre o que eu entendia em relação ao tema proposto e despertou o interesse em realizar e aperfeiçoar o diagnóstico de enfermagem (Registro dia 09/09 Enfª F).

O treinamento além aperfeiçoar, sensibilizar, proporciona um levantamento e atendimento às necessidades do grupo e do processo de trabalho, desenvolvido na

UTI. Essa dinâmica foi totalmente atingida. Os procedimentos aconteceram de forma extremamente rica, possibilitando a troca de experiências, facilitada por procedimentos dinâmicos, o que possibilitou a construção do conhecimento e de habilidades, individuais e em grupo.

Silva (1989), relata que as principais estratégias, a serem utilizadas em treinamento, estão relacionadas a leituras de manuais, demonstração de procedimentos e estudos de caso.

Entretanto, para o estudo, as estratégias e recursos didáticos utilizados no treinamento, foram os mais inovadores, alternativos e participativos possíveis, tipo o estudo de caso, permitido a utilização da exposição oral e da dinâmica de grupo como métodos, permeando nesse processo, discussões, debates e vivências, lançando-se mão de formas facilitadoras para a construção e a implementação do ensino e da aprendizagem.

Quanto ao processo de avaliação do treinamento, foram lançados vários critérios de avaliação, desde a avaliação diagnóstica em grupo, levantando problemas encaminhados para a avaliação formativa, aquela que favorece a construção de conhecimento e habilidades de forma gradativa, sem a necessidade de verificações formalizadas.

Acredita-se que com esse tipo de avaliação e com a vivência dia-a-dia é que se vai perceber a mudança ocorrida com a metodologia aplicada, no intuito de melhorar a qualidade do serviço.

Nesse desenvolvimento do treinamento, percebeu-se que a adoção da metodologia de aplicação do estudo de caso, foi adequado para o grupo, conforme depoimentos registrados.

A estratégia do estudo de caso facilitou o aprendizado (Registro dia 13/09 Enfª A).

(...) treinamentos desse tipo facilita o aprendizado (Registro dia 13/09 auxiliar de enfermagem H).

O estudo de caso como se refere Silva (1989), possibilita a discussão detalhada e sistematizada de situações ou casos que devem ser, de preferência, os vivenciados durante o treinamento. A escolha por essa estratégia de aprendizagem possibilitou expor dificuldades e facilidades que auxiliaram no processo ensino - aprendizagem.

Pode-se dizer, diante das observações, de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que essa sistemática, quando foi trabalhado de maneira hipotética, mas baseado na realidade do grupo favoreceu que o conteúdo do P.E fosse absorvido de maneira satisfatória.

Segundo Silva (1989), a prática da estratégia do treinamento deve ser sistematizada de forma que o profissional adquira conhecimento, atitudes e habilidades de acordo com a expectativa da instituição.

Em relação às dificuldades encontradas no treinamento, foram das mais diversas naturezas conforme relato das observações realizadas:

(...) A gente não consegue se atualizar, o que é importante para o aperfeiçoamento da prática (Registro dia 24/09 Enfª F).

(...) a comunicação é diferente de enfermeira para enfermeira (Registro dia 17/09 auxiliar de enfermagem G).

(...) a parte teórica deveria ter carga horária maior (Registro dia 13/09 Enfª A).

(...) o treinamento deveria ser mais longo, para que pudesse abranger mais sobre o diagnóstico de enfermagem (Registro dia 13/09 Enfª F).

(...) gostei muito, pena que o horário ficou difícil para alguns (Registro dia 13/09 auxiliar de enfermagem I).

(...) o curso poderia ter mais tempo e fornecer material didático mais abrangente (Registro dia 09/09 Enfª A).

(...) auxiliar "x" queixou-se que o material disponível para consulta tinha um nível elevado (Registro dia 13/09.)

Como se observa, são diversas as naturezas encontradas, que vai desde o processo de comunicação, tempo para atualização, deficiência no conhecimento, compatibilização de horários, material didático fornecido até a carga horária do treinamento.

O processo de comunicação aqui referido tornou-se falho em virtude de motivos, tanto de ordem psicológica do profissional, em decorrência do ambiente,

quanto de ordem institucional, relativo à, burocracia da instituição. Essas situações tende gerar sentimentos negativos e contraditórios, que levam a distúrbios na comunicação, resultando em processo decisório de baixa qualidade.

A deficiência de conhecimento pode ser identificada durante a aplicação do estudo de caso, especificamente no momento da construção dos diagnósticos de enfermagem, quando os enfermeiros claramente não tinham domínio dos estudos da teoria NANDA. E que no campo prático tornou difícil construir-se diagnósticos baseados na coleta de dados e, conseqüente seleção das intervenções.

Portanto, a forma de treinamento proposta, composto de uma parte teórica e outra prática, desenvolvimento essencialmente em serviço, mostrou que esta metodologia proporciona aumento da satisfação, maior aproveitamento dos recursos humanos e qualificação do serviço, entretanto, o estresse provocado na equipe de enfermagem quanto às exigências profissionais encontradas no dia-a-dia e a necessidade de satisfação pessoal, inclui ainda, o aperfeiçoamento, tempo utilizado e estilos de vida pessoal, tornaram-se as principais dificuldades na plenitude do treinamento.

➤ **Subcategoria 6:** Aspectos Gerais sobre a implementação dos instrumentos do P.E.

Esta subcategoria engloba as dificuldades mais comuns quando se referem a implementação dos instrumentos do P.E. na UTI. Sua importância nesse processo assume importância dentro da estrutura militar, pois as funções administrativas existentes no hospital não podem ser dissociadas do cuidado, o que pode tornar-se um empecilho a sua efetivação na prática.

Foi entretanto observado e registrados o surgimento de algumas considerações sobre o aspecto remuneração, principalmente oriundos do corpo de auxiliares de enfermagem da COPASSEND, colocados da seguinte forma:

(...) haverá mais trabalho sem aumento do salário (Registro dia 03/12 auxiliar de enfermagem A).

(...) Agora inventaram de pagar mais impostos (Registro dia 05/12 auxiliar de enfermagem D).

Mesmo considerando as diferenças salariais entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, seja civil ou militar da instituição, a insatisfação de remuneração entre os auxiliares de enfermagem da COPASSEND era evidente, embora é sabido que seja relevante para a manutenção das necessidades básicas próprias e da família, é um componente que pode ser justificado pelo fato de que, em relação a outros hospitais da cidade, funcionários desta instituição recebem maiores salários.

Outro aspecto considerado foi a questão do despreparo profissional, que ficou evidente por ocasião das admissões, quando alguns enfermeiros não conseguiam definir as prescrições de enfermagem relacionando o diagnóstico à coleta de dados, pelas observações isso só tornou-se possível, porque as prescrições estavam de certa forma pré-determinadas, como se vê:

A coleta de informações do paciente, leva ao diagnóstico e depois... (Registro dia 09/12 Enfª B).

O padrão respiratório ineficaz é um diagnóstico relacionado a que item na prescrição (Registro dia 09/12 Enfª B).

Segundo Farias et al. (1990), na determinação dos diagnósticos de enfermagem, deve-se considerar a definição diagnóstica, as características definidoras e os fatores relacionados, descritos conforme a taxonomia da NANDA. São esses os elementos na elaboração do diagnóstico e que o enfermeiro deve buscar na coleta dos dados, a fim de selecionar a intervenção de enfermagem.

Pode-se dizer que as mudanças provocadas com a implementação do P.E. na UTI, despertou nos enfermeiros o desejo de aprimoramento profissional, até mesmo porque estes são profissionais de outros hospitais e que trabalham de alguma forma com a sistematização da assistência.

Considerando ainda, outras dificuldades encontradas, pode-se verificar a ocorrência de falta de interesse, em participar em relação a esse processo, especialmente durante a fase de implantação do estudo. Veja-se pelos registros abaixo:

(...) nas reuniões informais no setor, registrou-se falta de tempo, seja do enfermeiro ou do auxiliar de enfermagem, em comparecer. (Registro dia 05/08 Enfª B).

(...) Os profissionais são suficientes para atender e fazer burocracia (Registro dia 05/08 Enfª B).

Demanda tempo para aplicar, como ficam os pacientes (Registro dia 05/08 Enfª E).

De acordo com as observações de campo, notamos que tanto nas reuniões informais com o grupo, quanto aquelas para implementar as ações, o P.E. é considerado mais uma atividade a ser executada, e por vezes associada à burocracia devido ao preenchimento das guias, marcação de exames e pedidos a farmácia, muitas vezes ligado a rotatividade dos pacientes cirúrgicos na UTI, quando não, a gravidade dos pacientes, possibilitando diversas intercorrências durante o plantão, como: parada cardiorespiratória; e principalmente pela burocracia relacionada. Com o acadêmico de enfermagem não foi percebido essa questão de falta de tempo, já o auxiliar de enfermagem ficava mais voltado à assistência e as anotações de enfermagem.

Na verdade ficou evidente que mesmo sem conciliar o tempo com os outros hospitais, para estar presente para discutir sobre o P.E., o principal fator estava relacionado ao quantitativo de profissionais por plantão e não a presença as reuniões. Cianciarullo (2001), identifica o descrédito como a alienação e apatia face a não satisfação de uma necessidade ao longo de um tempo relativamente grande. Essa necessidade seria a autonomia profissional, ainda não satisfeita pelo uso de uma Metodologia da Assistência de Enfermagem. E ainda, podemos selecionar a seguinte observação:

(...) a falta de interesse, é referida entre todas as categorias profissionais, notadamente durante as reuniões informais com os enfermeiros na fase de elaboração dos instrumentos do Processo de Enfermagem e, durante as discussões em grupo no treinamento. Essa questão foi unânime quando perguntava-se o por quê fazer Processo de Enfermagem, gerando descrédito e desvalorização do trabalho (Registro dia 12/08 Enfª B).

Todas essas dificuldades encontradas referentes a falta de tempo, interesse, despreparo profissional entre outras, são resultados da busca do profissional pela satisfação das necessidades e expectativas, que é uma condição necessária à qualidade da assistência de enfermagem, pois as ações desses profissionais são caracterizadas pelo contato face a face com o paciente.

“a satisfação de um indivíduo com o trabalho é o resultado das interações entre as características pessoais, valores, expectativas, serviço, ambiente de trabalho e da organização”,(MCNEESE-SMITH, 1999, p.19).

Essas questões observadas durante todo o estudo merecem comentário, haja visto que se tornam fatores que dificultam a implementação do Processo de Enfermagem. A falta de tempo e de interesse, pode estar relacionada a carga horária semanal de trabalho de 40 horas, divididas em turnos de 12 plantões de 12 horas trabalhadas, seja diurno ou noturnamente, isso sem contar com a disponibilidade de horário para trabalhar em outros empregos e a conscientização da importância do P.E. possa ocasionar a defasagem de conhecimento, como por exemplo: a avaliação diagnóstica com base na taxonomia da NANDA, relacionada por alguns.

Quanto a vinculação do tempo na compreensão e utilização do P.E., pode estar relacionada a fatores econômicos e sociais que interferem na própria motivação e cuja origem pode estar associada a autonomia profissional.

➤ **Subcategoria 7:** Adaptação do grupo aos novos impressos

Na tentativa de abordar o processo de avaliação das anotações utilizadas nos instrumentos do P.E., buscou-se conforme destacado nessa subcategoria temática verificar o conteúdo das anotações, frente a adaptação do grupo aos novos impressos utilizados na dinâmica de integralização e implementação do P.E. na UTI.

Com base na literatura, verifica-se que a importância das anotações de enfermagem, além de ser um instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, diagnóstico e evolução das condições do paciente, é também um meio de investigação científica, auditoria e documento legal.

Portanto, para o estudo as anotações de enfermagem constituem um instrumento importante para a implementação do P.E. pois refletem o desenvolvimento da assistência de enfermagem, prestada de maneira contínua ao paciente de terapia intensiva.

Segundo Matos (1998), as anotações de enfermagem são básicas para assegurar a qualidade e a continuidade da assistência global ao paciente, como se vê nas seguintes observações de campo:

Principalmente aos finais de semana as anotações de enfermagem se restringia a checagem e execução da prescrição médica, sem dar importância para o registro das ações de enfermagem (Registro dia 15/12 auxiliar de enfermagem Y).

Em determinado período de trabalho, principalmente se o plantão é agitado, as anotações estão ausentes (Registro dia 18/12 auxiliar de enfermagem H).

A enfermagem, por envolver ações de assistência contínua, tem necessidade de manter registradas as ações desenvolvidas, procurando fazê-lo com clareza, concisão e objetividade para servir de parâmetro de análise da real situação de saúde dos pacientes, sendo que na maioria das vezes pode refletir a falta de importância dada as anotações pela equipe de enfermagem.

Outro aspecto relevante encontrado nos registros dos novos impressos, conforme mostrado abaixo é quanto ao conteúdo.

Em dois finais de semana seguidos, faltaram folhas de prescrições de enfermagem, e na maioria dos impressos o nome do paciente estava incompleto ou errado. (Registro dia 22/12 auxiliar de enfermagem G).

Em prontuário de pacientes diabéticos só se encontravam valores numéricos referentes a glicemia e insulino terapia (Registro dia 22/12 auxiliar de enfermagem y).

Muito comum o uso de abreviaturas tipo, S.N.G., S.V.D., P.O I., A .T.B., e termos militares tipo, J.I.S.G. e baixado. (Registro dia 16/12).

A maioria das anotações apresentavam ao final rubrica e só três enfermeiros tinham carimbo funcional (Registro dia 16/12).

Foi observado em todos os horários que os profissionais sempre registravam, após os procedimentos realizados (Registro dia 16/12)

As anotações do período noturno só relatavam às intercorrências com o paciente (Registro dia 30/12).

Havia uma predominância nos registros quanto aos termos: aceitou a dieta oferecida; conciliou sono e repouso; diurese presente ou eliminações fisiológicas normais e responde as solicitações verbais, (Registro dia 30/12).

Fica evidente, pela maioria das anotações de enfermagem, que a equipe enfoca o básico para atender ao ser humano quantos as necessidades humanas afetadas tipo: alimentação, comunicação, regulação neurológica e eliminação, sem dar idéia da real situação do paciente; muito embora, há sempre registros de procedimentos de enfermagem e uma preocupação quanto as normas e registro na linguagem da própria instituição, mas sem uma continuidade na identificação dos impressos.

Isso denota que os profissionais de enfermagem da UTI procuram registrar, de alguma forma, nos instrumentos do P.E., embora incompletos e sem dar a importância devida. Potter & Perry (1996), colocam que o profissional de enfermagem deve assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados e sua documentação.

3ª. Categoria Temática

❖ Vantagem de se selecionar uma teoria apropriada para subsidiar a experiência

Essa Categoria temática particulariza especificamente a opção dos enfermeiros da UTI em utilizar os estudos de Horta e a classificação diagnóstica da NANDA, como referência na prestação do cuidado.

O referencial teórico é um ponto focal na prática da enfermagem e está incluído na definição da enfermagem e nas leis da prática de enfermagem. Horta (1979), em seus estudos, publicou, o livro “O Processo de Enfermagem”, no qual desenvolve suas concepções teóricas, denominadas de Teoria das Necessidades Humanas Básicas, apoiada na teoria da motivação de Maslow. Nessa obra, Horta apresenta um modelo de assistência composto de seis etapas: histórico, diagnóstico,

plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem.

Para a análise dos dados, que levam a identificação da necessidade básica afetada, a classificação diagnóstica da NANDA, tornou-se uma opção para o grupo dentro da realidade deste, embora ainda não tão bem familiarizados com a mesma.

Portanto, a mensagem deixada pelos enfermeiros, na utilização de um referencial teórico, foi a decisão em não utilizar o P.E. de Horta, com a classificação diagnóstica da NANDA, mas uma adaptação desta.

Estas definições foram decisivas para confirmar a escolha de um marco conceitual para o direcionamento do trabalho. Em Terapia Intensiva, praticamente todos os pacientes precisam ser ajudados por alguma deficiência em suas necessidades básicas, e o profissional de enfermagem, em especial o enfermeiro, necessita de um amplo embasamento teórico para ministrar a ajuda a esses pacientes e orientar de forma científica a equipe de enfermagem.

Nesse sentido, os estudos de Horta e a classificação diagnóstica da NANDA, foram apontados pelos profissionais como o ponto forte da Enfermagem para orientar na prestação do cuidado, devido o alto grau de dependência dos pacientes internados na UTI.

A preocupação em seguir um referencial teórico próprio para embasar as ações de enfermagem, sendo este viável para a realidade da UTI e essencialmente da enfermagem, embora esteja arraigado o predomínio da área médica sobre as ações na saúde, principalmente na estrutura militar, onde o segmento da enfermagem militar ainda é novo, estão presentes nas observações a seguir:

Pude observar a importância de selecionar um modelo conhecido, prático e viável a nossa realidade (Registro dia 06/09 Enfª C).

Sem um referencial teórico próprio, as nossas ações ficam muito dependente da área médica, principalmente no meio militar (Registro dia 09/09 Enfª A).

Não adianta selecionar teoria, cada um trabalha como pode, a base é a patologia (Registro dia 09/09 Enfª B).

A gente segue o modelo de Horta que é o mais conhecido por todos, foi o que se viu na faculdade, mas precisa ser adaptado (Registro dia 09/09 Enfª C).

Porque não utilizar a NANDA, é novo, proporciona mudança, quebrar barreiras, tornar independente, mas é preciso aprofundar sobre o assunto (Registro dia 09/09 Enfª C).

Com isso, pode-se dizer que em relação ao referencial teórico, o grupo referiu ao modelo de Wanda Horta e a classificação diagnóstica da NANDA. Os estudos da taxionomia da NANDA, embora pareça novo para o grupo, se desenvolve desde a década de 70 buscando elaborar e aprimorar os diagnósticos de enfermagem. Em contrapartida, para a UTI, o diagnóstico de Horta, tornaram-se extensos, pela complexidade que a própria UTI exige. E ainda, confrontando as observações, com a realidade dos enfermeiros em ambiente de UTIs, pode-se dizer que o modelo de Horta é o mais aceito no meio científico da Enfermagem, embora não se utilize um modelo aplicado de forma integral na prática.

Segundo Cianciarullo (2001), enfatizando que diversos autores desenvolvem o Processo de Enfermagem como uma adaptação do método científico, adotando um modelo teórico próprio que apresenta variações quanto ao número e à denominação de suas etapas. Dentre as etapas recomendadas, destacam-se quatro etapas essenciais na prestação da assistência de enfermagem, envolvendo o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a avaliação de enfermagem.

Na verdade o pressuposto básico da assistência de enfermagem é tratar o indivíduo, independente do grau de complexidade, como um ser que necessita de cuidados individualizados e sob a ótica da assistência integral.

Portanto, neste estudo, para que possamos cuidar do indivíduo no seu aspecto bio-psico-socio-espiritual, necessitamos do apoio que advém de conhecimento originado de modelos assistenciais conhecidos pelos seus integrantes, elaborados de acordo com as dificuldades existentes durante a atuação profissional, sendo estes respaldados em teorias, cujo objetivo central seja a prestação da assistência com o máximo de qualidade possível para o paciente; daí a adoção pelos estudos de Horta e a classificação da NANDA.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando as inquietações iniciais que deram origem a essa pesquisa, relativas ao Processo de Enfermagem na UTI de um Hospital Militar, com o estudo entende-se, ainda mais o quanto é necessário e importante trabalhar com o Processo de Enfermagem integralizado.

A UTI é um local especializado onde o paciente em estado grave deve receber necessariamente os cuidados individualizados, a partir da assistência respiratória, à manutenção dos parâmetros hemodinâmicos, metabólicos e o aporte nutricional essenciais na assistência do paciente. Conseqüentemente, não menos importante é a atuação da equipe de enfermagem, o que deve acontecer através da aplicação de um método científico, no caso, o Processo de Enfermagem.

Nesse contexto a prática assistencial de enfermagem não pode continuar sendo uma repetição do que foi ensinado há muitos anos. É indispensável reavaliar os processos de trabalho, melhorar o ambiente da UTI, em relação a redução aos riscos ocupacionais e da evolução científica e tecnológica e favorecer as relações interpessoais, procurando desenvolver a motivação e a satisfação do grupo, procurando sempre, aproximar teoria e prática, a partir de conhecimentos e de acordo com a realidade encontrada.

Conclui-se com a pesquisa, que para o sucesso na implementação do Processo de Enfermagem, é necessário primeiramente um compromisso da instituição e dos profissionais com a proposta, promovendo reuniões e elaborando um plano de ação contendo pontos-chaves como: sensibilização da equipe de enfermagem para importância do Processo de Enfermagem; o desenvolvimento de um estudo aprofundado do tema com o envolvimento de toda a equipe, e a construção coletiva dos meios para viabilizar a execução do processo.

Refletindo sobre esses pontos-chaves, significa que as pessoas devem estar sempre disponíveis a apreender novas atitudes e comportamentos, reaprender, ou substituir um conhecimento antigo por um novo. Mas, para isso, é indispensável que os profissionais trabalhem com autonomia e satisfação, o que envolve responsabilidade, autoridade e, em especial, competência.

No caso deste estudo, viu-se que os profissionais envolvidos com a pesquisa, seja o enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem, embora não completamente

satisfeitos com as condições de trabalho na UTI ou o próprio sistema militar, na qual estão inseridos, se mantiveram receptivos em aceitar uma mudança provocada pela implementação do Processo de Enfermagem. A vontade em integralizar as etapas do histórico e do diagnóstico de enfermagem, às etapas do processo já existentes na UTI, dentro de uma filosofia de adequar teoria à prática, de acordo com a realidade, foi demonstrado em todos os momentos do estudo, o que caracterizou o ponto forte da pesquisa.

Na assistência ao paciente, especialmente de Terapia Intensiva, o tempo, é sempre um valor inestimável, assim como o é também o trabalho, que reveste em dinheiro e subsistência. A competência porém, pode significar qualidade de vida para os que lá se internam ou mesmo trabalham. O zelo, o cuidado com os equipamentos, constitui também importante fator numa época em que o mundo tem uma economia globalizada e os indivíduos estão mais cientes dos seus direitos. Isso leva os profissionais de enfermagem que ali trabalham, especial os enfermeiros, em buscar aprimorar seus conhecimentos a fim de proporcionar um cuidado qualificado, seja através do conhecimento de novas teorias ou tendências atuais.

Acreditamos que o Processo de Enfermagem integralizado é o caminho para o direcionamento das ações globalizadas de enfermagem, não só para aproximar sempre mais o enfermeiro do paciente, tornando-o um profissional indispensável no processo da assistência, como também, uma excelente ferramenta para trabalhar com autonomia.

Portanto é indispensável que os enfermeiros e sua equipe tenham uma compreensão de si mesmos e que formalizem consigo próprios um contrato, para demonstrarem responsabilidade, autoridade, autonomia e integridade em todos os momentos de sua atuação. É preciso que busquem a compreensão dos relacionamentos, de seus valores, e que tenham uma visão atualizada dos serviços de saúde, sobretudo no ambiente de trabalho, seja ele civil ou militar, visto que constituem elementos fundamentais para a sobrevivência no processo de mudança atual. É preciso mudar posturas e para isso se requer motivação, persistência e amor pelo que se faz.

No corpo desse trabalho foi desenvolvido algumas categorias temáticas a fim de esclarecer o propósito do estudo, entretanto, considero de fundamental importância a subcategoria temática relacionada aos aspectos motivacionais e de satisfação do grupo. Nessa subcategoria, os valores agregados, tipo motivação, são

essenciais para o desenvolvimento de qualquer trabalho, visto que, almejar a satisfação do profissional é condição necessária à qualidade da assistência.

Recomendamos que não sejam poupados esforços para uma tentativa de implementação do Processo de Enfermagem em qualquer unidade, esse deve estar sempre voltado para as necessidades específicas de cada setor, satisfazendo anseios da instituição, da unidade, da equipe de enfermagem e da clientela a ser beneficiada com o processo; uma vez que embora árduo no início, os resultados não de ser sempre compensadores.

A implantação de um método assistencial não constitui um exercício simples, carece de esforço e determinação, espírito de liderança, planejamento, trabalho em equipe e envolvimento dos profissionais; entretanto, o final é sempre compensador, pois introduz novas metodologias de cuidado, que é o mínimo que se pode esperar do enfermeiro de nossos dias, que precisa ser antes de tudo um cientista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALBRECHT, K. *O Gerente e o estresse*. 2. ed. Rio de Janeiro: J.Z.E., 1990.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: Persona, 1977.

BENS, S. I.; PETERS, R. S. *Principles of political thought*. New York: Collier Books, 1964.

BENEDET, S. A. *Manual de diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básica e na classificação diagnóstica da NANDA*. Florianópolis: Bernúncia, 1998.

BUB, M. B. et al. *Proposta de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva*. Florianópolis: UFSC, 1993.

CAMPEDELLI, M. C. *Processo de enfermagem na prática*. São Paulo: Ártica, 1989.

CARPENITO, L. J. *Diagnósticos de Enfermagem. Aplicação à prática clínica*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

_____. *Plano de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M.A.E. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001.

CIANCIARULLO, T. I. et. al. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *Legislação*. Fortaleza, 2000.

CRUZ, D. A. L. M. *Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira*. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Série Didática: Enfermagem no SUS, 1997.

_____. Diagnóstico e prescrição de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 160-169, jan./jun. 1995.

_____. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação da saúde. *Rev. Brás. Enf. USP*. São Paulo, v. 21, n. especial, p. 68-76, 1987.

DANIEL, L. F. *A enfermagem planejada*. 3. ed. São Paulo: EPU, 1981.

DEFINIÇÃO e classificação – 1999/2000. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M. F. *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo*. Lisboa: Lusodidática, 1992.

FARIAS, J. N. et al. *Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa: Santa Maria, 1990.

FELISBINO, J.E. *Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica*. São Paulo: EPU, 1994.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FREIBERG, K. L. *Human development: a life span approach*. Boston: Jones and Barlett, 1987.

FRICK, W. B. *Psicologia humanista*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Tradução Regina Machado de Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

_____. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GUELER, R.F. *Guia prático de enfermagem*. 14. ed. São Paulo: Brasileira, 1997.

GOMES, A M. *Planejamento e organização da unidade de assistência de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1997.

GORDON, M. *Manual of nursing diagnosis*. St. Louis: Mosby, 1995.

HAGUETE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

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

IYER, P et al *Processo e diagnóstico de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KHRON, T. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança*. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P et al. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.

LARAIA, R.B. *Cultura: um conceito antropológico*. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEOPARDI, M.T. *Ciência e arte: um dialogo possível*. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Florianópolis, v. 5, n. 1 p. 11-17, jan./ jun., 2001.

MAAEN, J. V. Reclaiming qualitative organizational research a perface. In: *Administrative science quarterly*. v. 24, n.4, december, 1979. p.520-526.

MARIA, V. L. R. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: ANTUNES, M.J.M.; SILVA, M.T.N. *O uso do diagnóstico na prática de enfermagem*. Série didática; enfermagem no SUS, ABEn – Brasília: 1997, p. 77-85.

MARX, L.C.; MORITA, L.C. *Competências gerenciais na enfermagem: a prática do sistema primary nursing como qualitativo da assistência*. São Paulo: BH – comunicação, 2000.

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. 2. ed. New York: Harper & Row Publishers, 1970.

MATOS, S.S. et al. Necessidades humanas básicas: identificação da necessidade de educação continuada a partir da análise de conteúdo das anotações de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 299-307, dez. 1988.

MCNEESE-SMITH, D. K. A *Content anysis of staff nurse decriptions of job satisfaction and dissatisfaction*. *Al of Advanced Nursing*, v.29, n.6, 1999.

MINAYO, M. C.S. *O Desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitet-Abrasco, 1994.

MOHANA, J. *O mundo e eu*. 2. ed. Rio de Janeiro: AGIR, 1964.

NETINAS, S M et al *Pratica de enfermagem*. Rio de Janeiro: Koogan, 1998.

PAIM, L. *Problemas, prescrições e planos*. Rio de Janeiro: Caderno Científico – ABEn, 1978.

PAIM, R. C. N Plano assistencial e prescrição de enfermagem. *Rev. Brás. Enf*. Brasília, v. 29, n.3, p. 66-72, jul./set., 1976.

PAULA, W.K. *Releitura da teoria das necessidades humanas básicas*. Florianópolis: UFSC, 1993.

POTTER, P.A; PERRY, A G. Grande tratado de enfermagem prática: clinica e pratica hospitalar. São Paulo: Santos, 1996.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. *O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SILVA, E.S. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez. 1994. (Série Universitária).

SILVA, M.J.P. *Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989.

SILVA, S. H.; TAKITO,C; BARBIERE, D. L. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem no hospital escola. *Rev. Enf USP*, v. .1, p. 93-9, 1990.

SCHOLTES, P. R. *Times de qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade*. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1992

STANTON, M et al. Um resumo do processo de enfermagem. In: GEORGE, J B *Teorias de Enfermagem para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.30-50.

TEREZI, R. *Técnicas básicas em UTI*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1992.

WILKINSON, J. *Nursing process in action a critical thinking approach*. Califórnia: Addison-Wesley Nursing, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Leito:	Posto/Graduação:
Idade:	Sexo: () M () F	Procedência: () casa () pronto atendimento () outro: _____	Diagnóstico médico de baixa:
Religião: () católica () outras _____		Data / hora admissão: ___/___/___	
Estado civil: () solteiro () casado () outros _____		Contato (nome e tel): _____	

2. ENTREVISTA – ROTEIRO

Conhecer: motivo hospitalização/causa da doença/antecedentes pessoais e familiares/medicação de uso/capacidade aceitar tratamento e apreensão

Trocar: alimentação habitual/ preferências/hidratação/alteração peso/ eliminações/alterações relacionada a respiração, circulação e mucosas

Mover: atividade físicas/ sono e repouso/ vícios/ comportamento de manutenção da saúde

Perceber: descrição da maneira de ser (antes e depois da doença) / percepções sensoriais

Sentir: dor ou desconforto físico / reações mediante problemas

Relacionar: problemas relacionado ao trabalho, família e sexualidade/ reprodução e gestação/ constelação familiar/ sexualidade

Escolher: mudanças na vida/ métodos adotado para resolução de problemas

Valorar: preferência religiosa / importância na vida

Comunicar: modalidade da comunicação / impressões do entrevistado

Exame físico **Peso :** **Altura:** **T:** **P:** **R:** **PA:**

Regulação Neurológica

() Consciente () Orientado () Confuso () Agitado () Inconsciente () Coma () Outros: _____

Escala de Glasgow:

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
Espontânea (1)	Orientado (1)	Obedece à ordens (1)	
Atende ordem verbal (2)	Confuso (2)	Localiza dor (2)	
Resposta à dor (3)	Palavras inapropriadas (3)	Retira membro mas não localiza dor (3)	
Ausência de resposta (4)	Sons incompreensíveis (4)	Descorticação ao estímulo doloroso (4)	
	Ausência de resposta (5)	Ausência de resposta (5)	

Valores de referência – Glasgow: **3 a 8 coma grave / 9 a 12 coma leve / 12 a 15 não há coma**

Pupilas: () isocóricas () anisocóricas () D>E () E<D () fotorreagentes _____
 Membros: () sem alteração () plegia () paresia () parestesia Obs: _____

Cabeça / Pescoço

Couro cabeludo: () Sem alteração () Alopecia () Cicatriz () Lesão () Fontanela

Obs: _____

Olhos: () sem alteração () Hiperemia () Uso de óculos/ lentes () Nistagmo () Diplopia () catarata
() deficiência visual. Qual? _____ obs: _____

Nariz: () sem alteração () epistaxe () obstrução Obs: _____

Orofaringe: () sem alteração () uso de prótese () sucção () lesão - tipo: _____
() disfalia () dislalia () afasia () gânglios - local: _____

Mucosa: () corada () descorada () hidratada () desidratada () cianótica () acianótica () ictérica () anictérica
Obs: _____

Pescoço: () sem alteração () rigidez de nuca () gânglios Obs: _____

Integridade Cutâneo-Mucosa / Atividade Física / Cuidado Corporal

Textura: () áspera () lisa Umidade: () normal () ressecada

Cor: () ictérica () anictérica () cianótica () acianótica () pálida () rubor

Tugor: () diminuído () normal () prurido

Outros () edema _____ () hematoma _____ () úlcera de decúbito: local _____
() escoriações _____

Muscular: () sem alteração () mialgia () atrofia Obs: _____

Esquelético: () sem alteração () lordose () cifose () escoliose () tração / placas / pinos () locação
Obs _____

Locomoção: () deambula () deambula com ajuda () não deambula

Higiene pessoal: () realizada pela enfermagem () realizada com auxílio () auto-suficiente

Oxigenação / Regulação Vascular

Tórax: () sem alteração () sistêmico () fratura _____ () drenos _____ () cateter central _____

Padrão respiratório: () espontâneo () traqueostomizado () cateter O2 () máscara ventura _____ () TOT () eupneico
() dispnéico () taquipneico () tosse () expectoração - cor / aspecto: _____

Ruídos adventícios: () pulmões livres () roncos () sibilos () estertores Obs _____

Mamas: () sem alteração () presença de nódulos _____ () mastectomia _____

Obs: _____

Pulso: () ritmo () arritmo

Pulsos periféricos: () presente () ausente () cheio () filiforme
perfusão capilar _____ pulso central _____

Dor torácica: () presente () ausente Tipo _____

Obs _____

Cateteres

arterial intracath flebotomia gelco/ scalp port-a-cath duplo lúmen single lúmen tenckhoff outros
Local de inserção: _____

Alimentação / Hidratação / Eliminação

Abdome: plano distendido globoso timpânico RHA presente doloroso **palpação** SNG flácido

SNE SOG hematêmese gastrostomia jejunostomia colostomia vômitos _____ / dia
 drenos _____ Obs _____

Hábito intestinal: frequência _____ / dia flatulência obstipação diarreia _____ / dia melena
Obs _____

sem alteração disúria hematúria nictúria poliúria incontinência SDV anúria concentrada
 micção espontânea uripen presença sedimentos límpida Obs _____

Feminino: sem alteração leucorréia amenorréia menopausa DST _____
Períneo: sem alteração hiperemia lesão obs _____
Masculino: sem alteração presença de secreção _____ edema DST _____
Obs: _____

Percepção dos Órgãos e sentidos / Sono e Repouso

Dor: localização: _____ tipo: _____
Sono e Repouso _____

4. IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

padrão respiratório ineficaz diminuição débito cardíaco troca de gases prejudicada eliminação traqueobrônquica ineficaz risco para infecção integridade da pele prejudicada excesso/déficit de volume de líquido intolerância a atividade constipação/diarreia déficit do auto-cuidado higiene corporal/oral/alimentação nutrição alterada déficit do conhecimento comunicação prejudicada senso de percepção alterada termorregulação ineficaz perfusão tissular periférica alterada distúrbio no padrão do sono Outros _____

Data: ___/___/___ Hora: _____ Tempo p/ preenchimento _____ Enfermeiro:
(assinatura e carimbo) _____

APÊNDICE D

ESTUDO DE CASO

OBS:

- Foi solicitado uma enfermeira para elaborar um estudo de caso de um paciente da UTI.
- Foi trabalhado com o grupo o estudo de caso desenvolvido, tendo como parâmetro o referencial de Horta e a classificação diagnóstica da NANDA.

1. Histórico de Enfermagem

E.T.O, 79 anos feminino, morena, casada, aposentada, católica, chegou na UTI ontem as horas em maca, proveniente da enfermagem consciente, orientada, referindo “falta de ar intensa. Transportada para ao leito, instalado máscara de venturi com FO₂=0,5, monitorização cardíaca e oximetria de pulso registrando FC=101, RCSI, FR=32, Sat O₂= 88%. Realizado gasometria arterial evidenciou acalose respiratória, for realizado intubação orotraqueal , instalado ventilação mecânica e mantido sedação contínua em ausculta pulmonar com estertores bibasais, bulhas cardíacas rítmicas. Abdome globoso, RHA presente; mastectomizada à esquerda. SNG em aspiração, pouco resíduo gástrico, SVD com diurese límpida, abocath na jugular externa à esquerda. Cateter Single lumen na região infraclavicular à direita, edemaciado as mãos, pulso distal fraco e baixa perfusão periférica de membros superiores e inferiores. Ertema e edema uretral. Em uso de dormonid, fentanil, aminofilina, hidratação venosa com bomba infusora. Enf. A COREN-CE 48418

2. Diagnosticos de Enfermagem

1. Déficit de autocuidado higiene corporal relacionado com a presença de ventilação mecânica.
2. Eliminação traqueobrônquica ineficaz relacionado a ventilação mecânica e a sedação.
3. Perfusão tissular periférica alterada.
4. Padrões de eliminações urinárias alterados relacionados à hipersensibilidade.
5. Déficit no autocuidado: alimentação relacionado à presença de SNG.
6. Mobilidade física prejudicada relacionado à ventilação mecânica.

7. Integridade de pele prejudicada à inserção de cateter em subclavica direita e abocath na jugular externa esquerda.

3. Prescrições de Enfermagem / aprazamento

1. Realizar higiene oral com cepacol 3 X ao dia - (M; T; N)
2. Realizar higiene corporal ao leito - (M; T; N)
3. Manter cabeceira elevada de 30 a 45° - (Contínuo)
4. Aspirar secreções endotraqueais de 2/2hs, s/n anotado aspecto e quantidade de secreções - (08, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 02, 04, 06)
5. Manter SNG em gravidade por 30 min antes da gavagem - (08:30, 11:30, 14:30, 17:30, 20:30, 05:30)
6. Instalar gavagem com fluxo lento se ausência de resíduo gástrico - (9, 12, 15, 18, 21, 06)
7. Lavar SNG com 40 ml após gavagem - (11, 14, 16, 20, 23, 08)
8. Manter lençóis esticados evitando dobras - (contínuo)
9. Aplicar óleo triglicérido em região dorsal, glútea e proeminência óssea 3 vezes ao dia - (08, 14, 22)
10. Realizar mudança de decúbito de 2/2hs - (06, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 02, 04, 06)
11. Trocar curativo em inserção de cateter de subclavica direita com SF 1 X DIA, a cada hora anotando condições de pele ao redor do cateter - (08)
12. Trocar curativo da inserção do julgo em jugular externa e com SF 1 vez ao dia a cada 48 horas - (08)

4. Evolução de Enfermagem

Entubação orotraqueal, sob ventilação mecânica, mucosa hipocradas, edemaciadas na extremidade, SNG para gavagem em curso, aspirado secreção purulenta, fluida, média quantidade pelo TOT, VAS. Sedação com dormonid, fentanil, hidratação venosa e aminofilina em BIC, por cateter na subclávia direita e abocath na jugular esquerda, auscultar pulmonar presença de estertores nas bibasais, abdome globoso, timpânico e baixa perfusão capilar periférica, pés frios e cianótico. FC= 101, RCSI Sat 02, 92% FR= 16 Região sacra hiperemiada em pequena extensão. Enf ° A COREN-CE 48418

**IMPRESSO UTILIZADO PARA A AVALIAÇÃO DAS ANOTAÇÕES DE
ENFERMAGEM NOS INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM**

Parte -A

1. Identificação

Nome do Paciente.....

Unidade.....Data.../.../.....

2. Anotações de enfermagem nos instrumentos do Processo de Enfermagem:

Em relação ao conteúdo das anotações

() completo () incompleto

Em relação a como fazer as anotações de enfermagem

() completa () incompleta

Em relação ao momento das anotações de enfermagem

() correta () incorreta

Parte –B

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

1. Em relação ao conteúdo das anotações de enfermagem

Conceito	Significado
Completo	Apresenta as condições gerais do paciente, como: estado mental, condições físicas, sinais e sintomas, intercorrências no tratamento e cuidados prestados; dados referentes as necessidades humanas básicas.
Incompleto	Quando não apresenta itens que relata as condições gerais do paciente e/ou suas necessidades humanas básicas.

2. Em relação a como fazer as anotações de enfermagem

Conceito	Significado
Completo	Contendo todos os impressos dos instrumentos do Processo de Enfermagem e regras de como registrar no prontuário tipo: cabeçalho completo c/ identificação do paciente, data, horário, tempo de preenchimento do histórico de enfermagem, checagem da prescrição de enfermagem, assinatura, conteúdo completo e conciso, sem rasuras e apresentando terminologia científica
Incompleto	Faltando impressos dos instrumentos do Processo de Enfermagem e/ou quebra das regras de como se registrar nos prontuários; conteúdo incompleto e prolixo, ilegível, com rasuras e/ou apresentando terminologia inadequada

3. Em relação ao momento as anotações de enfermagem

Conceito	Significado
Correto	Realizado imediatamente após cuidado prestado ou da observação
Incorreto	Não realizado e/ou muito depois de realizado o cuidado ou da observação

DIÁRIO DE CAMPO / ANOTAÇÕES

Roteiro de Observação	Anotações de Campo / Data
Elaboração Histórico e Diagnóstico	
Validação do Histórico e Diagnóstico	
Alcance dos objetivos do treinamento	
Estratégias e recursos didáticos	
Processo de Avaliação	
Coleta de dados (item identificação)	
Coleta de dados (item entrevista)	
Coleta de dados (item exame físico)	
Coleta de dados (item impressão enf ^o)	
Elaboração do diagnóstico	
Estabelecimento das prescrições enf	
Evolução enfermagem	
Anotações de enfermagem aspectos:	
- identificação	
- conteúdo das anotação	
- Como anotar	
- quando anotar	
Outras itens a observar:	

Anotações no Diário de Campo

São resultados contidos nas anotações no diário de campo, estão agrupados como se segue:

1. Relativo a integralização e implementação do Processo de Enfermagem na UTI:

- Roteiro de entrevista no histórico, quanto aos itens: perceber, relacionar, e valorar;
- Divergência na escala de Glasgow.
- Dificuldade na correlação entre o histórico e diagnóstico de enfermagem.
- Tempo para relacionar o diagnóstico de enfermagem adequado;
- Dificuldade no exame físico, itens: ausculta pulmonar e cardíaca.
- Falha na diagramação do histórico, quanto ao espaço.
- O diagnóstico de baixa foi muito valorizado..
- O item da entrevista tipo: valorar, escolher e relacionar não ficou claro para os enfermeiros...
- O Histórico de enfermagem ficou extenso...
- Instrumentos do P.E., não aplicado em pacientes paciente cirúrgicos.
- Atividades burocráticas interferindo no P.E.
- Intercorrências no estado de saúde dos pacientes;
- Na coleta de informações, faltou itens relativo a identificação dos instrumentos em sempre se colhia todas as informações necessárias do paciente por ocasião da admissão, principalmente relativa aos itens que dizem respeito a situação do militar (posto/graduação e prec-cp);
- Falta de impressos nos prontuários nos finais de semana;
- Em boa parte dos pacientes cirúrgicos não foi realizado o P.E...
- A coleta de dados era insuficiente em pacientes inconscientes ou intubados;
- Durante a alta, do paciente no período da manhã, dificilmente se realizava a prescrição do dia, pois não haveria continuidade do Processo de Enfermagem no setor de destino;

- O diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz relacionado a que item da prescrição..
- Na maioria das evoluções de enfermagem, não relataram mudança da situação originária do paciente, por ocasião da admissão ou frente as intervenções já realizadas;
- Falta de prática na aplicação do histórico e do diagnóstico de enfermagem, para melhor selecionar as intervenções de enfermagem;

2. Específicas em relação às anotações de enfermagem:

- Não houve continuidade por parte dos auxiliares, principalmente em relação à checagem das prescrições apazadas, surgiu traços, círculos ou simples ausência...
- Predominância de termos relativos a dieta oferecida, sono e repouso, diurese presente ou eliminações fisiológicas normais e responde as solicitações verbais..
- No plantão agitado, em determinados períodos as anotações estavam ausentes..
- Houve falta da assinatura do profissional e carimbo funcional tanto na prescrição de enfermagem, quanto nas anotações;
- Nas anotações de enfermagem, não havia correlação na checagem com o motivo, pois a preocupação com a prestação do cuidado é maior do que as anotações de enfermagem;
- Abreviaturas muito comuns: svd, sng, atb e termos militares tipo: jisg, baixado.
- As evoluções de enfermagem relatavam se limitavam a descrever ou citar sinais vitais, hidratação, uso de drogas vasoativas, nível de consciência, eliminações (presentes ou ausentes) e aceitação da dieta (oral ou por sonda);
- Quanto às anotações de enfermagem, o item data e hora nos impressos estavam na maioria das vezes em branco;

3. Relativas ao treinamento:

- O modelo teórico utilizado foi bem aceito, uma vez que o grupo de enfermeiros demonstrou conhecer os pilares do referencial teórico;

- Fiquei disposta a ler sobre o assunto...
- A parte prática e teórica foi enriquecedora, o instrutor usou bem os recursos..
- O treinamento foi claro, tirou dúvidas...
- A aplicação do estudo de caso facilitou o aprendizado..
- A avaliação somativa se fez necessária;
- O curso poderia ter mais tempo e fornecer material didático mais abrangente..
- Algumas enfermeiras dizem uma coisa, outras dizem outra referindo-se as orientações recebida para checagem.....
- Alcance do objetivo geral plenamente atingido no treinamento;
- Necessidades de maior aprofundamento de conteúdo teórico sobre exame físico e diagnóstico de enfermagem
- Recursos audiovisuais atenderam ao treinamento;
- Restrita carga horária teórica para o treinamento;
- Falta de tempo foi mais citado pelos grupos I e II, para operacionalizar os instrumentos do Processo de Enfermagem na UTI;
- O processo de comunicação entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, divergiu, na forma de assimilação do conteúdo repassado no treinamento, ou seja, o modo de proporcionar o atendimento das reais necessidades do paciente;
- Foi sugerida a participação direta da enfermeira da educação continuada, na fase de implantação;
- Tanto o grupo I, quanto o II estiveram motivados durante o treinamento;

4. Gerais:

- Solicitação da enfermeira para tudo...
- O grupo II mostrou-se insatisfeito em relação a questões salariais, enquanto o grupo I mostrou-se insatisfeito em relação a autonomia profissional;
- Falta de recursos humanos para trabalhar;
- Falta de tempo..
- Falta de interesse em fazer o P.E...
- Sugeriram colocar uma secretaria na UTI, para auxiliar nas tarefas burocráticas;

- Determinação da chefia de enfermagem imediata, motivando e incentivando o grupo a tornar-se referência no hospital;
- No ambiente da UTI há com infecção, negligência dos colegas, prejudica a implementação do P.E.
- Risco de contaminar-se com agulhas, ruídos (falam muito alto, próprios equipamentos), dificulta o P.E...
- Carga horária de trabalho diminui o rendimento...
- Ambiente bom, mas com pressões pelo militar;
- A rotina da UTI favoreceu a aplicação dos instrumentos do P.E., por já existir a prescrição e evolução de enfermagem;
- Orgulho de ser da UTI do Exército...
- Podemos providenciar frascos de dietas para a lavagem dos látex....
- O chefe está muito envolvido com o P.E...
- O P.E. é importante, paciente grave necessita de uma atenção mais detalhada..
- O P.E. é importante se fosse prático e todos participassem...
- O P.E. é uma necessidade que vai permitir um cuidado qualificado...
- Sem dúvida vai trazer uma melhoria do cuidado e satisfação do grupo..
- Não adianta criar impressos se ninguém segue ou aceita..
- Ajuda no reconhecimento aqui no Exército...
- Define melhor o papel da enfermeira...
- Porque não usar o diagnóstico da NANDA..
- Podemos criar impresso só para os procedimentos invasivos..
- Soldado x encaminhe a amostra de sangue, acondicionada no isopor até o Hemoce, dê o retorno...
- A liderança dos enfermeiros na aplicação do estudo foi plenamente atingida, principalmente nos grupos de auxiliares de enfermagem do noturno;
- Alguns auxiliares de enfermagem denotaram insatisfação com relação a remuneração, falta de pessoal e quanto a determinados enfermeiros por serem essencialmente burocratas dentro da UTI;
- O momento de anotar, ou seja, o quando anotar, na maioria das vezes não era seguido pelos profissionais de enfermagem;
- O stress, provocado pelo ambiente da UTI restringe o bom rendimento do profissionais;

- É necessário apreender a transmitir informações a outros enfermeiros, sem ter conotações de ordens;
- As anotações de enfermagem subsequente se tornaram repetitivas em alguns casos, devido à falta de leitura das anotações do plantão anterior;
- Havia enfermeiros mais preocupados na execução das prescrições médica;
- Tanto os enfermeiros, quanto auxiliares relataram não haver tempo para reciclagem ou aprimoramento profissional, devido a necessidade de ter outro emprego, conseqüentemente carga horária de trabalho maior;
- Baixa taxa de absenteísmo durante o treinamento, provavelmente relacionada à compensação por folga em serviço.

ANEXOS

**Relação dos Diagnósticos de Enfermagem aprovados pela NORTH AMERICAN
NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION**

- Ajustamento prejudicado
- Alteração sensorio/perceptiva (especificar) – visual, auditiva, sinestésica, gustativa, tátil, olfativa
- Amamentação, eficiente
- Amamentação, ineficiente
- Angústia espiritual
- Angústia, antecipada
- Angústia, disfuncional
- Ansiedade
- Aspiração, potencial para
- Auto-estima, diminuição crônica
- Auto-estima, distúrbio crônica
- Auto-estima, distúrbio da
- Auto-estima, situacional, diminuídas
- Comportamento de busca da saúde (especificar)
- Comunicação, verbal prejudicada
- Conflito, decisional
- Conflito, papel de pai
- Constipação
- Constipação, de cólon
- Constipação, percebida

- Controle do manejo do lar, prejudicado
- Crescimento e desenvolvimento alterados
- Déficit de atividade de lazer
- Déficit de auto cuidado: banho/higiene, vestir-se/enfeitar-se, alimentar-se e uso do vaso sanitário
- Déficit de conhecimento (especificar)
- Déficit do volume de fluido
- Déficit do volume de fluido, potencial
- Desesperança
- Diarréia
- Disfunção sexual
- Disreflexia
- Distúrbio de identidade pessoal
- Distúrbio da imagem física
- Distúrbio do padrão de sono
- Dor
- Dor, crônica
- Eliminação urinária, padrões alterados de
- Enfrentamento, defensivo
- Enfrentamento, a família: potencial para aumento
- Enfrentamento, familiar-ineficaz: comprometido
- Enfrentamento, familiar-ineficaz: incapacitado
- Enfrentamento, individual ineficaz
- Engolir, prejudicado
- Envenenamento, potencial para

- Excesso de volume de fluido
- Fadiga
- Ferimentos, potencial para
- Hipotermia
- Hipertermia
- Impotência
- Incontinência, estresse
- Incontinência, funcional
- Incontinência, intestinos
- Incontinência, reflexa
- Incontinência, total
- Incontinência, urgência
- Infecção, potencial para
- Insubmissão
- Integridade da pele, potencial prejudicada
- Integridade da pele, prejudicada
- Integridade do tecido, prejudicada
- Interação social, prejudicada
- Intolerância à atividade
- Intolerância à atividade, potencial
- Isolamento social
- Limpeza de vias aéreas, ineficaz
- Manutenção da saúde, alterada
- Medo
- Membrana da mucosa oral, alterada

- Mobilidade, física
- Negação, ineficaz
- Negligência unilateral
- Nutrição, alterada: mais que o corpo exige
- Nutrição alterada: menos que o corpo exige
- Nutrição alterada: potencial para mais do que o corpo exige
- Padrão respiratório, ineficaz
- Padrões de sexualidade, alterados
- Paternidade, alterada
- Paternidade, alterada: potencial
- Perfusão dos tecidos, alterada (especificar o tipo: cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, periférico, renal) prejudicada
- Processos de pensamento, alterados
- Processos familiares, alterados
- Proteção, alterada
- Reação a trauma de estropo
- Reação pós-trauma
- Regulagem de temperatura, ineficaz
- Rendimento cardíaco, diminuído
- Retenção urinária
- Síndrome de trauma de estropo: reação composta
- Síndrome de trauma de estropo: reação silenciosa
- Síndrome do desuso, potencial para
- Sufocamento, potencial para
- Temperatura do corpo, potencial alterado

ANEXO C

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO