

Wanda de Aguiar Horta

PROCESSO DE ENFERMAGEM

€ . P . U .

CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Câmara Brasileira do Livro, SP

Horta, Vanda de Aguiar.
H811p Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar
Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Cas-
tellanos. — São Paulo : EPU 1979.

Bibliografia.

1. Enfermagem como profissão 2. Enfermagem
— Estudo e ensino 3. Enfermeiros e enfermagem
4. Prática de enfermagem I. Castellanos, Brigitta
Elza Pfeiffer. II. Título.

79-1446

CDD-610.7
-610.73

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem : Ciências médicas 610.73
2. Enfermagem : Estudo e ensino 610.7
3. Enfermagem como profissão 610.73
4. Prática de enfermagem : Ciências médicas 610.7

Wanda de Aguiar Horta
Professora Titular da Escola de Enfermagem da USP

Processo de Enfermagem

Com a colaboração de
Brigitta E. P. Castellanos

Professora Assistente da Escola de Enfermagem da USP

E.P.U.  EDITORA PEDAGÓGICA
E UNIVERSITÁRIA LTDA.

Sumário

Prefácio	VII
Parte I: Filosofia, teoria e ciência de enfermagem	1
Filosofia de enfermagem	3
Ciência e teoria	4
Teorias de enfermagem	9
Teoria das necessidades humanas básicas	27
Parte II: Processo de enfermagem	33
Introdução	35
Histórico	37
Necessidades humanas básicas	38
Histórico de enfermagem	41
Histórico de enfermagem simplificado	48
Diagnóstico de enfermagem	57
Plano assistencial	65
Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem	66
Evolução de enfermagem	67
Prognóstico de enfermagem	68
Consulta de enfermagem	68
Síndromes de enfermagem	72
Parte III: Aplicação do processo de enfermagem	75
1.º Exemplo	77
2.º Exemplo	83
3.º Exemplo	88
4.º Exemplo	93
Referências bibliográficas	97

16ª Reimpressão, 2005

ISBN 85-12-12190-4

© E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1979. Todos os direitos reservados.
A reprodução desta obra, no todo ou em parte, por qualquer meio, sem autorização expressa e por escrito da Editora, sujeitará o infrator, nos termos da Lei nº 6.895, de 17-12-1980, à penalidade prevista nos artigos 184 e 186 do Código Penal, a saber: reclusão de um a quatro anos.

E. P. U. - **Telefone** (0++11) 3168-6077 - **Fax**. (0++11) 3078-5803

E-Mail: vendas@epu.com.br **Site na Internet**: <http://www.epu.com.br>

R. Joaquim Floriano, 72 - 6º andar - salas 65/68 - 04534-000 São Paulo - SP

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Prefácio

Com o processo de enfermagem a profissão atingiu sua maioridade. Nos Estados Unidos da América do Norte ele vem sendo sistematizado. Os serviços de auditoria valorizam sua aplicação creditando as instituições onde é utilizado. No Brasil ainda estamos nas fases iniciais da implantação do processo e este fato se deve à insuficiente literatura sobre o assunto.

Reunimos aqui todos os artigos sobre o tema, publicados em várias revistas, acrescentamos outros inéditos, com o objetivo de fornecer às(aos) enfermeiras(os) subsídios que venham tornar mais fácil, na prática, sua introdução aos procedimentos correlacionados à aplicação do processo de enfermagem.

A autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem.

Com a publicação deste livro temos também a intenção de servir aos alunos do curso de graduação de enfermagem e obstetrícia, procurando introduzi-los à compreensão do processo de enfermagem. Através de exemplos procuramos mostrar a sua exequibilidade, afastando dúvidas e aplicando operacionalmente a metodologia científica.

Esperamos poder assim atender às necessidades de todas(os) as(os) colegas e estudantes e que este trabalho possa servir ao objetivo final que perseguimos: a continuada melhoria do nível teórico da enfermagem em nosso país.

Parte I

Filosofia, teoria e ciência de enfermagem

Filosofia de enfermagem

Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria. Embora esta muitas vezes não apareça de maneira clara e por escrito, percebe-se que todos os cientistas, daquele ramo do saber humano, estão ligados entre si por comum unidade de pensamento: na filosofia científica.

A filosofia leva à Unidade de pensar, e este pensar se dirige à busca da Verdade, do Bem e do Belo.

A enfermagem, como os outros ramos do conhecimento humano, não pode prescindir de uma filosofia unificada que lhe dê bases seguras para o seu desenvolvimento.

Filosofar é “pensar a realidade”, é “uma interrogação”. Inúmeros são os conceitos de filosofia, mas todos eles têm em comum: o Ser, o Conhecer e a Linguagem.

O Ser “é aquilo que é”, é a realidade. Na enfermagem distinguimos três Seres: o Ser-Enfermeiro, o Ser-Cliente ou Paciente e o Ser-Enfermagem.

O Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é *gente* que cuida de *gente*.

O Ser-Cliente ou Paciente pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade; em última análise, são seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade.

Quando o Ser-Enfermeiro está isolado, ele não exerce enfermagem a não ser consigo mesmo. Para que surja o Ser-Enfermagem é indispensável a presença de outro ser humano, o Ser-Cliente ou Paciente. Do encontro do Ser-Enfermeiro com o Ser-Cliente ou Paciente surge uma interação resultante das percepções, ações que levam a uma transação; neste momento surge o Ser-Enfermagem: um Ser abstrato, um Ser que se manifesta na interação e transação do Ser-Enfermeiro com o Ser-Cliente ou Paciente. O Ser-Enfermagem é um Ser que tem como objeto assistir às necessidades humanas básicas. Está, portanto, intrinsecamente ligado ao ser humano. Esta

assistência ao ser humano ocorre no ciclo saúde-enfermidade e em qualquer fase do ciclo vital. O Ser-Enfermeiro aparece na iminência ou na transcendência da ação de Enfermagem. O aspecto iminente da ação do Ser-Enfermeiro surge naquilo que é rotineiro, cotidiano, mas não fica a ele limitado. Para atingir sua plenitude de ação o Ser-Enfermeiro se subtranscende e pode alcançar assim os níveis mais elevados do Ser-Enfermagem.

Transcender o Ser-Enfermagem é ir além da obrigação, do “ter o que fazer”. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento. É usar-se terapêuticamente, é dar calor humano, é se envolver (sem base neurótica) com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão. Esta transcendência assume um caráter mais importante no binômio vida-morte. Ajudar a vir ao mundo um novo ser, nele ver todo o potencial que se desenvolverá, o mistério da vida, é transcendental. A morte, fim inevitável de todos nós, é a ocasião única para a transcendência do Ser-Enfermagem, no exato momento em que ajuda outro ser a crescer e se autotranscender na passagem para uma outra vida, da qual pouco ou nada sabemos, mas que, com a ajuda do Ser-Enfermeiro, o ser humano suporta sem temor, em paz, com segurança. Obter este resultado leva o Ser-Enfermeiro aos píncaros da Transcendência do Ser-Enfermagem. É uma experiência única e que jamais se repete por igual.

Ciência e teoria

É a enfermagem uma ciência?

Vejamos algumas definições de ciência: “Conjunto de conhecimentos organizados e sistematizados”; “uma atividade humana desenvolvendo um conjunto crescente, do ponto de vista histórico, de técnicas, conhecimentos empíricos e teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural”; “uma apresentação da realidade pela inteligência, por uma sistematização de conceitos, pressupostos. . .”

Diante desses conceitos analisemos qual seria o possível posicionamento da enfermagem. Dentro do primeiro conceito ela não se situa porque, embora tendo um corpo de conhecimentos, estes não se encontram organizados e sistematizados. No segundo conceito a enfermagem enquadra-se plenamente, pois é uma atividade humana

que acumulou conhecimentos empíricos do ponto de vista histórico e de maneira crescente; já conta com teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural. Responde parcialmente ao terceiro conceito, pois é uma apresentação da realidade pela inteligência, mas ainda não sistematizada, embora tenha conceitos e pressupostos.

Teoria é o aparelho conceptual. Representa um mundo ou realidade possível ou, segundo LAHR, “um conjunto de leis particulares mais ou menos certas, ligadas por uma explicação comum, toma o nome de sistema ou teoria”; “é um conjunto logicamente ordenado, de proposições hipotéticas, conceitos e definições, que visa explicar uma ou mais classes de eventos naturais”; “estabelece relações entre fatos”; “é um sistema ou estrutura conceitual criado para algum propósito ou objetivo”. A teoria não é um assunto pessoal, sonho ou fantasia, filosofia ou só taxonomia.

Ciência e teoria não são contemplativas, são práticas. Ciência é “práxis”, é vontade de poder. Técnica é vontade de poder efetuada.

A teoria é importante como guia de ação (não diz como agir, mas diz o que acontecerá atuando-se de uma certa maneira), um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência.

Níveis de teoria

Segundo DICKOFF e JAMES, as teorias se classificam em quatro níveis:

- I — isolamento de fatores;
- II — relacionamento de fatores;
- III — relacionamento de situações (preditivas);
- IV — produtora de situações (prescritiva).

As teorias de nível I isolam e classificam os elementos pelos fatores. Como exemplo nós temos as classificações zoológicas, botânicas e os 21 problemas de FAYE ABDELLAH. As teorias de nível II estabelecem relações entre os fatores. Temos como exemplo a anatomia, a fisiologia.

Os dois primeiros níveis de teoria são estáticos, os demais são dinâmicos.

As teorias de nível III relacionam situações, são inibidoras ou produtoras; as teorias enzimáticas são exemplos típicos deste nível de teoria. Só ocorre o fenômeno B se A estiver presente; o fenômeno pode ser acelerado ou inibido. A teoria de enfermagem de MARTHA ROGERS é de nível III.

A teoria de nível IV (prescritiva) é produtora de situação. Estas teorias prescrevem todos os elementos ou fatores para que a

situação A ocorra e quais serão seus resultados. A teoria das necessidades humanas básicas em enfermagem é de nível IV, a teoria da adaptação de Sister CALLISTA ROY é também de nível IV.

As teorias de nível IV têm as seguintes características:

a) especificam um *objetivo-conteúdo* como finalidade da atividade;

b) prescrevem o necessário para a atividade realizar o *objetivo-conteúdo*;

c) dispõem de uma “lista de levantamento” (*survey list*) que serve como suplemento à presente prescrição e como preparação para futura prescrição para a atividade atingir o *objetivo-conteúdo*. A “lista de levantamento” orienta a atividade prática à luz da teoria, serve como assessoramento da teoria, permite pesquisa para validar a teoria ou especular sobre ela.

Os componentes da “lista de levantamento” são:

agente — quem ou o que faz a atividade;

paciente — quem ou o que é recipiente da atividade;

estrutura — qual é o ponto final ou fim da atividade;

procedimento — qual é o processo orientador, técnica ou protocolo da atividade;

dinâmica — qual é a fonte de energia para a atividade, se química, fisiológica, biológica, mecânica, psicológica etc.

Na enfermagem é aconselhável que as teorias sejam de nível IV, são urgentes e devem preencher as seguintes características: finalidade e/ou escopo, complexidade, utilidade, valores implícitos, validade, geradora de informações, terminologia própria.

Ciência de enfermagem

É a enfermagem uma ciência? Tentar-se-á responder a esta pergunta que foi, é e será objeto de debates e controvérsias.

Num retrospecto da história da ciência, deparamo-nos com o seguinte processo evolutivo. A ciência era una, global e geral, mas à medida que os conhecimentos científicos foram se desenvolvendo e acumulando houve divisão e subdivisão em novas ciências, que por sua vez se especializaram em outras, criando deste modo um verdadeiro “caos” científico. Hoje, com a cibernética e a teoria dos sistemas, há uma tendência unificadora dos conhecimentos científicos em uma Ciência do Universo, englobando leis que regem todos os fenômenos naturais. Não obstante esta unificação, os ramos de conhecimentos desta ciência única constituem áreas próprias de investigação

para determinar seu corpo de conhecimentos organizados e sistematizados, porém ligados por leis gerais à Ciência do Universo.

O que é o conhecimento científico?

É uma representação objetiva, um conjunto formal ou operacional de proposições; é metódico e sistemático.

O que é ciência?

O conhecimento científico passa a ser ciência quando se organiza num sistema de proposições demonstradas experimentalmente e que se relacionam entre si. “É uma apresentação da realidade à inteligência feita mediante sistemas elaborados e propostos pela própria inteligência.”

O que caracteriza uma ciência?

A indicação clara de seu objeto, sua descrição, explicação e previsão. O objeto do conhecimento científico não é o ser, porque este é por si próprio inobjetivável. O objeto da ciência é o ente concreto que se revela ao homem; por sua vez, todo ente está no habitáculo do ser. Um único ser pode ter seus entes concretos como objeto de várias disciplinas científicas. O ser humano, estudado pelas ciências hermenêuticas, ciências interpretativas, é um exemplo típico. A psicologia, a sociologia, a história, a economia, a administração, a antropologia, a medicina etc., cada uma destas ciências tem seu ente próprio, todas elas têm um único habitáculo, o ser humano.

A enfermagem como ciência

A enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural.

Partindo-se dos conceitos expostos na introdução deste trabalho, a enfermagem pretende alcançar o desvelamento de um ser, o ser humano (indivíduo, família, comunidade); como este é, por sua própria definição, inobjetivável, a enfermagem determina seu objeto e os entes que têm como habitáculo este ser. O objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da enfermagem.

Descrever estes entes, explicá-los, relacioná-los entre si e pre-dizer sobre eles — eis, em síntese, a ciência da enfermagem.

Como ciência que visa o ser humano, a enfermagem se classifica dentro das ciências hermenêuticas.

A enfermagem se constitui numa ciência porque:

1) Os fenômenos que estuda são reais e passíveis de experimentação.

2) As teorias já desenvolvidas exprimem relações necessárias entre os fatos e os atos.

3) Suas conclusões estão dentro da certeza probabilística que explica não só as ciências hermenêuticas, como as empírico-formais e até a física, considerada ciência formal ou positiva.

Bases para uma ciência de enfermagem

Fundamentando-se na teoria das necessidades humanas básicas, que é uma teoria de nível IV, prescritiva, isto é, tem agente, recipiente, término ou fim, processo, estrutura e dinâmica e da qual derivam conceitos, proposições e princípios, propõe-se a sistematização e organização dos seguintes conhecimentos científicos:

1) O ser

O conhecimento do ser humano — indivíduo, família e comunidade dentro de seu ecossistema. A natureza do ser, as leis que o regem no universo, no tempo e no espaço, seu dinamismo e as trocas de energia com seu ecossistema.

2) O objeto

O conhecimento das teorias de enfermagem, o processo, a assistência, os cuidados, síndromes, níveis de atendimento de enfermagem.

3) O ente

As necessidades humanas básicas classificadas para fins de sistematização nos três níveis de JOÃO MOHANA*: a) psicobiológicas; b) psicossociais; c) psicoespirituais.

Cada necessidade será conceituada à luz dos conhecimentos científicos que as determinam, os sinais e sintomas que caracterizam seu não-atendimento ou a inadequação dos meios para sua satisfação. Em todas as necessidades estudadas serão incluídos os fatores que modificam suas manifestações e atendimento, a correlação entre eles e os seus níveis de satisfação.

* HORTA, W. A. "Bases of a Nursing Science". *Enf. Novas Dimensões*, 1 (3): 105-106, 1975.

Teorias de enfermagem*

Introdução

Na década de 60 surgiram as primeiras teorias de enfermagem procurando relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem.

Algumas destas teorias, como a sinérgica, relacionam-se mais com o cuidado de enfermagem do que a enfermagem em si.

A teoria homeostática segue a teoria dos sistemas, sendo assim muito limitada.

As teorias de IMOGENES KING e MARTHA ROGERS não têm nome específico, por isso são denominadas pelos nomes de suas autoras.

Com exceção da teoria da adaptação, que é de nível IV, as demais são de nível III.

Apresentaremos a seguir o resumo das principais teorias de enfermagem desenvolvidas por enfermeiras norte-americanas.

Teoria homeostática

Como ciência, a enfermagem, na busca do correlacionamento de seus conhecimentos, vem desenvolvendo teorias que procuram explicar seus eventos referentes ao universo natural.

Em 1961, WANDA McDOWELL apresentou o relacionamento entre enfermagem e homeostasia, concebendo, em consequência, um sistema para a administração do cuidado do paciente. Ela aplicou o conceito de homeostasia e o de retroalimentação negativa de uma maneira significativa em toda a área do cuidado do paciente.

De acordo com esta teoria, o paciente comunica continuamente informações sobre ele e suas condições. A enfermeira colhe estas informações por meio de sua observação e capacidade de comunicação. Assim, ela funciona como um monitor. Contudo, há três níveis de atuação deste monitor, cada um refletindo um grau diferente de complexidade e combinação de papéis.

Uma vez que a enfermeira tenha informações sobre o seu paciente, ela pode proceder de várias maneiras em relação a estas mesmas informações. Ela pode simplesmente passar a informação verbalmente ou por escrito. Este seria um exemplo da atuação da enfermeira em seu primeiro nível, o de monitor. Contudo, ela pode ir mais

* Com a colaboração de BRIGITTA E. P. CASTELLANOS.

além e comparar a informação que obteve do paciente (isto é, sua condição atual) com o ideal ou estado ótimo para ele. E assim ela procura estabelecer a divergência entre o normal e o patológico. Este segundo exemplo ilustraria o segundo nível de atuação da enfermeira, onde ela funcionaria como monitor e comparador do sistema. Por sua vez a enfermeira pode ir adiante e chegar ao terceiro nível de atuação, quando ela reconhece a discrepância entre o estado atual do paciente e o normal, e inicia uma ação para diminuir ou atuar na diferença entre o estado atual e o desejado.

A enfermeira, neste caso, assume os papéis não somente de monitor e comparador, mas também de regulador do sistema. Um exemplo para ilustrar os três níveis de atuação da enfermagem permitirá melhor compreensão do exposto.

A enfermeira verifica a pressão de um paciente e encontra 100 mmHg/60 mmHg. Se ela atuar no primeiro nível, ela somente anota na papeleta do paciente e talvez informe a enfermeira-chefe ou a supervisora sobre esta pressão. Contudo, ela pode verificar que, na admissão, este paciente tinha uma pressão de 150 mmHg/100 mmHg; recordando seus conhecimentos sobre pressão normal para um paciente com a idade e a condição daquele em estudo, pode verificar e comparar a pressão obtida no momento com a anterior. Ela então reconhece a discrepância entre os dados e comunica a anormalidade ao médico. Dessa maneira, está atuando no segundo nível, onde ela é não só monitor da informação, mas comparador de um sistema; se além de simples anotação ela também faz com que o paciente permaneça no leito, coloca suas pernas a nível mais elevado e continua verificando a sua pressão a cada quinze minutos, ela atuará à altura do terceiro nível, um verdadeiro nível profissional de enfermagem. Ela aqui estará funcionando tanto como monitor como comparador e regulador das condições do paciente. O mesmo esquema teórico serve para definir o relacionamento da tríade enfermeira-paciente-médico. Os papéis de monitor-comparador e regulador são intermitentemente executados pela enfermeira e o médico, mas todos eles têm como objetivo a manutenção da homeostasia do paciente. Naturalmente há limites dentro dos quais a enfermeira pode executar cada um dos três papéis, em particular o papel de regulador. Aqui existe maior área de dependência entre enfermagem e medicina, para o médico e a enfermeira as responsabilidades da assistência de enfermagem na manutenção da homeostasia têm significados até certo ponto diferentes. Com referência à homeostasia, estas áreas da prática da enfermagem podem ser apontadas mais claramente. Normalmente há uma leve flutuação nas condições do paciente dentro dos limites normais. Contudo, quando a flutuação vai além desses limi-

tes e o corpo não é capaz de se reajustar, alguma medida reguladora deve ser posta em ação. Se um indivíduo normal está dentro de um certo limite, a enfermeira pode ser autorizada a tomar estas medidas reguladoras. Se o desvio vai além de certo nível, é o médico que deve atuar como regulador, ou pelo menos prescrever o tratamento pelo qual ele autoriza a enfermeira a tomar a ação necessária para fazer com que o paciente retorne ao estado de homeostasia.

Exemplificando, para o caso de paciente sujeito à condição anormal de dor: dentro de certos limites a enfermagem pode tomar uma ação independente para reduzir a dor e assim dar conforto ao paciente; contudo, quando a dor é muito severa e as medidas independentes da enfermagem não a aliviam, a ordem médica deve ser executada para aliviar a dor e desta maneira a enfermeira atuará como regulador da homeostasia do paciente.

Teoria holística

Em 1967 apareceram os primeiros trabalhos de MYRA E. LEVINE, onde ela desenvolve a teoria holística de enfermagem. Em linhas gerais, a autora vê o homem como um “todo” dinâmico, em constante interação com o ambiente dinâmico. Ela explica os sistemas de resposta do homem ao meio ambiente e considera a enfermagem uma conservadora das energias do paciente, pela avaliação daquelas respostas, atuando de maneira a alterar o ambiente. Situa a enfermeira como uma extensão de sistema perceptual do ser humano, quando nele houver uma lesão.

Do momento do nascimento até a morte, cada indivíduo mantém e defende seu “todo”, sua “unidade”. Os cientistas, teólogos e filósofos no passado e no presente dividem o homem; o dualismo corpo-espírito, alma-matéria é de certa maneira alimentado pelas ciências como anatomia, fisiologia, biologia, psicologia etc., que acabam por desintegrar o homem em partes e não o recompõem em sua unidade básica. Alguns chegam a dizer: “o homem é um produto de reduzidas equações físico-químicas”; “o homem é máquina”.

A doença e a morte são distúrbios desta máquina. A palavra inglesa *health* vem do arcaísmo *hal*, que significa “todo”. Todas as funções do corpo humano demonstram esta integração. Exemplo: andar. O andar é uma integração de todo o organismo no equilíbrio gravitacional, por meio de sistemas de alavancas, metabolismos etc. Os neurologistas também observam esta unidade. Esta integridade é conseguida pela adaptação do homem a quatro níveis de resposta do organismo, fisiologicamente determinadas para permitir que o homem viva com seu ambiente interno e externo.

Resposta ao medo. É a primeira e a mais primitiva das respostas; é instantânea; é o preparo do organismo para a luta, seja o inimigo conhecido ou desconhecido; a estimulação do sistema nervoso envolve todo o organismo, e em especial entra em funcionamento o sistema nervoso simpático.

Resposta inflamatória. É uma concentração de energia sistematizada para excluir ou remover um material estranho ao organismo, seja este irritante ou patogênico. É um esforço do organismo para manter sua integridade. Seja a resposta inflamatória aguda ou crônica, ela tem sempre o mesmo objetivo.

Resposta ao "stress". É uma resposta a longo prazo. É orgânica, caracterizada por alterações e manifestada por uma síndrome que consiste de mudanças induzidas não-específicas dentro de um sistema biológico. A exposição constante a estados tensionais leva o indivíduo à exaustão de suas energias.

Resposta sensorial. O mundo tem significado para o indivíduo a partir de suas experiências. Nós percebemos o mundo pelos sentidos. É por meio deles que os dados chegam ao homem, ao receptor, ao transmissor, ao centro, a uma resposta motora e a um órgão executor. O sistema sensorial não é passivo.* Ele é ativo e faz com que o homem participe do seu ecossistema; altera o ambiente, mas aprende dele e nele busca informações.

Assim, a integridade do homem à qual vimos nos referindo é conseguida por estes mecanismos de resposta, atuando cada um conforme seus processos funcionais próprios. A interação enfermeira-paciente depende deste conjunto sistemático perceptual nos dois indivíduos. Em cada situação particular de anormalidade (quando hospitalizado, por exemplo) o indivíduo deve ajustar-se ao novo ambiente, e em face a muitas novas experiências sua capacidade em se ajustar está intimamente relacionada às informações que recebe. Segundo a teoria holística, a enfermagem sempre se caracterizou por seu objetivo intensamente humanístico.

* Os sistemas sensoriais devem ser vistos como ativos e não passivos, segundo GIBSON.

- a) Sistema orientador básico: constituído pelos sentidos que nos dão os elementos da atuação da gravidade e da aceleração.
- b) Sistema auditivo: os sons e de onde vêm.
- c) Sistema háptico (táctil): informações das terminações da pele: doloroso, frio, calor, etc.
- d) Paladar, olfato: fonte e segurança dos nutrientes.
- e) Visual: permite as ligações com o mundo interior, exterior, equilíbrio, etc.

A conceituação teórica holística — o homem é um todo — leva necessariamente à maior humanização, cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa; o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença.

A ação da enfermeira é essencialmente conservadora, procurando manter íntegros os mecanismos de defesa biológica fundamentais do indivíduo. Há quatro princípios de conservação, embora o princípio fundamental seja a conservação do todo:

- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da energia do indivíduo.
- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade estrutural do paciente.
- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade pessoal do paciente.
- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade social do paciente.

Vamos explicar cada um destes princípios:

— A fonte de energia individual é resultado da eficiência dos sistemas que regulam o seu metabolismo e sua resposta às causas da doença. Ex.: a irritabilidade, a fraqueza, a ansiedade são sintomas tanto de doença respiratória como das anemias. A conservação da energia do indivíduo não quer dizer somente limitação da atividade pelo repouso. Os exercícios são também previstos e necessários à manutenção das fontes dentro de conservação de energia.

— A cirurgia é uma ruptura terapêutica da integridade estrutural, mas em cada doença ela é afetada de maneira particularizada. Auxiliar a cicatrização da ferida é um objetivo da enfermagem. A integridade cutâneo-mucosa é indispensável para evitar a doença. Todas as medidas de assepsia têm este objetivo. Os cuidados para evitar deformidades etc.

— A percepção individual de si mesmo é afetada pela doença: a liberdade, a independência, a privacidade, a auto-estima. Quando a enfermeira faz o paciente participar do seu plano de cuidados, ela está obedecendo a este princípio.

— Cada indivíduo é definido por seu grupo social, cultural, étnico, religioso, familiar. O significado de doença, tratamento, comportamento durante a doença é influenciado por fatores culturais. O próprio hospital é um sistema social. Manter a personalidade social do paciente é problema de ação básica de enfermagem.

Teoria de Imogenes King (uma estrutura conceitual de enfermagem baseada nos conceitos gerais do comportamento humano)

IMOGENES M. KING apresentou em 1968 os conceitos básicos desta teoria que ela desenvolveu em 1971, "Toward a Theory for Nursing General Concepts of Human Behavior". Neste livro KING desenvolve uma série de conceitos para o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem. Vejamos quais são estes conceitos indicados pela autora.

O foco central da estrutura desta teoria é o homem, o dinamismo do organismo humano, cujas percepções seletivas de objetos, pessoas e acontecimentos influenciam seu comportamento, sua interação social e sua saúde. As enfermeiras, como indivíduos, são uma parte integrante desta estrutura. As enfermeiras como profissionais têm papéis a desempenhar em cada estágio do crescimento e desenvolvimento humano para ajudar os seres humanos a lidar com a saúde e a doença. A abordagem foi orientada pela convicção de que, embora toda teoria esteja implícita na prática, a enfermagem ainda não é uma ciência. Uma idéia pessoal da autora é de tentar ver quais foram os fatores que permaneceram realmente, tanto no passado como no presente, como parte da enfermagem.

Quatro palavras-símbolos — sistemas sociais, saúde, percepção e relações interpessoais — foram selecionadas e alguns conceitos foram desenvolvidos a partir destas quatro palavras.

Os conceitos nos dizem o que observar e ajudam as enfermeiras na focalização e na seleção dos aspectos da realidade. A série de conceitos apresentados pela autora permite a descrição de situações de enfermagem e de processos de comportamento. O arcabouço conceitual de referência foi formulado para atingir diversos propósitos. O primeiro é uma maneira de pensar sobre o mundo real da enfermagem. O segundo sugere uma abordagem para selecionar conceitos percebidos como fundamentais para a prática de enfermagem; o terceiro mostra como um processo para desenvolver conceitos simboliza experiências dentro das situações de enfermagem no ambiente físico, psicológico e social.

As proposições são:

- "A enfermagem é um comportamento observável, encontrado nos sistemas do cuidado da saúde na sociedade."

Os sistemas para o cuidado da saúde são sistemas sociais organizados para atender ou manter a saúde do povo ou restaurá-la, ou o cuidado do doente e na morte. O processo de enfermagem é observável como na figura 1.

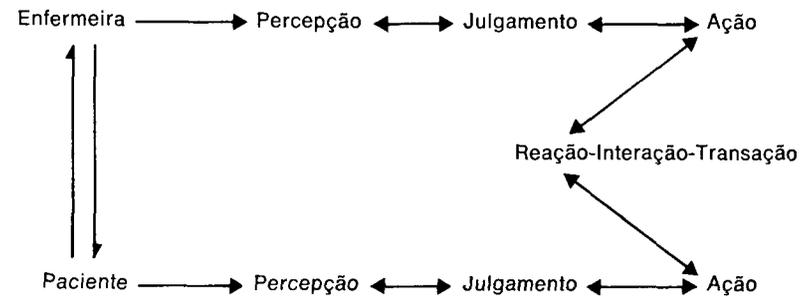


Figura 1.

As enfermeiras inferem o processo mental de percepção, julgamento e ação da reação (verbal e não-verbal) da enfermeira-paciente, um para com o outro e para com o ambiente.

As interações e transações são observáveis desde que as transações resultem de uma descrição de padrões de interação.

- A enfermagem é um processo de ação, reação, interação e transação entre indivíduos e grupos num sistema social para alcançar objetivos de saúde ou ajustamento aos problemas de saúde.

A percepção é um conceito fundamental neste processo. Percepção = função (enfermeira ↔ paciente); percepção = função (enfermeira ↔ paciente, paciente ↔ médico); percepção é a função das interações enfermeira-paciente. Percepção é função das interações enfermeira-paciente-médico.

- A função específica da enfermagem é assistir os indivíduos com problemas de saúde ou ajustá-los nas interferências em seus estados de saúde.

A função específica de enfermagem é tomar decisões e implementar estas decisões pela intervenção de enfermagem. Saúde = função (enfermeira ↔ paciente ↔ médico). Saúde é a função da enfermeira e outras interações.

- A enfermeira trabalha com indivíduos, com grupo ou grupos correlacionados, não com indivíduos isolados.

A enfermeira ajuda os indivíduos a lidarem com seu estado de saúde e suas eventuais alterações quando eles próprios não podem fazê-lo. A necessidade de ajuda pode surgir em alguma época particular no ciclo de vida do indivíduo, desde a concepção, a velhice ou a morte.

Quando a enfermeira é chamada para ajudar uma outra pessoa a atender suas necessidades básicas, um processo de interação ocorre.

A comunicação verbal e não-verbal é um fator essencial no estabelecimento das relações interpessoais. Inicialmente o relacionamento pode ser bilateral. Como as necessidades do cliente são abordadas, diversos indivíduos podem entrar neste relacionamento, tais como o médico, a família, profissionais ou pessoas não-profissionais. Assim, um grupo heterogêneo, denominado equipe de saúde, perfaz algumas funções que são distintas para cada grupo. Algumas funções muito similares, como educação de saúde, podem ser delegadas. A enfermeira aparece como um elemento constante no ambiente imediato do paciente, exerce vários controles no processo de decisão relacionado ao plano de cuidados. Isto requer uma sensibilidade de consciência por parte da enfermeira acerca de fatores situacionais, tais como desvios do comportamento fisiológico e social, que podem favorecer ou impedir a efetividade do cuidado. Por isto as percepções da enfermeira, do cliente, do médico e de outros profissionais são elementos críticos em uma situação de enfermagem.

As percepções seletivas de ambos, enfermeira e paciente, resultando em ações, reações e interações, são influenciadas pelas variáveis situacionais.

Algumas destas variáveis são as necessidades, objetivos, expectativas, fontes internas e externas e valores sociais da interação individual. Por isso alguma compreensão do sistema social dentro do qual o indivíduo se situa é essencial, se o objetivo a alcançar — um estado de saúde desejável ou adequado — for processado para indivíduos ou grupos de indivíduos.

Além disso, as organizações sociais dentro das quais as enfermeiras trabalham influenciam os meios usados para alcançar seus objetivos. Existem forças interagindo no ciclo vital do homem ao nível de indivíduos, grupos e sociedade. Os processos internos e externos ao organismo humano que ocorrem no ciclo vital mostram o inter-relacionamento de conceitos que vão constituir todo o arcabouço estrutural do conjunto. Falando genericamente, um indivíduo nasce na primeira instituição social, a família. A família inicia o processo de socialização atendendo às necessidades dependentes de uma criança. A comunicação e os padrões de interação social são desenvolvidos neste sistema social. O meio perceptual da criança é bombardeado com acontecimentos, pessoas e objetos. Quando uma criança cresce ela começa a diferenciar entre pessoas e objetos e aprende a estabelecer relações em seu ambiente social. Seu nível de conhecimento se desenvolve, bem como suas experiências perceptuais são aumentadas. A criança é considerada normal se seu desenvolvimento está de acordo com os padrões de crescimento e comportamento concebidos dentro daquilo que é considerado relativamente normal para o indivíduo na

sociedade. Um conceito de saúde inclui um processo de crescimento e desenvolvimento, crises ou interferências, tais como a doença, que podem aparecer em qualquer fase do ciclo vital.

A enfermagem, como uma profissão de ajuda, é uma ação orientada em virtude de seu processo essencialmente interpessoal em determinar as atividades executadas pelas enfermeiras e pacientes. As ações, para serem efetivas, implicam o conhecimento e habilidade que é aplicado em cada situação de enfermagem.

Teoria sinérgica

DAGMAR E. BRODT apresentou sua teoria sinérgica de enfermagem num trabalho publicado em 1969. Segundo a autora, a confortante mistura de conhecimentos e habilidades que protegem um paciente de sua fraqueza e mobilizam suas forças para a recuperação são os resultados das ações sinérgicas da enfermagem. A autora chegou a esta conclusão após anos de pesquisa, estudo e investigações da literatura e discussão com grupos profissionais. O que a ajudou a descobrir a resposta para o que significava enfermagem foi principalmente o cuidado prestado a uma paciente, portadora de tumor inoperável de ovário. Ela determinou em sua teoria seis dimensões da ação de enfermagem:

- 1) A preservação das defesas do corpo.
- 2) A prevenção de complicações.
- 3) O restabelecimento do relacionamento do paciente com o mundo exterior.
- 4) A detecção de mudanças no sistema regulador do organismo.
- 5) A implementação da terapêutica prescrita pelo médico e outras atividades do diagnóstico.
- 6) A provisão de conforto.

A inter-relação dessas dimensões de enfermagem tem eficiência sinérgica exatamente como no sinérgismo farmacológico.

A ação de duas drogas em combinação é diferente quando a ação de cada droga é administrada independentemente; assim ela considera os cuidados de enfermagem. Um cuidado ou ação de enfermagem, em qualquer uma de suas amplas dimensões, aplicado isoladamente tem um efeito restrito, enquanto que aplicando ao mesmo tempo vários deles, seu alcance pode ser muito maior. Por exemplo: dar líquidos com frequência para evitar náuseas e desidratação, mais a manutenção de um ambiente adequado para repouso, e diminuir a apreensão com a presença da enfermeira, são eficientes no cuidado a determinado problema. Entretanto, se somente forem dados líqui-

dos para beber, o cuidado será ineficiente, porque o paciente continuará com náuseas e não poderá descansar. Se forem dados os líquidos sem aliviar a tensão a que está sujeito o paciente, a própria tensão presente será fator de aumento de náusea e conseqüentemente de desidratação. Os exemplos de sinergismo das ações de enfermagem são numerosos, assim como as maneiras várias e complexas de ação prática da enfermagem nas relações enfermeira-paciente.

CONNANT descreveu a complexidade da prática da enfermagem e o conhecimento que requer para uma execução. Esta complexidade é maior ainda quando elementos do ciclo do processo de enfermagem estão superpostos ao resultado sinérgico da ação de enfermagem. Estes elementos do ciclo do processo de enfermagem podem ser descritos como:

- Avaliação das respostas do paciente à sua doença em termos de conhecimento científico de todos os campos relevantes da ciência.
- Planejamento de métodos dinâmicos de ação para atender a estas respostas; isto inclui ações autônomas de enfermagem, bem como ações prescritas pelo médico.
- Implementação de planos dinâmicos inter-relacionados e simultâneos. O levantamento das respostas dos pacientes para as ações prévias de enfermagem.
- Continuação do processo visando ao bem-estar do paciente e um ciclo para a sua recuperação.

A primeira dimensão do cuidado de enfermagem inclui a responsabilidade de manter a integridade da pele, nutrição, hidratação, eliminação, oxigenação (mudar de decúbito, alimentar, dar líquidos). A segunda dimensão, manutenção, por exemplo, de uma ótima mecânica corporal, mobilidade etc.; a terceira, a atitude mental, a observação do conteúdo de sua comunicação, o grau de dependência e aparência pessoal; a quarta, a verificação dos sinais vitais e de todos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente; o quinto, a aplicação de medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico; a sexta, procedimentos por empatia e a condução do paciente à recuperação. De certa maneira, o que for designado de sexta dimensão também está implícito em todas as demais.

Esta teoria permite tratar o paciente como pessoa que ele é. A aplicação do processo, a análise, o plano, a intervenção, permitem autonomia em relação ao bem-estar do paciente. Assim considerando, chega-se a uma filosofia de prática de enfermagem, de ensino, e somos levados a diferenciar a enfermagem das outras profissões de saúde e ainda a enfermeira dos outros elementos da equipe de enfermagem, de âmbito não-profissional.

Teoria da adaptação

A teoria da adaptação foi publicada em 1970 por Sister CALLISTA ROY, mas tem sido utilizada por várias enfermeiras, principalmente MURPHY. Em 1962 foi publicado um artigo no *Canadian Nurse*, da autoria de MARTIN e PRANGE, com o título de “Abordagem humana; uma abordagem conceitual na compreensão dos pacientes”. Os autores apresentaram este trabalho durante o Curso de Projetos na Escola de Enfermagem da Universidade de Carolina do Norte; em 1963, PEPLAU também publicou trabalho intitulado “Relações interpessoais e o processo de adaptação”, onde procurava aplicar alguns princípios de adaptação no relacionamento enfermeira-paciente. Em 1970, com Roy, surgiu como uma teoria, em caráter de estrutura para uma ciência de enfermagem. Esta teoria tem por fundamento: o homem é o recipiente do cuidado de enfermagem; do nascimento à morte ele passa por um *continuum* saúde-doença, ele interage com o ambiente em mudança contínua, o que exige adaptação permanente. A enfermagem dá apoio e promove a adaptação do homem agindo no *continuum* saúde-doença.

Toda a profissão exige estrutura, pressupostos e conceitos. A autora pergunta:

- Há um esquema conceitual para unificar o homem biológico, psicológico e social?
- Até que ponto, no sentido técnico, são os indivíduos verdadeiramente indivíduos para permitir facilidades no cuidado de enfermagem?
- Como podem ser compreendidas e significativas para todos as informações obtidas sobre um paciente?

Segundo a autora, a adaptação responde a estas perguntas. A adaptação compreende todas as formas conscientes e inconscientes de ajustamento às condições do ambiente (passado, presente e futuro) que o homem enfrenta. O ambiente consiste no que é interno e externo ao homem: não são entidades em conflito, mas constituem um processo único, unificado, embora nem sempre harmônico.

O homem no seu ciclo vital atravessa uma série de situações críticas, que começam com o nascimento, a entrada na escola, a puberdade, o trabalho, o casamento, a paternidade, o processo de involução ou velhice, a aposentadoria, e por fim a morte.

Aplicando a teoria de HELSON, as respostas dos indivíduos são resultantes do estímulo que o indivíduo enfrenta, imediatamente. Os estímulos são de três tipos: a) estímulo focal; b) estímulo contextual; c) estímulo residual.

A enfermagem leva o indivíduo a se adaptar de duas maneiras: por reconhecimento e análise; reconhecimento da posição do homem no seu *continuum* e avaliação de suas potencialidades.

Intervenção, que significa ação no sentido de mudança de resposta potencial dos indivíduos ao estímulo focal, ao estímulo contextual ou ao estímulo residual. Exemplo: quando um estímulo provocador é dor, a enfermeira pode baixar a intensidade do estímulo, que é um estímulo focal, através da administração de um analgésico, facilitando a adaptação. Quando o estímulo provocador é um tratamento doloroso e indesejável, a enfermeira pode facilitar o nível de adaptação do paciente pela mudança do estímulo contextual, isto é, da situação, dando instruções ou informações ao paciente, encorajando-o a participar do tratamento de alguma forma. Quando o estímulo provocador é o repouso por longo período, a enfermeira pode facilitar o nível de adaptação pela mudança do estímulo residual, isto é, os fatores de atitude, tais como providenciar que o paciente tenha oportunidade de se tornar independente de alguma maneira. Estes métodos de intervenção correspondem a vários tipos de atividades sugeridas por diferentes enfermeiras. De acordo com HENDERSON, o estímulo focal muitas vezes se relaciona com as necessidades básicas. FLORENCE NIGHTINGALE enfatizou que o estímulo contextual está relacionado com o ambiente. E PEPLAU acredita que o estímulo residual envolve as funções de cada indivíduo. Em resumo, o estímulo residual provavelmente inclui os padrões do paciente e seus mecanismos de como enfrentar situações novas. Qualquer modelo conceitual para a enfermagem será útil desde que seja capaz de dar uma base científica, um corpo de conhecimentos para a educação e uma área de prática. O modelo de adaptação oferece à enfermagem possibilidade de desenvolver estas áreas.

Teoria de Martha Rogers*

Tipo de teoria

É uma teoria de nível III, dedutiva (parte do geral para o particular), substantiva (usa modelos de abrangência universal) e preditiva (descreve, especifica e prediz o fenômeno).

Utiliza a linguagem geral, científica e simbólica.

A intenção da autora é proporcionar base para uma extensiva reflexão crítica e para posterior elaboração de um sistema conceitual científico de enfermagem. A preparação da obra foi motivada por

uma convicção profunda da necessidade de uma crítica da prática da enfermagem e de esta estar fundamentada por conhecimentos efetivos para prover cuidados de enfermagem seguros.

Apresenta conceitos sobre o homem, sobre a enfermagem como ciência e como prática. Sugere áreas para pesquisas.

Apresenta postulados para fundamentar o sistema teórico (conceitual) de enfermagem e princípios unificantes de enfermagem para descrever a natureza da vida.

Aborda o desenvolvimento de um esboço para um sistema abstrato de enfermagem. Frisa a necessidade de se testar o modelo conceitual para este se tornar um modelo operacional.

O ente de sua teoria é o homem como um todo (biológico, psicológico, sócio-cultural e espiritual), na completa área eletrodinâmica. Tem como principais valores e instrumentos a imaginação e a criatividade. Mostra os fatos e observações transcendentais, abstratos, numa análise evolutiva dos problemas e dos conhecimentos.

Não apresenta nem procedimentos nem processo de enfermagem.

Conceitos utilizados

● Enfermagem

É uma ciência e uma arte. A ciência da enfermagem deseja proporcionar um corpo de conhecimentos abstratos, resultantes de pesquisas científicas e análises lógicas, e deseja ser capaz de transferir esses conhecimentos para a prática. O uso criativo e imaginativo do conhecimento para a melhoria do homem encontra expressão na arte da enfermagem.

É uma ciência empírica, cujo propósito é descrever e explicar o fenômeno central de seu interesse (o homem, indivíduo ou grupo) e de predizer a seu respeito; descrição, explanação e predição são os precursores da intervenção baseada em conhecimentos.

Cabe à enfermagem desenvolver atividades para a manutenção e promoção da saúde, bem como para a prevenção de doenças, sendo de sua responsabilidade o diagnóstico e a intervenção de enfermagem. Seu objetivo é assistir as pessoas para atingirem seu potencial máximo de saúde.

Os princípios para guiar a prática emergem do sistema conceitual, cujo fenômeno é o processo vital. A prática da enfermagem procura promover a interação sincrônica entre o homem e o ambiente, fortalecer a coerência e a integridade do corpo humano, e dirigir e redigir a padronização dos campos humanos e ambientais para a realização máxima do potencial de saúde. Saúde e doença estão submersos na

* Colaboração de BRIGITTA E. P. CASTELLANOS.

totalidade sinérgica do homem; desvios ao longo do eixo vital resultam da complementação sincrônica do Homem e do ambiente.

A prática é criativa e imaginativa. Está fundamentada em conhecimentos abstratos, julgamento intelectual e compaixão humana.

Os objetivos da enfermagem tomam e adicionam dimensões na medida em que conhecimentos teóricos proporcionam direções à prática. A enfermagem está se dirigindo a uma nova era: a do preenchimento das necessidades humanas.

● Enfermeiro

É um agente de mudanças: através das atividades da enfermagem ele visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital. Visa incorporar novos conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação. O enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados.

Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração das bases científicas desta ciência em desenvolvimento. O enfermeiro deve estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los, bem como para realizar investigações e pesquisas.

Conteúdo da obra

A autora inicia sua obra comentando que “a enfermagem é uma magnífica epopéia de serviços à humanidade. Através de sua evolução, desde seus primórdios até o presente, a *promoção da humanidade* foi o seu objetivo central e sempre presente; muitas vezes os instrumentos foram inadequados e os passos vacilantes, mas esforços para ajudar o homem (ou grupos) na luta pela sobrevivência sempre persistiram”.

Salienta que o interesse da enfermagem pelo indivíduo (ou grupos) é maior atualmente do que jamais foi, porque o conhecimento traz consigo uma crescente capacidade para um serviço significativo, e que as potencialidades da enfermagem para contribuir na saúde e bem-estar humano tomaram uma nova dimensão com o surgimento de um profissional possuindo conhecimentos científicos indispensáveis à segurança dos serviços prestados. Comenta ainda que “não mais a experiência poderá ser equacionada com a aprendizagem. Educação técnica e vocacional são produtos frágeis perigosamente aplicados sem uma liderança de conhecimentos. Habilidades intelectuais na utilização do corpo de conhecimentos da enfermagem é um fator determinante na prática profissional”.

O conteúdo de seu livro está organizado em três unidades.

● Unidade 1: Primórdios da enfermagem moderna

É abordada a história da evolução do homem através do tempo, até o nosso século XX; a origem humana, o desenvolvimento da cultura humana e o aparecimento da ciência moderna, proporcionando pontos de referência para exame de opiniões contemporâneas e teorias sobre o homem. A autora conclui de todos estes estudos que o homem é um fenômeno unificado, sujeito às leis naturais e caracterizado por um completo campo eletrodinâmico; os princípios descritivos, explanatórios e preditivos que orientam a prática profissional estão arraigados no conceito fundamental de *Unidade da vida*.

● Unidade 2 : Fenômeno homem: objeto da enfermagem

A autora identifica e discute características gerais do homem, que são básicas para o desenvolvimento e compreensão de princípios unificantes de enfermagem. Apresenta cinco postulados que são propostos para fundamentar o sistema conceitual da enfermagem.

Homem: um todo unificado

A autora comenta que somente recentemente está havendo empenho em aceitar que o homem não pode ser explicado por leis que governam segmentos de seu “ser” e que esta unidade é “central e indispensável” no modelo conceitual de enfermagem, pois somente quando ela é percebida o estudo começa a produzir conceitos e teorias significantes.

1.º postulado: “O homem é um todo unificado, possuindo sua própria integridade e manifestando características que são mais do que diferentes da soma de suas partes”.

Homem: um sistema aberto

A autora analisa criteriosamente os conceitos de “homeostase”, “auto-regulação”, “homeocinese” e “interação”, concluindo que é necessário muito cuidado ao utilizá-los, para que não sejam erroneamente empregados, e que o termo “negentropia”, introduzido por BERTALANFFY para significar uma crescente ordenação, complexidade e heterogeneidade, tem sido utilizado para caracterizar os seres vivos, em contraposição a “entropia”, ou seja, tendência à homogeneidade.

De suas discussões conclui que o homem deve ser entendido como um sistema aberto, caracterizado pelo constante intercâmbio de material e energia com seu ambiente, característica esta que presagia a criatividade da vida, pois é nesta mudança mútua que a evolução se processa.

2.^o *postulado*: “Homem e ambiente estão continuamente trocando matéria e energia um com o outro”.

Unidirecionalidade da vida

O processo vital está confinado nas três dimensões do espaço e sua posterior dimensão do tempo. Em qualquer dado ponto do tempo, o homem é uma expressão da totalidade de eventos presentes neste ponto do tempo, a capacidade da vida de transcender a si mesmo para novas formas surgirem, para novos níveis de complexidade se desenvolverem, predeterminam um futuro não-predizível; surge então a questão “a vida tem ou não um objetivo”? O atual reconhecimento da negentropia, da unidirecionalidade da vida, em união com a teoria da probabilidade, sugere que, se bem que o objetivo final pode não ser conhecido, existe probabilidade de haver propósito na vida.

A recombinação de gens tem tido mais significância na evolução da vida do que a mutação genética, os modernos meios de transporte e de comunicação acarretam maior mobilidade de população e quebra de barreiras anteriormente construídas por barreiras culturais. Existem já suficientes evidências da evolução perceptual do homem e os tradicionais cinco sentidos estão sendo suplementados com uma nova dimensão: resultados de investigações sobre o fenômeno da criatividade e da percepção extrassensorial.

3.^o *postulado*: “O processo da vida evolui irreversivelmente e unidirecionalmente ao longo do contínuo tempo-espaço”.

Padrões de vida e organização

Padrões e organização se tornaram conceitos básicos para uma maior compreensão do crescimento e comportamento humano; eles estão implícitos nos sistemas de *feedback* e na teoria da comunicação. Devem ser analisados e compreendidos dentro do processo vital, um sistema aberto, dinâmico, que evolui em direção à maior complexidade, ou seja, às qualidades unidimensionais e negentrópicas da vida; são conceitos unificadores (antídoto do caos), que refletem a característica inovadora do homem. Não só indivíduos são identificados pela unidade de seus padrões, mas a percepção da natureza dos padrões está refletida em expressões verbais, tais como: “Maria está triste! como sei? ora, olhando para ela!”, que expressam a unidade de percepção.

4.^o *postulado*: “Padrões e organização identificam o homem e refletem sua unidade inovadora”.

5.^o *postulado*: “O homem: perceptível, ser pensante”.

O que diferencia o homem dos outros sistemas vivos é sua capacidade de perceber relações entre eventos e de hipotetizar novas relações. Sentimentos e pensamentos são inerentes ao processo vital. A capacidade do homem de experimentar a si mesmo e a seu mundo identifica sua humanidade. As artes e as ciências, a filosofia e a religião atestam o potencial evolucionário do homem com transcendência em seu ser atual.

6.^o *postulado*: “O homem é caracterizado pela capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção”.

● Unidade 3: Sistema conceitual de enfermagem.

Partindo da premissa de que a enfermagem existe para servir pessoas, a autora defende seu ponto de vista de que a extensão em que os enfermeiros terão sucesso na contribuição à saúde e bem-estar dos seres humanos é dependente da natureza e da validade do corpo de conhecimentos teóricos que fundamentam a prática; opina que um corpo de conhecimentos científicos requer que haja conceitos claros e precisos dos quais teorias possam se desenvolver, e que teorias possam ser testadas e retestadas contra a realidade para se determinar sua validade e realidade. Comenta que, apesar da natureza probabilística dos achados científicos e da margem de erro, *predição* continua a ser um instrumento primário na determinação da *intervenção* de enfermagem, dirigida para se conseguir o fortalecimento da integridade da relação homem-ambiente e para dirigir a luta do homem para obter novos níveis de bem-estar.

A intervenção é dirigida ao intercâmbio entre o homem e o ambiente para o preenchimento mais efetivo de sua capacidade vital, que envolve a humanidade do homem, sua capacidade de criar, sentir e raciocinar, e sua potencialidade sinfônica de sua estrutura e funcionamento tangível.

A autora apresenta um modelo conceitual da enfermagem, cujo fenômeno central é o processo vital, e do qual emergem *princípios* para guiar a prática.

Modelo conceitual

“O processo vital é uma expressão da evolução rítmica do campo humano ao longo do eixo longitudinal espiralado contido na matriz quadridimensional espaço-tempo e sempre tendo sido moldado e continuado a ser moldado pelo ambiente. O campo humano está continuamente adicionando novas dimensões de crescente complexidade, evidenciada nas qualidades negentrópicas. A criatividade emer-

ge da interação homem-ambiente ao longo do *continuum* da vida. Mudanças nos campos humanos e ambientais são holísticas por natureza, sendo o comportamento humano sinérgico, não podendo ser dicotomizado como objetivo ou subjetivo, interno ou externo, mental ou físico.”

Esse modelo conceitual representa a matriz de idéias que em sua totalidade simbolizam o homem. É um quadro de referência para encontrar relações entre eventos, perceber e interpretar dados de diagnóstico de enfermagem. Na medida em que relações entre fenômenos são verificadas, compreendidas e situadas no sistema conceitual, aumenta a precisão das predições e a prática toma uma nova dimensão de segurança. Este modelo tem igual relevância para o indivíduo sadio ou doente.

Princípios que emergem do modelo conceitual

1.º princípio: de reciprocidade

Fundamentado nos 1.º e 2.º postulados. Proporciona base para uma explicação da criatividade da vida e fornece uma aproximação conceitual para entender o fenômeno saúde-doença. Postula a inseparabilidade do homem e do ambiente e prediz que mudanças sequenciais no processo vital são contínuas, ocorrendo revisões probabilísticas da interação entre eles.

Reciprocidade é função da mútua interação entre o campo humano e o ambiental.

2.º princípio: de sincronia

Fundamentado nos 1.º, 2.º, 3.º e 4.º postulados. Proporciona base para uma explicação para a afirmação de que “em cada ponto do espaço-tempo o homem é o que ele se tornou, mas ele não é o que ele era”. Prediz que mudanças serão determinadas pela simultânea interação do estado atual do campo humano e do campo ambiental.

Sincronia é função do estado do campo humano num ponto específico no tempo-espaço, interagindo com o campo ambiental no mesmo ponto específico no tempo-espaço.

3.º princípio: de helicidade

Fundamentado nos 1.º, 2.º, 3.º e 4.º postulados. Assimila os princípios de reciprocidade e de sincronia. Postula posteriores dimensões explanatórias e predizíveis do sistema teórico de enfermagem. A ida do homem para o espaço e o aparecimento de comprovadas

percepções extrassensoriais dentro do campo científico são considerados expressões lógicas deste princípio.

Helicidade é função de contínuas mudanças inovadoras conseqüentes de mútuas interações homem-ambiente ao longo de um eixo longitudinal espiralado contido no espaço-tempo.

4.º princípio: de ressonância

Fundamentado nos 1.º, 2.º, 3.º e 4.º postulados. Postula que o processo vital é “uma sinfonia de vibrações rítmicas oscilando em várias frequências”. O homem experimenta seu ambiente como uma onda ressonante de complexa simetria unindo-o com o resto do mundo. O processo vital pode ser semelhante a cadências, sempre mudando numa orquestração universal de padrões de ondas dinâmicas (harmônica, cacofônica, dissonante, subindo, caindo, rápida, lenta); uma série de ondas caracteriza o universo, todas correndo em padrões rítmicos (luminosa, sonora, técnica, atômica, gravitacional). A padronização do campo humano é um fenômeno de ressonância, envolvendo o homem em sua totalidade e unidade.

Teoria das necessidades humanas básicas

Considerações gerais

A dicotomia de rumos com que se defronta a enfermagem — desenvolver-se como ciência própria ou tornar-se a profissão de assistente-médico — leva seus profissionais a se dividirem, indecisos, entre as duas correntes. Esta situação incômoda, de transição, é sentida em toda a literatura publicada nesta década.

Acreditamos ser a enfermagem uma ciência aplicada, saindo hoje da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente.

Em trinta anos de vida profissional temos acumulado observações, aprendido, estudado, refletido; enfim, temos vivido a enfermagem. Isto nos levou a procurar desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico, sua metodologia científica.

A teoria se apóia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo, a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica): todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holismo: o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

Nossa teoria de enfermagem foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de MASLOW, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. É o que vamos procurar expor a seguir.

A enfermagem é um serviço prestado ao ser humano*

- 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.
- O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia.
- A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

Resulta, pois:

1. O ser humano como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

— O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro.

— Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade.

— O ser humano, por suas características, é também agente de mudanças no universo dinâmico, no tempo e no espaço; conseqüentemente:

2. O ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

— Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

* Consideramos a expressão "ser humano" como substituta de indivíduo, família e comunidade.

— As necessidades não-atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença.

— Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde

Do que resulta:

- Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, no tempo e no espaço.

- O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar.

- O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado.

- Em estados de desequilíbrio esta assistência se faz mais necessária.

- Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano, isto é, como atendê-lo em suas necessidades básicas.

- A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. A conclusão será:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Desta teoria decorrem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência de enfermagem.

Conceitos, proposições e princípios

Partindo-se da teoria proposta, o primeiro conceito que se impõe é o de enfermagem: enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Destes conceitos algumas proposições podem ser inferidas:

● As funções da(o) enfermeira(o) podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos. a) Área específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. b) Área de interdependência ou de colaboração: a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde. c) Área social: dentro de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe (figura 2).

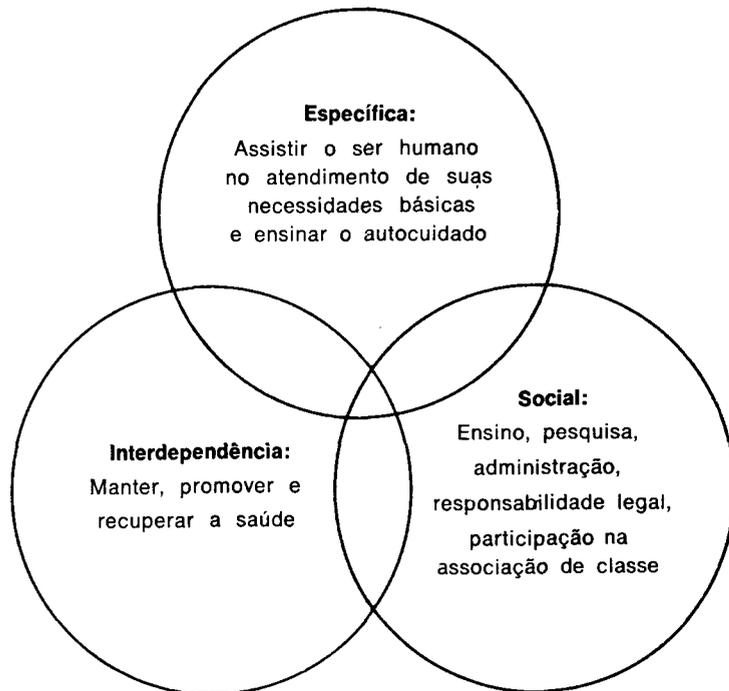


Figura 2. Funções da enfermeira.

● A ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada.

Alguns princípios podem também ser deduzidos:

● A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

● A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.

● Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

● A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

● A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem.

Parte II

Processo de enfermagem

Introdução

O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

Distinguem-se seis fases ou passos. A interrelação e a igual importância destas fases no processo podem ser representadas graficamente (figura 3) por um hexágono, cujas faces são vetores bi-orientados, querendo-se assim mostrar também a reiteração eventual de procedimentos. No centro deste hexágono situar-se-ia o indivíduo, a família e a comunidade.

O primeiro passo do processo de enfermagem é o *histórico de enfermagem*: roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a(o) enfermeira(o)) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

Estes dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o *diagnóstico de enfermagem*: a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

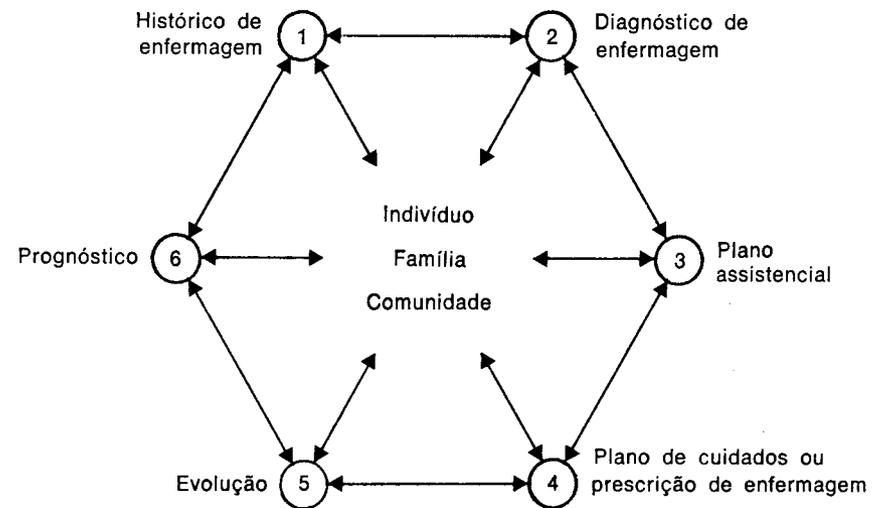


Figura 3. Processo de enfermagem.

O diagnóstico analisado e avaliado levará ao terceiro passo:

Plano assistencial: a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Este plano assistencial é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução de cuidados (fazer). Determinado o plano assistencial passa-se ao quarto passo:

Plano de cuidados, ou prescrição de enfermagem: implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

O plano de cuidados é avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para o quinto passo ou fase:

Evolução de enfermagem: relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

O estudo analítico e avaliação dos passos anteriores completa o hexágono com a sexta fase:

Prognóstico de enfermagem: estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Dadas as características já citadas do processo de enfermagem é possível corrigir erros em qualquer uma das fases e também a previsão simultânea de todas as fases. Assim é que ao fazermos o diagnóstico e mesmo na própria coleta de dados já teremos uma idéia do prognóstico; somente por razões didáticas e de sistematização estas fases são separadas.

O processo de enfermagem introduziu termos como assistência e cuidado de enfermagem. Há diferença entre esta terminologia? Para muitos profissionais são sinônimos. De maneira restritiva e em alguns casos os dois termos podem ser usados com o mesmo significado; porém, de modo geral, consideramos significados distintos, assim:

Assistência de enfermagem é a aplicação, pela(o) enfermeira(o), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano.

Cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática da(o) enfermeira(o), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

O cuidado de enfermagem pode implicar várias atividades, por exemplo, a higiene oral (verificar o material que o paciente possui); avaliar sua capacidade de autocuidado; observar condições da cavidade bucal; explicar o cuidado ao paciente; ensinar, se necessário, a técnica adequada de escovação; encaminhar ao odontólogo; lavar o material utilizado; anotar, etc.

Resta-nos ainda conceituar e enumerar os instrumentos básicos indispensáveis à enfermeira para que aplique o processo de enfermagem, ou, em última análise, para que possa dar a assistência de enfermagem em qualidade e quantidade que se espera de um profissional universitário.

Instrumentos básicos: são as habilidades, conhecimentos e atitudes indispensáveis para a execução de uma atividade. Na enfermagem estes instrumentos podem ser enumerados; sua seqüência não significa hierarquia, pois todos têm o mesmo valor: observação, comunicação, aplicação do método científico, aplicação de princípios científicos, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho em equipe, utilização dos recursos da comunidade.

As pesquisas que se têm desenvolvido e publicado em nosso país parecem confirmar nossa teoria. Resta-nos esperar que novos estudos, trabalhos, pesquisas e investigações confirmem totalmente ou a invalidem.

Histórico

A expressão “processo de enfermagem” foi empregada pela primeira vez por IDA ORLANDO, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Seus componentes são: comportamento do paciente, reação da(o) enfermeira(o) e ação. Como vemos, o significado é diferente do nosso.

Segundo YURA e WALSH, LYDIA HALL, em 1955, durante uma conferência afirmou que a “enfermagem é um processo”. Ela definiu o uso de quatro proposições: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. Em 1963, VIRGINIA BONNEY e JUNE ROTHBERG, sem citar “processo de enfermagem”, empregam termos do processo e apresentam as seguintes fases: dados sociais e físicos, diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Em 1967 um grupo da Universidade Católica identificou as fases do processo de enfermagem como: levanta-

mento (*assessing*), planejamento, implementação e avaliação; no levantamento está incluído o diagnóstico de enfermagem.

Para LUCILE LEWIS, 1970, o processo de enfermagem consta de três fases: levantamento (*assessment*), intervenção e avaliação; a primeira fase também inclui o diagnóstico, embora ela não use este termo, e sim identificação do problema e estabelecimento da prioridade.

A Associação Americana de Enfermeiras dá as seguintes etapas para o processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento do objetivo, plano de cuidados, ação da enfermagem, renovação da coleta de dados (*reassessment*) e revisão do plano.

O uso dos termos *assessment* ou *assessing* inclui sempre o histórico de enfermagem; pode ou não incluir o diagnóstico de enfermagem, dependendo dos autores.

Há inúmeros modelos do processo de enfermagem, mas nenhum deles tem base teórica, com exceção daquele de Sister CALLISTA ROY, que se baseia na teoria da adaptação e consta das seguintes fases: levantamento (*assessment*) do comportamento do cliente, levantamento (*assessment*) dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objetivo, intervenção, avaliação.

Necessidades humanas básicas

Conceituação e características

Inicia-se neste capítulo o estudo das necessidades humanas básicas, considerando-as como os entes da enfermagem. Toda a ciência deve determinar seu ente concreto, descrevê-lo, explicá-lo e prever sobre ele. Na ciência de enfermagem considera-se ente concreto — a necessidade humana básica — que faz parte de um ser: o ser humano. Como o ser humano não pode ser objeto de nenhuma ciência ôntica, resta aos cientistas determinar os entes que o têm como habitáculo. Assim é o caso específico dos entes da enfermagem, isto é, as necessidades humanas básicas.

Que são necessidades humanas básicas? Há inúmeros conceitos; nenhum deles satisfaz plenamente, mas é possível estabelecer bases fundamentais para futuras indagações, abordagens e reformulações.

São estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Este conceito tornar-se-á mais claro ao estudarmos as características das próprias necessidades. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não.

Problema de enfermagem: são situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional.

Por principais características podemos enumerar: são latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, energéticas, hierarquizadas; têm peculiaridades individuais; são resultantes da interação meio interno e meio externo, têm bases onto e filogenéticas.

As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

Inúmeros fatores interferem na manifestação e atendimento; entre eles podem-se citar: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente físico.

MASLOW baseia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades humanas básicas. Estas foram por ele hierarquizadas em cinco níveis: 1) necessidades fisiológicas, 2) de segurança, 3) de amor, 4) de estima, 5) de auto-realização. Um indivíduo só passa a procurar satisfazer as do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores. O mínimo referido ainda não foi determinado, mas o próprio autor reconhece que tal sistemática não é rígida, variando também em alguns indivíduos.

Um conceito fundamental de MASLOW é de que nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais motivação individual.

Prefere-se utilizar na enfermagem a denominação de JOÃO MÓDICA: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual; os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto e dentro dos conhecimentos atuais, é característica única do homem.

Classificação

Necessidades psicobiológicas	Necessidades psicossociais
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Criatividade
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade cutâneo-mucosa	Aceitação
Integridade física	Auto-realização
Regulação: térmica, hormonal, neuroológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.	Auto-estima
Locomoção	Participação
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Auto-imagem
Ambiente	Atenção
Terapêutica	Necessidades psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Todas estas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não é soma de suas partes.

Nos estudos já realizados pode-se perceber a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades e o distanciamento de outras, mas em maior ou menor intensidade todas elas sofrem alterações quando qualquer uma se manifesta, seja por desequilíbrio causado por falta ou excesso de atendimento.

Assim é que em estudo recente pôde-se verificar a relação entre eliminação, nutrição e hidratação; nos sessenta casos estudados a eliminação nunca apareceu isolada, esteve associada ora à hidratação ou nutrição ou às duas.

Exemplos de manifestação de necessidades

Quando a necessidade se manifesta, o faz por sinais e sintomas que em enfermagem, por enquanto, denominam-se problemas de enfermagem. A necessidade de oxigenação seria o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais. As mani-

festações podem ser evidenciadas pelos seguintes problemas de enfermagem: cianose, dispnéia, ortopnéia, lentidão, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, ansiedade, medo, euforia, tontura, coriza, tosse, hemorragia, sangramentos, tabagismo, obstrução das vias aéreas, estase circulatória, modificações no ritmo, frequência e demais características dos movimentos respiratórios, etc.

A necessidade de amor é o processo dinâmico de troca de energia emocional positiva entre os seres vivos. Esta necessidade pode se manifestar por ansiedade, insegurança, tensão, rejeição, negativismo, indiferença, depressão, solidão, frustração, fuga, medo, dores, diminuição ou aumento da motricidade, angústia, agressividade, anorexia, emagrecimento, dependência, obesidade, insônia, choro, apatia, prostração, euforia, exibicionismo, delinqüência, desvios de comportamento, etc.

Estes dois exemplos talvez possam ilustrar toda a complexidade do estudo da enfermagem. É um desafio, mas não é inexequível.

Histórico de enfermagem

Conceito

É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para a(o) enfermeira(o)) que tornam possível a identificação de seus problemas.

Já em 1965 introduzimos oficialmente no programa de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP a história dos problemas de saúde do paciente, com o título de Anamnese de Enfermagem; entretanto, este termo não nos satisfaz, pois havia o problema de conotação com a anamnese médica. Procurou-se então outra denominação que, igualmente significativa, não tivesse o inconveniente apontado.

Em reunião do corpo docente da cadeira de Fundamentos de Enfermagem, realizada em 1967, posto em debate o assunto, coube à instrutora YORIKO HARA, a partir da idéia inicial de história de enfermagem do paciente, sugerir a locução "histórico de enfermagem", desde então oficialmente por nós adotada.

Características

- a) Concisão — o histórico deve ser conciso, sem repetições, claro, preciso.
- b) Informações que permitam dar um cuidado imediato.
- c) Individualização — o histórico é individual e deve permitir tal objetivo.
- d) Não duplicar informações — dados de interesse médico, por exemplo, doenças da infância, não precisam ser colhidos pela(o) enfermeira(o), basta ler a anamnese médica.

Responsabilidade

Só a(o) enfermeira(o) e a obstetrix poderão fazer o histórico de enfermagem; esta atividade não pode ser delegada. Em alguns casos o próprio paciente pode preencher parte de seu histórico, que obrigatoriamente deverá ser completado pela(o) profissional.

Técnica

Utiliza-se de preferência a entrevista informal, promovendo uma interação enfermeira-paciente. Outras técnicas são úteis e utilizadas durante toda a entrevista, como a observação. No exame físico emprega-se a inspeção, palpação e ausculta.

É indispensável a apresentação pessoal, explicando-lhe o que se vai fazer e *por que*.

O histórico deverá ser feito na admissão, isto é, no primeiro contato com o cliente, o que pode ocorrer no quarto, na sala de admissão da clínica, no ambulatório, no domicílio.

Fatores que interferem

- Relacionados ao cliente

A *condição ou estado geral do cliente* irá influir na coleta de dados. Será dada prioridade à necessidade mais sentida pelo cliente e o histórico poderá ser protelado, mas através da observação muitos dados serão colhidos; *a idade* é um fator importante: por exemplo, no caso de crianças e idosos, muitos dados serão obtidos do acompanhante; *sexo* deve ser levado em consideração, haverá maior dificuldade na obtenção de certos dados de acordo com o sexo, principalmente no exame físico; *cultura* deve ser respeitada e traz informações adicionais para o cuidado; *escolaridade* determina padrões de comunicação verbal e escrita; acompanhantes podem favorecer ou dificultar

a coleta de dados, cabendo à(o) enfermeira(o) usar toda a sua capacidade de simpatia para obter bons resultados; *tempo de permanência no hospital* irá simplificar ou estender o histórico, dependendo do tempo previsto para internação; se o cliente já traz o histórico de enfermagem preenchido no ambulatório ele será somente completado na admissão, com os dados mais relevantes; *padrões de comunicação*: diz respeito a estrangeiros, a deficientes visuais, auditivos ou da articulação da palavra; a(o) enfermeira(o) utilizará outros meios de comunicação que permitam a coleta de dados indispensáveis.

- Relacionados ao profissional

O *preparo e o treino* da enfermeira na coleta de dados é indispensável ao bom êxito da atividade; quanto mais históricos tiver feito, maior será a habilidade e menor o tempo gasto nesta tarefa; *autoconhecimento* é necessário para impedir que a enfermeira projete no paciente os seus próprios problemas; *tempo disponível* implica planejamento para determinar o tempo que será gasto com cada cliente, evitando assim a sobrecarga e a improvisação.

- Relacionados à instituição

A *filosofia da instituição*, se centrada no cliente, irá favorecer o exercício da enfermagem, do contrário haverá um antagonismo entre a instituição e os objetivos da enfermagem; *filosofia do serviço de enfermagem* declarada e clara, centrada no cuidado do cliente, irá favorecer a execução do processo de enfermagem; uma filosofia desvinculada do cuidado do cliente criará empecilhos à execução do histórico de enfermagem; *quantidade e qualidade do pessoal* irá limitar ou favorecer a introdução do histórico de enfermagem, bem como de todo o processo de enfermagem.

Mínimo indispensável

Completar os dados de identificação; percepção e expectativas (experiências prévias, sentimentos, problemas, preocupações, o que sabe sobre a doença, o que espera da equipe de saúde); atendimento das necessidades básicas (alimentação, hidratação, eliminação, sono e repouso, cuidado corporal, recreação, espirituais); exame físico; problemas ou padrões de comunicação.

Vantagens e utilização dos dados

É o primeiro passo do processo de enfermagem; é a utilização de metodologia científica; permite interação enfermeira(o)-cliente; permite um cuidado profissional; leva à pesquisa; conduz ao diagnóstico

de enfermagem; determina prioridades, orientações e observações posteriores.

Problemas de enfermagem

A coleta de dados leva à identificação dos problemas de enfermagem. Problema de enfermagem é toda a situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, família ou comunidade que exija assistência profissional.

Exame físico

O exame físico tem por finalidade identificar problemas de enfermagem, diferindo por isso do exame feito pelo médico.

Material necessário:
lençol;
mesa de exame;
balança clínica com antropômetro;
espátula;
termômetro;
esfigmomanômetro;
estetoscópio;
garrote;
bolas de algodão com álcool e éter.

Descrição da técnica do exame físico

Pedimos ao paciente para retirar o roupão e sapatos e subir na balança, onde é pesado e medida sua altura. Observamos a sua postura de pé.

Pedimos ao paciente para deitar e observamos sua postura deitado, cobrimos com lençol, removemos suas meias, desamarramos a camisola retirando-a dos braços ou removemos o paletó do pijama deixando-o sobre o tórax. Lavamos nossas mãos.

Verificamos os sinais vitais, descobrindo parcialmente o tórax para ausculta do pulso apical.

Iniciamos então a inspeção e palpação partindo da cabeça e seguindo esta ordem: cabeça — cabelo e couro cabeludo, orelhas, olhos, fossas nasais, cavidade bucal (usando a espátula para este fim), face em geral, pescoço; membros superiores — braços, antebraços, mãos e unhas; palpamos os deltóides, observamos o estado das veias nos três segmentos, usando garrote caso a rede venosa não seja visível à simples inspeção e palpação; membros inferiores —

coxas, pernas e pés; palpamos os músculos vastos laterais e examinamos a rede venosa como foi descrito para os membros superiores; tórax ventral — com palpação das mamas, abdome, inspeção dos genitais externos; pedimos ao paciente para ficar em decúbito lateral ou ventral e examinamos o tórax dorsal, região sacro-lombar, nádegas e ânus. Durante este exame vamos conversando com o paciente para completar dados ou confirmá-los. Descobrimos uma região de cada vez, mantendo o restante do corpo coberto com o lençol e a camisola ou paletó do pijama.

Vestimos o paciente, auxiliamo-lo a levantar-se. Lavamos as mãos.

Usamos as bolas de algodão com álcool e éter em casos de dúvida entre lesões da pele e sujidade.

Considerações gerais

Durante a inspeção, se notarmos constrangimento por parte do paciente na observação direta dos genitais externos, não a fazemos; completamos nossos dados pela inspeção das roupas interiores, pela entrevista e posteriormente com observações na enfermaria. Assim também as observações das posturas deitada e sentada serão completadas na enfermaria.

Partes de um histórico

Identificação

Estes dados devem ser os mais completos possíveis e incluem: nome por extenso, enfermaria, leito, registro, sexo, idade, estado civil, com inclusão de filhos e respectivas idades; procedência, nacionalidade, com investigação da nacionalidade dos pais; ocupação, com detalhes (exemplificando: o paciente diz que é sapateiro; ele pode ser dono de uma oficina de conserto, tendo mais de um empregado, ou então ele é empregado de uma oficina; o seu *status* e salário variarão, segundo estas duas possibilidades, e devem ser levados em consideração no planejamento dos cuidados de enfermagem); grau de instrução; religião, procurando-se saber se é ou não praticante; diagnóstico médico; data de admissão e por que via foi admitido no hospital (ambulatório, pronto-socorro etc.) Em casos especiais, a critério da(o) enfermeira(o), procurar-se-á colher dados a respeito da família, como número de irmãos e a posição do paciente neste grupo, idade dos pais, do outro membro do casal, se outras pessoas moram com a família etc.

Hábitos (relacionado ao atendimento das necessidades básicas)

Meio ambiente: condições de moradia, água, esgoto, lixo, combustível, eletricidade, condições do bairro, facilidade de condução e comunicação.

Cuidado corporal: banhos, abluções, higiene oral, corte de unhas, cuidados com os cabelos, raspagem de pêlos, higiene íntima, uso de desodorante, uso de cosméticos etc.

Eliminação: hábitos de evacuação intestinal e urinária, como horários, duração, lavagem das mãos, frequência, hábitos e tabus em relação à menstruação etc.

Alimentação: ingestão de alimentos e líquidos, hábitos alimentares; horário, frequência, preferências, intolerâncias, quantidade, qualidade etc.

Sono e repouso: horário, tempo, repouso, hábitos relacionados a estas funções.

Exercícios e atividades físicas: hábitos sedentários, prática de esportes, ginástica, vida ativa etc.

Atividade sexual: devem ser respeitados os tabus culturais relativos ao assunto. Com cuidado e critério, poderemos abordar este tema com o paciente. Na impossibilidade de encaminhar os problemas ou em caso de dúvida, é preferível não abordar o assunto do que fazê-lo de maneira desastrada.

Recreação: hábitos de lazer e gostos e preferências de recreação.

Participação na vida familiar: comunicação com a família, *status* e papéis desempenhado no grupo familiar, hábitos sociais em relação à família.

Participação na vida religiosa: comunicação com Deus, papel da religião na vida do paciente, práticas religiosas, papéis desempenhados na comunidade religiosa etc.

Participação na vida comunitária: comunicação com a comunidade, *status* e papéis que desempenha, hábitos sociais e cívicos relacionados à vida comunitária etc.

Participação na vida profissional: comunicação no trabalho, *status* e papéis que desempenha na vida profissional, hábitos relacionados ao trabalho etc.

Manutenção da saúde: exame médico periódico, exame dentário periódico, imunizações etc.

Exame físico

1) Condições gerais: estado geral, condições do vestuário, condições mentais, expressão facial, condições de locomoção, peso, altura, hábitos de fumo, álcool ou drogas, alergias e outros.

2) Sinais vitais: frequência e características de pulso, respiração, valores da temperatura e tensão arterial.

3) Condições físicas relacionadas a: limpeza corporal, postura e aparelho locomotor, revestimento cutâneo-mucoso e termo-regulação; aparelho cardíaco-respiratório; sistema digestivo, aparelho urogenital, órgãos dos sentidos, medicação parenteral.

4) Queixas do paciente.

5) Problemas identificados.

Problemas de saúde

Neste setor procuramos sobretudo colher dados sobre as percepções do paciente, que necessidades ele sente, qual o significado para ele de todo o sistema: doença-hospital-equipe de saúde.

1) O que o paciente acha de sua doença: qual a causa, por que adoeceu, o que ele acha que está acontecendo, o que significa para ele doença, tratamento, internação, hospital, alta, operação, exames, enfermagem etc.

2) Que doenças já teve e suas experiências com hospitalais.

3) Medos ou preocupações: do hospital, da cirurgia, da anestesia, de dor, de morrer, da dependência de outras pessoas, de mudanças no corpo, de perder o amor dos familiares, de ser enganado, de tomar remédio errado, de tratamento errado, de ficar muito tempo no hospital, de ser despersonalizado etc.

4) Fase da doença: grave, aguda, crônica, subaguda etc.

5) Resultados dos exames de laboratório de interesse para a enfermagem: fezes, urina, hemograma etc.

Observação do paciente no hospital

Para ser preenchido, caso o paciente já esteja internado quando da primeira entrevista, ou para coleta de dados posteriores na evolução do paciente: ajustamento do paciente ao hospital, aos colegas, à equipe de enfermagem, à equipe de saúde, à alimentação, necessidades sentidas pelo paciente.

Conclusões

1) Problemas identificados.

2) Análise dos problemas para identificação das necessidades e dependências de enfermagem pelo paciente.

3) Diagnóstico de enfermagem.

Comentários

Nossa experiência com os alunos nos mostrou que, mesmo no primeiro ano, são capazes de fazer um bom histórico de enfermagem; o levantamento dos problemas é feito rapidamente e o paciente recebe, de imediato, os cuidados que precisa receber. Nossa experiência com os alunos do curso de pós-graduação foi também animadora; os estudantes avaliaram a qualidade do método e a possibilidade do levantamento precoce dos problemas e de melhor atendimento do paciente. Um aspecto muito importante para os dois grupos — paciente e estudante: houve melhora notável na sua comunicação e relacionamento.

Desta maneira, cremos que o cuidado de enfermagem venha a deixar de ser empírico para se tornar científico, baseado no levantamento dos dados, com pleno conhecimento de sua problemática.

Histórico de enfermagem simplificado

Considerações gerais

A introdução na prática do histórico de enfermagem ocorreu em 1965, quando o aplicamos pela primeira vez com os alunos sob o nome de anamnese de enfermagem. À medida que aplicávamos o processo surgiam novos dados a serem colhidos; dessa forma os modelos usados foram crescendo, em tamanho e complexidade. Por fim, em 1969, tínhamos três modelos de histórico de enfermagem; o modelo I, bem simples, para ser usado por alunos que cursavam Fundamentos de Enfermagem, cujo conteúdo correspondia a 4 páginas de texto; o modelo II, bem mais completo, porém ainda não incluindo todos os dados necessários para o levantamento das necessidades dos pacientes, desenvolvia-se em 8 páginas. Afinal, o modelo III resultou de discussão de um grupo de estudos formado por docentes de várias disciplinas da Escola de Enfermagem da USP; este modelo completo constava de doze páginas de texto.

Os três modelos têm sido utilizados por estudantes do pós-graduação, nível de mestrado, em seus trabalhos de campo com a aplicação do processo de enfermagem, do que resultaram modificações importantes na ordem e seqüência da entrevista; por exemplo: a obtenção dos dados das necessidades básicas partindo daquelas por nós

consideradas neutras para as mais pessoais — sono e repouso, atividades, alimentação, eliminação ao invés do abrigo, cuidado corporal, sexualidade, etc., que iniciavam os outros históricos.

Passaremos a descrever, em linhas gerais, os tópicos dos três modelos de históricos, sem entrar em seus detalhes.

Histórico I

1. Identificação. Dados colhidos diretamente do paciente, da ficha leito ou do prontuário. Nome, enfermaria, leito, registro, idade, sexo, cor, estado civil (número e idade dos filhos), religião, escolaridade, ocupação, profissão, naturalidade, procedência, data de internação, por onde foi internado, diagnóstico médico, residência fixa, residência temporária, fase da doença ou tratamento.

2. Dados clínicos de interesse para a enfermagem. Resultado dos mais recentes exames de laboratório, específicos, a mais recente prescrição médica, outras observações colhidas do prontuário, do médico, da enfermeira-chefe e de outros membros da equipe hospitalar.

3. Entrevista e observação do paciente. Queixas, problemas e necessidades sentidas, tais como: O que o incomoda no momento? Quais suas preocupações no momento? (pesquisar medos) O que sabe sobre sua doença? Por que acha que ficou doente? O que sabe sobre seu tratamento? Quais as suas experiências anteriores com doenças, hospitalização e tratamento? Quando procura o médico? Quando procura o dentista? O que considera ser bem atendido pela enfermagem no hospital? Quanto tempo pensa ficar no hospital? Que vacinas tomou nos últimos cinco anos?

4. Necessidades básicas na hospitalização (comparar com os hábitos anteriores). Sono e repouso (horário, posição, uso de travesseiros). Alimentação e hidratação (aceitação, quantidade, preferência, outros). Eliminação (fezes, urina, menstruação, frequência, hábitos, características). Recreação (preferências, atividades físicas, intelectuais, sociais).

5. Exame físico. Peso, altura, temperatura, pulso e respiração (características), PA, pulso apical; expressão facial (descrever); posição no leito e postura (descrever); locomoção e motilidade (descrever); estado mental (nível de consciência, orientação auto e alopsíquica). Condições da pele e anexos: (coloração, integridade, umidade, limpeza, temperatura etc.) pele, cabelos e couro cabeludo. Cavidade bucal (condições dos lábios, mucosas, língua, orofaringe,

dentos). Órgãos dos sentidos; segmentos para medicação parenteral (músculos e rede venosa). Alergias (inalantes, medicamentos, alimentos, sabões, adesivos, tecidos, cosméticos); etilismo, tabagismo, outros, deformidades físicas, outros sinais e sintomas observados.

6. Ajustamento do paciente ao hospital. À enfermaria, à equipe de saúde, à equipe médica, à equipe de enfermagem.

7. Impressões do entrevistador sobre o paciente. Descrição sumária da impressão subjetiva do entrevistador sobre o paciente.

8. Dados colhidos por: _____.

Poderemos ver neste histórico de enfermagem que a maioria das necessidades básicas não são pesquisadas, só as mínimas indispensáveis para um primeiro atendimento; o exame físico também é incompleto.

Histórico II

1. Identificação. Ver histórico I.

2. Dados clínicos de interesse para a enfermagem. Exames de laboratório (rotinas e os mais recentes), específicos para o diagnóstico; prescrição do dia.

3. Percepções e expectativas do paciente. O que sabe de sua doença? A que atribui sua doença? O que sabe sobre seu tratamento? Medos e preocupações; queixas do paciente. Quais as experiências que já teve com doença, internação e tratamento? Quanto tempo pensa que vai ficar internado?

4. Atendimento de suas necessidades básicas (antes da doença e no hospital). Sono e repouso (hábitos, características, uso de travesseiros, cobertores, colchão). Exercícios e atividades físicas (atividade diária, ginástica, esportes). Alimentação (tipo, frequência, quantidade, preferências, idiossincrasias, hidratação, líquidos preferidos). Eliminações (frequência, hábitos, características, fezes, urina, menstruação, outros). Cuidado com a pele e mucosas (tipo e frequência — banhos, abluções, higiene oral, cabeça, barba, cosméticos, próteses). Habitação (condições — água, esgoto, lixo, energia, planta física, ambiente, recursos da comunidade, animais, insetos, roedores). Reprodução (problemas sentidos e necessidades de orientação). Necessidades psicossociais — recreação, religião, comunicação, participação na vida comunitária.

5. Hábitos relacionados à saúde. Exames médicos periódicos; exames dentários, imunizações, tabagismo, etilismo, outros, alergias a drogas e outros alérgenos.

6. Exame físico. Condições gerais: aspecto (descrever); expressão facial (descrever); estado mental (descrever); locomoção e postura (descrever); vestuário; peso e altura; temperatura, pulso radial e apical, respiração (características), pressão arterial. Condições dos segmentos ao que se refere a: limpeza, integridade, secreções, forma e volume, temperatura, ausência de segmentos, próteses, mobilidade, acuidade, manchas, condições para medicação parenteral, vascularização, odor etc. Cabeça e couro cabeludo: face; cavidade bucal (hálito, língua, sensibilidade gustativa, mucosas, lábios, orofaringe, dentes, fonação); órgãos dos sentidos (olhos, orelhas, narinas); pescoço. Membros superiores — braço, deltóides, antebraço, mãos, unhas, rede venosa; membros inferiores — coxa, vastos laterais e glúteos, perna, pé, rede venosa. Tronco — tórax anterior; abdome; genitais; tórax posterior; região sacro-lombar; nádegas; ânus. Condições específicas relacionadas a: drenos; sondas; venoclise; curativos; traqueostomia; pele e mucosas; distribuição de pêlos; tecido subcutâneo; outros sinais e sintomas observados e relatados.

7. Ajustamento do paciente ao hospital. À enfermaria, à equipe de saúde, à equipe de enfermagem, às rotinas hospitalares.

8. Impressões do entrevistador. Como no histórico I.

9. Conclusões. Problemas identificados, necessidades afetadas que vão nos dar o diagnóstico de enfermagem. Plano assistencial de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem.

Este modelo já incluía em si todo o processo, o diagnóstico, o plano assistencial, a evolução e o prognóstico de enfermagem.

Algumas falhas a serem apontadas dizem respeito às condições gerais, no exame físico, e em outros itens onde havia uma extensa lista para observar, induzindo à rotulação do paciente e a critérios subjetivos, por exemplo: Aspecto: abatido () pálido () cianótico () indiferente () calmo () agitado () fraco () apático () bem disposto () etc. Este tipo de classificação era não só muito subjetivo, como também aumentava demasiadamente o questionário, além de permitir repetição; ao chegar na análise da pele voltavam a ser usados os termos cianótico, corado etc. Achamos preferível colocar somente a descrição, que deverá ser a mais objetiva possível.

Histórico III

Dados colhidos por: _____ Data: _____

Dados fornecidos por: _____

1. Identificação. Nome, registro, enfermaria, leito, idade e data de nascimento, sexo, quantidade e idade dos filhos, religião, escola-

ridade, ocupação, profissão, naturalidade, procedência (há quanto tempo), residência fixa (há quanto tempo), residência temporária (há quanto tempo). Data de admissão, por onde foi admitido, diagnóstico médico, fase da doença, diagnóstico de enfermagem.

2. Percepções e expectativas do paciente relacionadas à doença e hospitalização. Por que procurou o hospital? Como foi recebido? A que atribui a sua doença atual? O que sabe sobre a sua doença? O que sabe sobre seu tratamento? Em que esta hospitalização e/ou doença alterou: seus hábitos, sua situação no trabalho (o papel que desempenhava), sua situação familiar (o papel que desempenhava), sua situação na comunidade (o papel que desempenhava)? Quantas vezes e onde já esteve internado? Que impressões guardou destas internações? O que espera deste hospital? O que espera da enfermeira, do médico, do pessoal de enfermagem? O que significa para o Sr.(a): tratamento, exames, operação, anestesia, alta, injeções, isolamento, dieta, outros etc?

Procurar identificar medos e preocupações quanto à vida e morte, operação, anestesia, alterações no corpo, tratamento indicado, despersonalização, ser enganado, modificações nos hábitos, perder o emprego, privacidade. O que acha de ficar num quarto com outras pessoas? Sozinho? Espera receber visitas? Quanto tempo pensa ficar no hospital? Quais são seus planos para quando sair do hospital?

3. Atendimento das suas necessidades (hábitos anteriores à hospitalização). Sono e repouso — A que horas costuma deitar-se e levantar-se. Quanto tempo de sono acha que precisa, mantém sempre estes horários, quais os seus hábitos antes de dormir (rituais), tem dificuldade em pegar logo no sono? Que medidas usa para dormir que não seja medicação? Em que pensa quando não consegue dormir? Padrão de sono (leve, agitado, pesado etc.)? O que lhe tira ou dificulta o sono (número de travesseiros, cobertores, posição para dormir, colchão e travesseiros (tipo), dificuldade para dormir de novo quando é acordado). Repousa durante o dia, quando, por quanto tempo, tem algum método especial de repousar?

Exercícios e atividades físicas — No trabalho, no lar, pratica esporte, ginástica, outros.

Alimentação — Cardápio diário (alimentos mais utilizados, eventuais); número de refeições por dia, horários, preferências, apetite, mastigação, deglutição, digestão, náuseas, vômitos.

Líquidos — Volume diário, frequência, horário, tipo: água, café, chá, suco, refrigerante, outro.

Eliminações — Intestinal: período do dia, características das fezes (consistência, cor, odor, outros), constipação, diarreia, flatulência.

O que usa para corrigir a constipação ou a diarreia? O que causa mudança de hábito na evacuação intestinal? O que lhe causa diarreia? Sente dor ao evacuar? Tenesmo? Hemorróidas, outros problemas anorretais?

Urinária — Período, frequência, o que influi no número de vezes que urina? Tem algum problema em urinar (dor, ardor, prurido, sangramento, incontinência, enurese, nictúria, outros?) Características da urina (cor, volume, odor, sedimento etc.).

Menstruação — Ciclo, quantidade, duração, problema (dismenorréia, menóstase, amenorréia etc.). O que faz para resolver estes problemas? Tabus, medidas higiênicas que usa (ablucões, proteção).

Outras eliminações — Nasal, expectoração, fistulas etc.

Cuidado com a pele e mucosas — Banho (aspersão, imersão, ablução, outros), frequência, horário; cuidado com os dentes, faz tratamento dentário? O que usa na limpeza da boca e dentes? Frequência, horário, prótese (especificar como cuida da prótese).

Outros cuidados corporais diários

Higiene íntima (material e horário); limpeza das mãos (material e horário); limpeza dos pés (material e horário); limpeza do rosto (material e horário); outros.

Tricotomia — Barba (material, horário e frequência), bigode (material, horário e frequência), púbica ou axilar (material, horário e frequência), outra.

Cuidado com os cabelos — Penteação, escovação, lavagem (material, frequência), tabus, corte, cosméticos, peruca.

Unhas — Corte (material e frequência), uso de cosméticos, desodorante, talco, outros.

Cuidados com orelhas e narinas — Especificar.

Habitação — Zona de moradia (urbana, rural, suburbana, outra); número de cômodos, número de pessoas por cômodo; material de construção (alvenaria, madeira, caixote, pau-a-pique, outra); ventilação (número de janelas, portas, exposição ao sol); água (rede pública, poço, fonte, rio, outra); esgoto (rede pública, fossa — tipo rio, a céu aberto, outro); instalação sanitária (dentro de casa, fora de casa, outra); lixo (serviço público, enterrado, queimado, jogado, outro); combustível (gás, eletricidade, lenha, carvão, outros); quintal, jardim, horta, animais domésticos (especificar); presença de insetos e roedores (especificar); casa própria, alugada, cedida, outra. Topografia do terreno (baixada, colina, outro); localização (próxima à condução, longe de condução, muito longe); aparelhos eletrodomésticos (especificar); recursos de saúde próximos à casa (especificar quais).

Reprodução (procure obter a informação de acordo com as condições do paciente) — Há algum problema relacionado à vida sexual (frigidez, tabus, priapismo, impotência, insatisfação, dores, utilização de meios anticoncepcionais — quais?) Sente necessidade de orientação sobre a necessidade de reprodução?

Recreação — O que costuma fazer para se distrair? O que gosta ou gostaria de fazer no hospital para se distrair?

Outras necessidades psicossociais — Quem é mais importante para o Sr.(a) (pessoas)? O que é mais importante para o Sr.(a) (coisas). O que gostaria de fazer pelos outros aqui no hospital? O que gosta de fazer sozinho? O que gosta de fazer em grupo? O que gostaria que os outros lhe fizessem? Como gostaria de ser ajudado? Que espécie de coisas mais lhe agrada? (ou seja: que o deixam alegre, contente, feliz). Que espécie de coisas lhe desagradam, que o deixam triste, irritado, infeliz? A religião é importante em sua vida? Qual a sua participação na vida religiosa? (especificar).

Alterações de hábitos — Em que a doença e/ou hospitalização alterou seus hábitos de cuidado corporal, alimentação, eliminações, sono e repouso, reprodução, sexualidade, recreação e atividades sociais, auto-imagem etc.?

4. Controle de saúde.

Reações específicas a alimentos, medicamentos, sabões e sabonetes, adesivos, cosméticos, fumo, bebidas alcoólicas, outros.

Tem o hábito de fazer exame médico (frequência)? Tem o hábito de fazer exame odontológico (frequência)? Que imunização já recebeu?

5. Exame físico.

Condições gerais — Aspecto (descrever) expressão facial (descrever); estado mental (descrever); locomoção (descrever); postura (descrever); vestuário (descrever).

Sinais vitais — Temperatura; pulso apical e radial: características; respiração: características; pressão arterial.

Condições dos segmentos (limpeza, lesões, secreção, cor, forma, temperatura, turgor, motilidade, proteção, pêlos etc.) — Cabeça, cavidade bucal, pescoço, membros superiores e inferiores, tronco, tórax anterior e posterior, abdome, gênito-anal, órgãos dos sentidos.

Condições dos segmentos para medicação parenteral — Deltóides, glúteos, vastos laterais, rede venosa superficial.

6. Queixas do paciente.

7. O que gostaria de perguntar?

8. Dados clínicos de interesse para a enfermagem: exames complementares, prescrição médica mais recente.

9. Impressões do entrevistador sobre o paciente.

10. Conclusões. Diagnóstico de enfermagem (problemas identificados, necessidades afetadas, dependência de enfermagem). Plano assistencial de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem. Como comentamos anteriormente, este histórico é muito longo mas levanta toda a problemática do paciente; possui também os defeitos do histórico II no que diz respeito à rotulação e subjetividade em alguns dados.

Modelos de histórico de enfermagem simplificado

Apresentamos a seguir a simplificação dos históricos I e II. Esta simplificação consiste na elaboração do roteiro do histórico colocado à margem esquerda da folha de entrevista, deixando mais de 2/3 da folha livres para escrever como uma história clínica. Nos históricos anteriormente descritos havia muita dificuldade de manipulação dos dados que ficavam esparsos, além da repetição e do tempo excessivo para seu preenchimento, muitas vezes assustando o paciente. O modelo simplificado afasta toda esta problemática; à medida que o enfermeiro vai escrevendo já pode ir sublinhando os problemas de enfermagem identificados.

Entretanto, é indispensável que o enfermeiro saiba todo o conteúdo do roteiro, o que deve ser observado no paciente, todas as perguntas e referências nos diversos tópicos do roteiro; do contrário, o histórico ficará falho e de pouco valor para chegar ao diagnóstico de enfermagem definitivo.

Histórico de enfermagem I

Nome: _____ Registro: _____ Enf.: _____ Leito: _____

Identificação: nome, idade, sexo, cor, estado civil, número e idade dos filhos, religião, escolaridade, ocupação, profissão, naturalidade, procedência, data de admissão, residência fixa ou temporária.

Diagnóstico médico:

Por onde foi admitido:

1. Percepções e expectativas:

— Necessidades sentidas, o que o incomoda, preocupações, queixas, problemas, o que sabe sobre o tratamento, experiências anteriores com doenças, tratamentos e hospital.

— O que espera da equipe de saúde e de enfermagem?

- Quanto tempo pensa ficar no hospital?
- Quer receber visitas?
- 2. Necessidades básicas (hábitos, ritos, frequência, características, problemas que a doença trouxe no atendimento):
 - Sono e repouso.
 - Alimentação e hidratação.
 - Eliminação (intestinal, urinária, outros).
 - Recreação, Religião.
 - Habitação (condições de saneamento básico).
- 3. Hábitos de saúde:
 - Exame médico e odontológico periódico, imunizações, alergias, fumo, álcool, outros.
- 4. Exame físico:
 - Condições gerais, descrever aspecto geral, expressão facial, estado mental, locomoção, postura, vestuário, peso e altura.
 - Sinais vitais: Características e valores, pulso radial e apical, T, R, PA.
 - Condições dos segmentos: limpeza, lesões, secreções, cor, forma, temperatura, motilidade, acuidade dos sentidos, distribuição de pêlos, próteses, deformidades, ausência de segmentos.
 - Condições da rede venosa e músculos parenterais.
 - Cabeça: couro cabeludo, face, órgãos dos sentidos, cavidade bucal.
 - Pescoço, membros superiores e inferiores.
 - Tronco anterior: tórax, abdome, genitais.
 - Tronco posterior: tórax, lombo-sacra, nádegas, ânus.
 - Queixas.
- 5. O que gostaria de perguntar?
- 6. Impressões da enfermeira sobre o cliente.
- 7. Dados clínicos de interesse para a enfermagem.

Histórico de enfermagem II

Nome: _____ Registro: _____ Enf.: _____ Leito: _____

I. Identificação: Idade, sexo, cor, estado civil (número e idade dos filhos), escolaridade. Ocupação. Profissão (inclui cônjuge). Religião (praticante). Procedência, Naturalidade e Nacionalidade. Data de admissão. Diagnóstico. Por onde foi admitido.

II. Percepções e expectativas. O que incomoda — preocupações, medo, problemas. O que sabe sobre a doença, tratamento, experiências anteriores. O que espera da instituição e da equipe de saúde.

III. Atendimento das necessidades básicas (padrões, hábitos, frequência, horários, rituais, etc.). Sono e repouso. Exercícios e atividades físicas. Alimentação e hidratação. Eliminações. Cuidado corporal. Habitação (localização, cômodos, água, esgoto, lixo, combustível, luz, animais, insetos, quintal, jardim, etc.). Sexualidade e reprodução. Recreação. Religião. Constelação familiar. Atividade profissional. Atividade na comunidade. Outros. No que a doença, hospitalização, afetou hábitos, profissão, etc. Como e no que espera ser ajudado. Educação à saúde: fumo, álcool, drogas-alergias, imunizações. Exame dentário e médico periódico.

IV. Exame físico. Condições gerais: descrever aspecto geral, expressão facial, estado mental, locomoção, postura, vestuário, peso e altura.

Sinais vitais: Características e valores T, P, R e PA, pulso apical.

Condições dos segmentos (limpeza, lesões, secreção, cor, forma, temperatura, turgor, motilidade, acuidade, distribuição de pêlos, próteses, deformidades ou ausência de segmentos — Condições da rede venosa e músculos para injeção).

Cabeça: couro cabeludo, face, órgãos dos sentidos, cavidade bucal.

Pescoço: Membros superiores, membros inferiores. Tronco anterior: tórax, abdome, genitais. Tronco dorsal: tórax, lombo-sacra, nádegas, região anal.

Queixas.

V. O que gostaria de perguntar.

VI. Impressões do entrevistador sobre o paciente.

VII. Dados clínicos de interesse para a enfermagem.

Diagnóstico de enfermagem

É a segunda fase do processo da enfermagem. Analisando os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de enfermagem. Estes, em nova análise, levam à identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para seu atendimento.

Segundo FAYE ABDELLAH: “Diagnóstico de enfermagem é a determinação da natureza e extensão dos problemas de enfermagem apresentados pelos pacientes ou família, que recebem cuidados de enfermagem”.

Para VIRGINIA BONNEY: “É uma avaliação, dentro da estrutura dos conhecimentos atuais, da condição do indivíduo como um ser humano total, incluindo aspectos físicos, fisiológicos e de comportamento”.

Tentamos, no início de nossas investigações sobre o processo de enfermagem, utilizar estes dois conceitos sobre diagnóstico, mas nenhum deles mostrou ser operacional. Há pacientes que têm mais de 50 problemas, e não é prático enumerá-los para chegar a uma conclusão; o conceito de BONNEY não é prático e não conduz a uma solução viável.

Enunciamos a seguir o nosso conceito; talvez não seja o ideal, mas é praticável, leva a uma conclusão e tem sua base teórica na teoria das necessidades humanas básicas. Assim, para nós, diagnóstico de enfermagem é: a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela(o) enfermeira(o), do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

Pela própria conceituação de enfermagem, vê-se que o diagnóstico comporta duas dimensões: identificar as necessidades e determinar o grau de dependência.

Quanto à natureza, o grau de dependência pode ser *total* ou *parcial*. Na dependência total está implícita a extensão, e a natureza compreende tudo aquilo que a enfermagem faz pelo ser humano quando este não tem condições de fazer por si, seja qual for a causa.

Em havendo dependência parcial, a assistência de enfermagem pode situar-se em termos de *ajuda*, *orientação*, *supervisão* e *encaminhamento*, havendo uma ordenação seqüencial e inter-relacionada desta assistência, isto é, quando a dependência é de ajuda esta implica necessariamente em orientação, supervisão e o encaminhamento quando couber.

Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão

Tendo-se a preocupação constante de dar adequação pragmática à determinação de enfermagem em natureza e extensão, estudou-se uma tabela índice que procura simplificar, operacionalizando, a determinação da dependência de enfermagem.

Em 1972, no 24.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, foi apresentada uma primeira tentativa de dimensionar qualitativa e quantitativamente a dependência de enfermagem, assim: quando à natureza em Total e Parcial, quanto à extensão qualitativa em Total-Fazer e Parcial-Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar. Quantitativamente, a dependência parcial foi expressa em graus crescentes conforme fosse a capacidade do paciente em participar de seu cuidado, sendo determinados cinco graus — 1, 2, 3, 4, 5.

Em 1974, em trabalho publicado, reduziram-se as subdivisões classificadoras para quatro graus, atribuindo-lhes o valor 1, 2, 3, 4. A determinação destes valores era empírica, resultante da experiência de cada enfermeira e de seu conhecimento do cliente.

Estudando o procedimento utilizado por APGAR para avaliação do recém-nascido, o de ALDRETE & KROULIK e POSSO para definir índice de recuperação pós-anestésica e os de NORTON McLAREN e EXTON SMITH no risco de adquirir escaras, vislumbrou-se a possibilidade de estudar também uma tabela índice para a determinação da dependência em extensão. Para esta tabela utilizamos indicadores e valores:

0 (zero)	independente
até 6 pontos	grau 1
de 7 a 12	grau 2
de 13 a 18	grau 3

Descreve-se a seguir cada indicador e seus valores de classificação.

Conhecimento. O que o indivíduo sabe sobre o atendimento da necessidade básica. Classificação:

- Correto: conhecimento completo e certo sobre o atendimento.
- Semicorreto: alguns conhecimentos certos porém incompletos.
- Ignora: nada sabe sobre o atendimento ou é impossível, para o enfermeiro, ter dados sobre este conhecimento (inconsciente).

Deambulação. A capacidade do indivíduo de se locomover no espaço para poder atender suas necessidades. Classificação:

- Ambulante: deambulação sem empecilhos.
- Ambulante com auxílio: deambula com dificuldade, necessitando do auxílio de outra pessoa, apoios, e outros.
- Maca ou cadeira: a deambulação se faz ou por maca ou por cadeira de rodas.
- Acamado: não deambula, guarda o leito permanentemente.

Motilidade. A capacidade de movimentar os segmentos corporais visando atender suas necessidades básicas. Classificação:

- Total: todos os segmentos têm livre movimentação.
- Parcial: alguns segmentos não têm condições de movimentação; esta imobilidade pode ser dos membros inferiores ou superiores, ou tronco ou cabeça.
- Mínima: só movimenta um segmento ou no máximo dois.
- Nenhuma: incapaz de movimentar livremente qualquer segmento.

Estado mental. Condições mentais que permitam o atendimento correto e completo das necessidades básicas.

- Consciente: em pleno gozo de todas as suas funções mentais.
- Desorientado no tempo e no espaço: condição variável de funcionamento mental, às vezes plena consciência seguida de episódios de desconhecimento de sua situação auto e alopsíquica.
- Semiconsciente: condições de torpor, grande dificuldade em se tornar consciente de suas necessidades.
- Fases de inconsciência: apresenta por vezes fases de inconsciência, de curta ou média duração, sem chegar à dependência total.

Condições do ambiente. Dizem respeito a todas as condições do ecossistema que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades, tais como: ambiente físico, normas, regulamentos, grupo social, família, clima e outras condições do ecossistema. Classificação:

- Favorável: o ecossistema dá todas as condições para que o indivíduo satisfaça correta e completamente suas necessidades.
- Semifavorável: o ecossistema antepõe algumas restrições para o pleno atendimento das necessidades.
- Difícil: o ecossistema antepõe muitas restrições, dificultando o atendimento das necessidades.
- Desfavorável: o ecossistema impede totalmente o atendimento das necessidades.

Condições sócio-econômicas. Dizem respeito a todas as condições sociais e financeiras que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades, tais como: escolaridade, ocupação, cultura, renda familiar ou pessoal, procedência etc.

- Muito boa: escolaridade no mínimo de 2.º grau e renda familiar com fundo de reserva, casa própria etc.

- Boa: escolaridade no mínimo de 1.º grau completo, renda familiar que permita cobrir todas as despesas de manutenção sem sacrifício de atendimento das necessidades básicas psicossociais.

- Regular: escolaridade mínima de 1.º grau incompleto, renda familiar que permita cobrir estritamente o indispensável para viver, exigindo às vezes sacrifícios de algumas necessidades psicossociais, tais como recreação, lazer etc.

- Má: analfabetismo ou semi-alfabetizado, condições financeiras que não cobrem o atendimento das necessidades psicobiológicas ou absolutamente sem renda familiar.

Ainda no intuito de favorecer a visualização do grau de dependência (valor) pela enfermeira e sua equipe, uma vez calculado o grau de dependência este poderá ser representado por um círculo dividido em quadrantes; para representar o grau 1, preencher-se-ia um quadrante; o grau 2, dois quadrantes; o grau 3, três quadrantes e a dependência total seria o preenchimento completo do círculo (figura 4).

Recomenda-se às instituições de saúde que aplicam o processo de enfermagem a inclusão deste modelo a título experimental para verificar sua validação e sucessiva implantação, divulgando-se, se possível, os resultados obtidos.

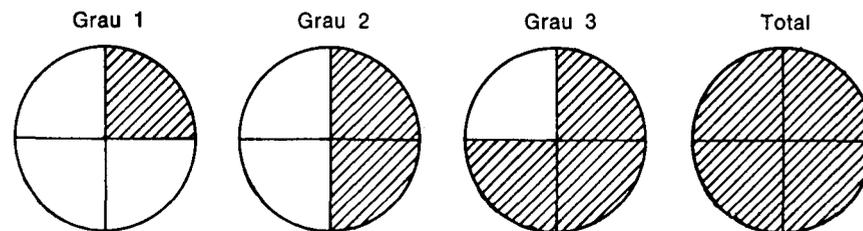


Figura 4. Níveis de dependência de enfermagem.

Tabela 1. Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão.

Indicador	Conhecimento	Deambulação	Motilidade	Estado mental	Condições do ambiente	Condições sócio-econômicas
0	correto	ambulante	total	consciente	favorável	muito boa
1	semi-correto	ambulante c/auxílio	parcial	desorientação no tempo e espaço	semi-favorável	boa
2	incorreto	maca ou cadeira	mínima	semiconsciência	difícil	regular
3	ignora	acamado	nenhuma	fases de inconsciência	desfavorável	má

Representação gráfica

Na aplicação do processo de enfermagem observou-se que a(o) enfermeira(o) encontra grande dificuldade em estabelecer o diagnóstico de enfermagem. Esta dificuldade tem sido relatada e sentida nas instituições de saúde que já aplicam o processo em todas as suas fases. Pode-se atribuí-la a várias causas: desconhecimento dos sintomas (problemas de enfermagem), de necessidades básicas alteradas, especialmente no nível psico-sócio-espiritual; desconhecimento da nomenclatura das necessidades básicas; distinção entre problemas de enfermagem e necessidades básicas; distinção entre tratamento de enfermagem e necessidade básica.

Sabe-se por outro lado que a literatura, tanto nacional como internacional, é insuficiente sobre esta temática.

Reconhece-se que a enfermagem como ciência só agora está se desenvolvendo: as teorias de enfermagem de autoras norte-americanas não definem claramente o ente da enfermagem; os inúmeros modelos de processos de enfermagem em uso nos Estados Unidos da América do Norte não têm fundamentação teórica; o diagnóstico de enfermagem é vago e impreciso, praticamente inoperante.

O diagnóstico de enfermagem, função específica da(o) enfermeira(o), tem sido objeto de estudos e discussões dada a sua complexidade e o estado de evolução em que se encontra a enfermagem.

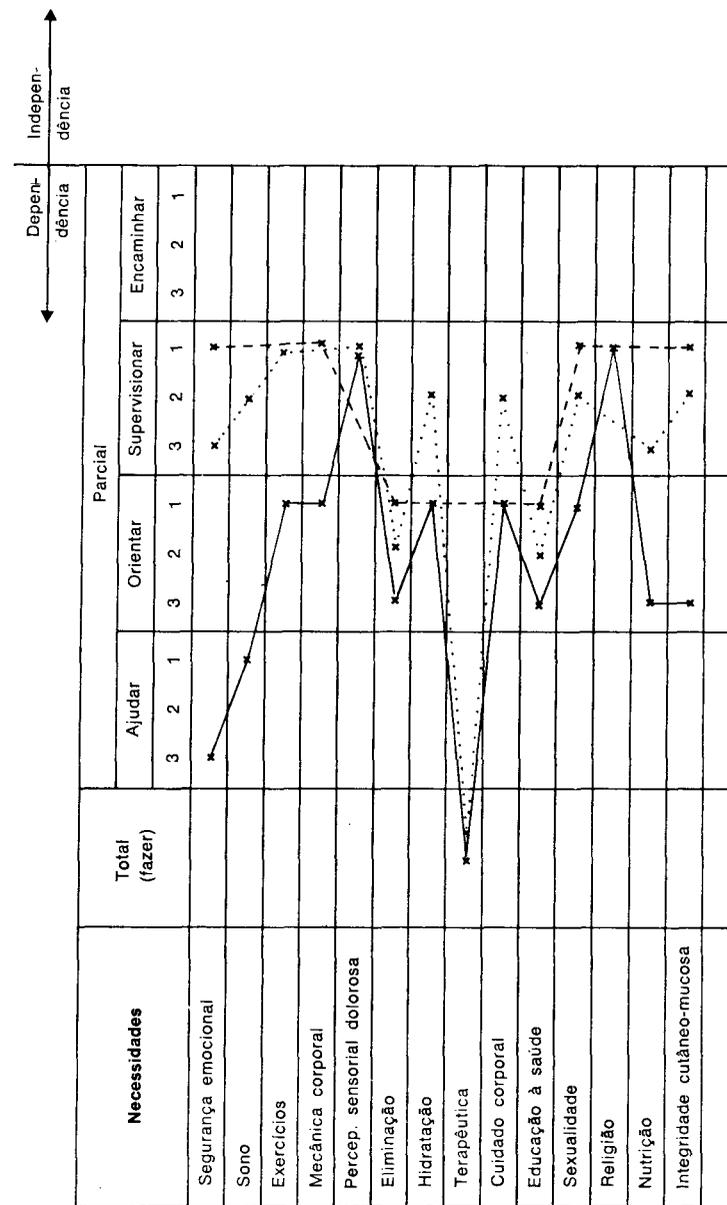


Figura 5. Diagnóstico de enfermagem — representação gráfica.

Tendo como fundamento teórico a teoria das necessidades humanas básicas, desenvolveu-se um conceito de diagnóstico de enfermagem, que é operacional e atende, no momento, às necessidades profissionais.

Verifica-se, entretanto, que este diagnóstico é de composição complexa e extensa, pois enumera as necessidades básicas que estão alteradas em natureza e extensão. Por este motivo estudam-se e investigam-se síndromes de enfermagem que mais concisamente incluirão a interligação de necessidades básicas comuns e sempre presentes em certas condições do ser humano.

Propõe-se a representação gráfica do diagnóstico de enfermagem, o que é possível e tornará mais clara sua apresentação. A representação gráfica permite a visualização das condições do cliente, mostra a flexibilidade do diagnóstico, a evolução e o prognóstico. Na figura 5 apresenta-se um modelo de representação gráfica, por si só explicativo.

Na primeira coluna da tabela de dupla entrada são enumeradas as necessidades identificadas a serem atendidas. Nas colunas restantes procura-se quantificar a dependência, sendo que, no caso de dependência parcial, em cada natureza de assistência: ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, ainda se estabelecem graus (de um a três) como objetivo de melhor quantificação (determinar a extensão).

Assim, no exemplo apresentado, quanto à necessidade de segurança emocional a paciente estaria em dependência parcial, devendo receber ajuda de maior intensidade possível quando de sua admissão. No gráfico tal situação seria assinalada no lugar próprio: *Ajudar 3*. Na segunda semana de internação, quanto a esta mesma necessidade, a intensidade da dependência diminui, situando-se na assistência de *Supervisão 3*. Finalmente, na alta, passaria a *Supervisão 1*.

A análise qualitativa e quantitativa de todas as necessidades apresentadas na tabela-gráfico será idêntica.

No momento da admissão, se forem unidos por segmentos de reta os pontos indicativos das dependências diagnosticadas, ter-se-á a visão global gráfica do aspecto assistencial diagnosticado.

A utilização de traços em cores ou tracejados diferentes com significado indicado em legenda apropriada permitirá também a visão global do processo evolutivo assistencial durante a internação. Pode-se assim perceber no exemplo citado a tendência de aproximação dos pontos ou dos gráficos indicativos correspondentes a situações mais próximas à recuperação, isto é, a de independência total.

Metodologia

A metodologia para se chegar ao diagnóstico de enfermagem pode ser esquematizada como na figura 6.

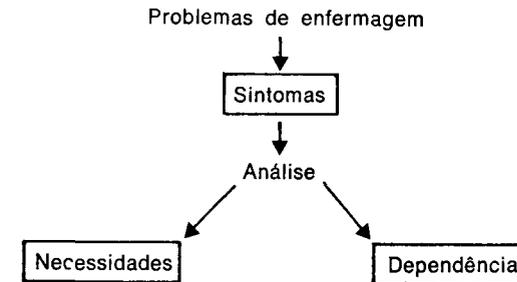


Figura 6

Como exemplo da análise do comportamento poderemos ter dois pacientes; os dois apresentam dor, irritabilidade, agressividade, humor instável, ansiedade, tensão. Num exame mais profundo encontra-se num dos pacientes o sintoma de frustração; chega-se então à conclusão que o primeiro tem um problema físico e o segundo problema emocional profundo. Se o tratamento fosse igual para os dois, baseado na sintomatologia aparente, haveria mau êxito num deles, pois as causas são profundamente diversas.

O diagnóstico de enfermagem é flexível; de acordo com a evolução cliente ele pode mudar radicalmente.

Plano assistencial

É a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

O plano assistencial é resultante da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência.

Em primeiro lugar colocam-se todos os cuidados referentes às necessidades cujas categorias, classificadas conforme o grau de dependência, seriam *total* (T) e *ajudar* (A), sob o título geral de *fazer* e

ajudar. Preferimos juntar estes cuidados em uma única categoria, porque na prática torna-se difícil separar uma da outra. O cuidado deve ser prescrito de maneira geral, por exemplo: xampu uma vez por semana, T.P.R. 3 vezes ao dia. Os detalhes constarão da prescrição diária de enfermagem, por ex.: fazer xampu quarta-feira; T.P.R. às 8 h, 14 h e 20 h.

A seguir, sob o título de *orientação* (O), serão colocadas todas as orientações e explicações que estão categorizadas como dependência (O) e aquelas que couberem a *total* (T) e *ajudar* (A).

Sob o título *supervisão* (S) entram todas as observações a serem feitas, os controles, a supervisão das orientações dadas; nesta prescrição caberão todos os cuidados cujas necessidades estão com dependência S, T, A e O.

Como *encaminhamento* (E), quando houver, estarão incluídos os cuidados das dependências E, T, O e S.

À medida que os cuidados prescritos forem efetuados, será feita um checagem na prescrição do plano assistencial. Se novas necessidades surgirem, o plano assistencial poderá ser acrescido dos novos cuidados a serem implementados. Na consulta de enfermagem o plano assistencial será mais detalhado pois substituirá o plano de cuidados (prescrição de enfermagem).

Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem

É o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

A forma de apresentação irá variar de acordo com a metodologia empregada. Se for usado o plano de cuidados este deverá ser precedido da enumeração dos cuidados prioritários e obedecerá à disposição, quando possível, dos modelos aqui apresentados. A prescrição de enfermagem deverá ter como base os cuidados prioritários, mesmo que estes não estejam escritos; poderá existir uma folha somente para a prescrição de enfermagem ou esta usará a própria folha de prescrição médica, desde que seja norma estabelecida pela instituição.

Segundo LYGIA PAIM a prescrição deve ser redigida como um objetivo operacional e o verbo utilizado sempre no infinitivo, traduzindo a ação correspondente ao nível de dependência de enfermagem.

Assim, quando a dependência for total, os verbos deverão indicar o que fazer pelo paciente, por ex.: aplicar, banhar, executar, lubrificar, administrar, pesar etc.

Quando a dependência corresponde à ajuda, poderão ser usados os seguintes verbos: ajudar, acompanhar, auxiliar, facilitar, fornecer, permitir etc.

Os seguintes verbos poderão ser utilizados quando a dependência for a nível de orientação: orientar, esclarecer, debater, discutir, explicar, informar, etc.

Quando a dependência for de supervisão, o verbo usado deverá corresponder à ação de observar e controlar: observar, controlar, avaliar, inspecionar, supervisionar etc.

Na dependência de encaminhamento poderão ser empregados os verbos: encaminhar, levar, conduzir, dirigir etc.

A prescrição precisa ser concisa, clara e específica. Quando for prescrita mudança de decúbito, deverão ser explicitadas as posições indicadas com os respectivos horários; assim também serão prescritos os locais para injeção intramuscular, obedecendo ao rodízio, quando assim for necessário.

As prescrições deverão ser checadas quando realizadas. Sempre que necessário será feita e anotada a observação referente à avaliação do cuidado prestado.

Evolução de Enfermagem

É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução é, em síntese, uma avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem implementada).

Anotar inicialmente a avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem), os dados subjetivos seguidos pelos dados objetivos. Se for identificado um novo problema de enfermagem, avaliar se é sintoma das necessidades já identificadas ou surgimento de uma nova necessidade a ser diagnosticada. A redação deve ser clara, sucinta, evitar a mera repetição das observações já anotadas na avaliação dos cuidados especificados no plano de cuidados (prescrição de enfermagem).

Da evolução poderão advir mudanças no diagnóstico de enfermagem, no plano assistencial e no plano de cuidados (prescrição de enfermagem). Estas mudanças visam melhorar a assistência de enfermagem prestada ao cliente e conseqüentemente elevar o nível de atendimento em qualidade e quantidade. A evolução exerce um verdadeiro controle sobre a qualidade e a quantidade do atendimento, fornecendo dados para a supervisão do pessoal auxiliar.

Prognóstico de enfermagem

É a estimativa da capacidade do ser humano em atender a suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

O prognóstico indicará as condições que o cliente atingiu na alta médica. Ele chegou à total independência? Está dependente no que e quanto?

Um bom prognóstico é aquele que leva ao autocuidado, portanto, à independência de enfermagem; um prognóstico sombrio é aquele que se dirige para a dependência total.

O prognóstico é também um meio de avaliação do processo em si, mede todas as fases e chega a uma conclusão.

Consulta de enfermagem

A(o) enfermeira(o), ao atender o indivíduo não-hospitalizado aparentemente sadio ou o doente em tratamento ambulatorial, poderá aplicar o processo de enfermagem e quando o faz está realizando uma consulta de enfermagem.

Considera-se, pois, como conceito operacional neste trabalho, a consulta de enfermagem como a aplicação do processo de enfermagem; portanto, a assistência profissional prestada ao indivíduo aparentemente sadio ou em tratamento ambulatorial.

Foram realizadas sessenta consultas de enfermagem em indivíduos aparentemente sadios, num grupo etário de 18 a 28 anos, sendo cinquenta e oito mulheres e dois homens.

O histórico de enfermagem utilizado constou das seguintes partes: dados de identificação, percepções e expectativas, atendimento das necessidades básicas, exame físico, queixas e o que gostaria de perguntar, impressões da(o) enfermeira(o) sobre o cliente, dados clínicos de interesse para a enfermagem.

Os dados foram colhidos em entrevista informal, e à medida que os problemas de enfermagem surgiam já eram assinalados no próprio relatório.

Uma vez identificados os problemas de enfermagem, partiu-se para a análise a fim de chegar ao diagnóstico de enfermagem (em alguns casos, provisório). O plano assistencial elaborado com a participação do próprio cliente já foi iniciado e implementado durante a consulta.

Verificou-se que não havia obrigatoriedade de um plano de cuidados, tal como vem sendo normalmente recomendado; o próprio plano assistencial, um pouco mais detalhado, permite sua implementação imediata. Como é o próprio profissional que executa o plano assistencial, não há também premência em determinar a extensão da dependência, só sua natureza.

O tempo médio dispendido foi de uma hora para a primeira consulta e de dez a quinze minutos para as consultas subseqüentes. Estas permitiram a avaliação do processo e forneceram elementos para a evolução e prognóstico do cliente.

No grupo consultado foram identificados vinte e oito necessidades afetadas por indivíduo, e a média de nove. As dez necessidades mais afetadas em ordem decrescente foram: mecânica corporal, educação à saúde, segurança emocional, integridade cutâneo-mucosa, regulação vascular, nutrição, hidratação, regulação hormonal, oxigenação.

Este estudo permitiu verificar a inter-relação entre as necessidades de eliminação, hidratação e nutrição. A eliminação associada à hidratação (9), à nutrição (9) e às duas (8), não foi encontrada isoladamente em nenhum caso.

O plano assistencial consistiu basicamente em orientação, controle e encaminhamento.

Os encaminhamentos mais frequentes foram aos seguintes profissionais: clínico geral, ortopedista, ginecologista, endocrinologista, oftalmologista, odontólogo e psicólogo.

Dos clientes encaminhados foram identificados pelos especialistas distúrbios emocionais, afecções renais, cardiológicas, ortopédicas e metabólicas.

Relação percentual das necessidades afetadas:

1. Mecânica corporal	92%
2. Educação à saúde	77%
3. Segurança emocional	67%
4. Integridade cutâneo-mucosa	67%
5. Regulação vascular	52%
6. Nutrição	50%
7. Hidratação	43%
8. Eliminação	43%
9. Regulação hormonal	33%
10. Oxigenação	33%
11. Cuidado corporal	28%
12. Sono e repouso	28%
13. Gregária	21%
14. Percepção dolorosa	20%
15. Percepção visual	19%
16. Comunicação	14%
17. Religiosa	12%
18. Sócio-econômica	12%
19. Amor	8%
20. Percepção auditiva	5%
21. Regulação imunológica	5%
22. Auto-realização	3%
23. Sexualidade	3%
24. Integridade física	3%
25. Auto-imagem	3%
26. Exercício e atividade física	1,5%
27. Recreação	1,5%
28. Filosofia de vida	1,5%

Modelo de consulta de enfermagem

1. Identificação: idade, sexo, cor, estado civil (número e idade dos filhos), escolaridade, ocupação, profissão (incluir cônjuge ou pais), religião, procedência, nacionalidade e naturalidade.
2. Percepções e expectativas: o que o incomoda (preocupações, medo, problemas), o que espera da instituição e da equipe de saúde. Experiências anteriores com problemas de saúde.
3. Atendimento das necessidades básicas (padrões, hábitos, frequências, horários, rituais, outros):
 - Sono e repouso
 - Exercícios e atividades físicas
 - Alimentação e hidratação
 - Eliminações
 - Cuidado corporal
 - Habitação (localização, cômodos, água, esgoto, lixo, combustível, luz, animais, insetos, quintal, jardim, etc.)
 - Sexualidade e reprodução
 - Recreação
 - Religião
 - Constelação familiar, papéis que desempenha
 - Atividade profissional (estudantil)
 - Atividade na comunidade
 - Outros
 - Tem havido alguma alteração no atendimento dessas necessidades Quando e como?
 - Educação à saúde: fumo, álcool, drogas, alergias, imunizações, exame dentário e médico periódico.
4. Exame físico:
 - Condições gerais: descrever aspecto geral, expressão facial, estado mental, locomoção, postura, vestuário, peso e altura. Sinais vitais: características e valores, pulso radial e apical, R, T, e PA.
 - Condições dos segmentos: limpeza, lesões, secreções, cor, forma, temperatura, turgor, motilidade, acuidade dos sentidos, distribuição de pêlos, próteses, deformidades ou ausência de segmentos.
 - Condições da rede venosa e músculos para injeção parenteral.
 - Cabeça: couro cabeludo, face, órgãos dos sentidos, cavidade bucal.

- Pescoço, membros superiores e inferiores.
- Tronco anterior: tórax, abdome, genitais.
- Tronco posterior: tórax, lombo-sacra, nádegas, ânus. Queixas.

5. O que gostaria de perguntar?
 6. Impressões da enfermeira sobre o cliente.
 7. Dados clínicos de interesse para a enfermagem.
-

Síndromes de enfermagem

Considerações

Segundo CALDAS AULETE, “síndrome é o conjunto dos sistemas característicos de uma doença”; mas a utilização deste vocábulo estendeu-se a várias áreas científicas, significando sempre o conjunto de fatos, de sinais, de indicadores, característicos de um determinado fenômeno.

As necessidades humanas básicas estão intimamente inter-relacionadas, tanto que a alteração de qualquer uma delas vai desequilibrar todas as demais em menor ou maior extensão. O ser humano é um todo não-divisível; portanto, qualquer desequilíbrio na dinâmica de seus fenômenos vitais vai refletir em todo o organismo. Como o ser humano é um sistema aberto em contínua troca com o meio ambiente, qualquer desequilíbrio nele afetará também, em certa magnitude, o seu ecossistema.

Estudando-se a constância da alteração de determinadas necessidades básicas em alguns diagnósticos de enfermagem, vislumbrou-se a possibilidade de estabelecer síndromes de enfermagem. Como já se afirmou anteriormente, qualquer alteração em uma necessidade básica afetará as demais em maior ou menor extensão; no diagnóstico de enfermagem procura-se identificar aquelas que estão mais profundamente alteradas, sabendo-se de antemão que o organismo, retornando ao seu equilíbrio, terá todas as suas necessidades atendidas e se restabelecerá a homeodinâmica dos fenômenos vitais. As síndromes de enfermagem seriam o conjunto de necessidades básicas alteradas, inter-relacionadas, configurando um quadro característico, presente em certas condições de desequilíbrio do ser humano.

Passa-se a descrever algumas síndromes que já foram identificadas.

Síndrome deambulatória

Esta síndrome é característica do ser humano sem capacidade de se locomover, acamado seja qual for seu diagnóstico médico. Pelo fato de não poder deambular, ele não tem condições de atender uma série de necessidades que satisfaria em condições normais. Este paciente apresentaria a síndrome deambulatória e mais ainda outras necessidades que estariam relacionadas a sua individualidade e ao seu desequilíbrio orgânico que o levou ao estado de doença.

As necessidades básicas alteradas nesta síndrome são: locomoção; nutrição (não somente pelo fato de precisar se alimentar no leito, mas também as alterações metabólicas provenientes de sua condição de acamado); eliminação (por ter que atender estas necessidades no leito e pelas alterações resultantes da falta de exercício, etc.); hidratação, oxigenação, cuidado corporal, exercício e atividades físicas; espaço (físico, psíquico, social, intrusão no seu espaço pessoal); independência, auto-imagem. Em cada paciente aparecerão outras necessidades também conseqüentes do estado de acamado, mas estas poderão ser consideradas em separado como específicas a cada caso, pois não são comuns a todos, por exemplo: recreação, religiosa; gregária; atenção; mecânica corporal, postura, comunicação, integridade cutâneo-mucosa.

Síndrome cirúrgica

Esta é característica do paciente que vai ser submetido a um tratamento cirúrgico. Em média num período de 48 a 72 horas ele passará de um estado de independência ao de dependência, logo retornando à independência se o pós-operatório for normal.

Esta síndrome inclui todas as necessidades que são alteradas durante o pré, o trans e o pós-operatório. As necessidades mais afetadas são: segurança (emocional, física); educação à saúde (preparo pré, trans e pós-operatório); religiosa; integridade cutâneo-mucosa; percepção sensorial dolorosa; oxigenação; eliminação; nutrição; regulação hidro-eletrolítica; regulação vascular e térmica; regulação imunológica; comunicação; mecânica corporal; postura. Dependendo de cada paciente e do tipo de cirurgia poderão surgir em algumas das fases as necessidades de deambulação; auto-imagem; integridade física e outras mais poderão ser acrescentadas.

Síndrome EHN

Em estudo tanto de indivíduos aparentemente sadios como de doentes observou-se a constância das alterações da necessidade de

eliminação associada à de hidratação e nutrição, estas últimas conjuntas ou isoladas. Ainda não foi identificada a necessidade de eliminação isolada. Esta tríade ou díade é muito freqüente principalmente no que diz respeito à eliminação intestinal. Em indivíduos aparentemente saudáveis a orientação de enfermagem tem sido eficaz no tratamento desta síndrome.

Algumas destas síndromes já estão identificadas, mas ainda não foi encontrada uma terminologia que satisfaça.

Comentários

O assunto é polêmico e está sujeito a críticas, que serão muito bem acolhidas. Nosso intuito é desenvolver a ciência da enfermagem, simplificar o processo de enfermagem, tornando-o mais eficiente.

Em todas as instituições de saúde que já aplicam o processo de enfermagem, estudos poderão ser conduzidos no sentido de definir síndromes que são comuns a certos grupos de pacientes, de indivíduos aparentemente saudáveis, de famílias e de comunidades.

Parte III

Aplicação do processo de enfermagem

Serão apresentados a seguir alguns exemplos da aplicação do processo de enfermagem.

1º Exemplo

Histórico de enfermagem

Identificação

Realizado na admissão. O. P. S., 37 anos, sexo feminino, branca, casada, com 2 filhas (7 e 5 anos). É católica praticante, brasileira, tem curso primário completo, é natural e procedente de São Paulo. Foi admitida pelo ambulatório, é a segunda internação no hospital. Diagnóstico médico: incontinência urinária.

Expectativas e percepções

Tem medo de morrer e deixar as filhas; procurou deixar tudo em ordem em sua casa antes de ser internada. Gosta do hospital, embora não tenha ficado satisfeita com o atendimento proporcionado por algumas atendentes quando esteve internada pela primeira vez. Como teve muita dor de estômago e retenção urinária, as atendentes disseram-lhe que era manha de sua parte. Atribui sua doença ao último parto.

Necessidades básicas

Sono agitado, acorda de 3 a 4 vezes durante a noite, e depois custa a retornar ao sono, faz repouso durante o dia, logo após o almoço.

Antes de casar trabalhava como tecelã, hoje só se dedica ao lar; os exercícios físicos necessários à realização das atividades domésticas são os únicos que faz. Tem apetite, come diariamente: feijão, arroz, carne, verduras cruas e cozidas, frutas, leite, pão. Gosta de todos os alimentos embora sinta dor de estômago após as refeições. Ingeria muito líquido, mas agora os restringe voluntariamente, em virtude do problema urinário. Faz 4 refeições ao dia: desjejum às 7h, almoço às 11h, lanche às 15h e jantar às 19h. Informa mastigar e deglutir sem dificuldades.

Evacua cada dois dias, fezes secas e duras; emissão involuntária de urina aos pequenos esforços como tosse, espirro e abaixar-se. Sente dor à micção. Toma banho diário pela manhã e às vezes banho de assento quando sente estranheza. Lava a cabeça uma vez por semana e escova os dentes após o almoço e jantar.

Mora em casa própria com os seguintes cômodos: um quarto, sala e cozinha. A casa é servida pela rede de abastecimento de água e esgoto. Tem eletricidade, o lixo é recolhido pela prefeitura, usa fogão a gás. Possui pequeno quintal e jardim onde planta alguns legumes.

Refere dispareunia, corrimento vaginal branco amarelado em grande quantidade e dismenorréia. Vive só para a família, seus parentes moram perto e costuma visitá-los frequentemente. Só visita os vizinhos quando estes se encontram doentes. Gosta de televisão, rádio, faz tricô e costura para a família.

É membro leigo da irmandade religiosa das zeladoras do Sagrado Coração de Jesus e frequenta muito a igreja. Vai à missa todos os domingos.

Não faz exame médico periódico, só procura o médico quando está doente; lembra-se de ter sido vacinada somente contra varíola, e há muito tempo; não vai ao odontólogo periodicamente.

Exame físico

Temperatura 36,8°C; pulso radial e apical 97, com características normais; respiração 34, com características normais; PA = 115x70 mmHg. Não é alérgica a drogas ou alimentos; não fuma nem toma bebidas alcoólicas.

Condições dos segmentos: pele íntegra; sem lesões, limpa, turgor e umidade normais, panículo adiposo normal. Apresenta sujidade no couro cabeludo e pequena quantidade de caspa; postura sentada e deitada com os segmentos anatomicamente alinhados; de pé apresenta acentuação da cifose dorsal e lordose lombar que foi corrigida com a correção dos segmentos em posição anatômica.

Cavidade bucal com dentes limpos, sem mau hálito; usa prótese total na arcada superior, poucos dentes na arcada inferior, cárie do molar E e uma ponte fixa quebrada. Usa óculos, tem dificuldade para ver de perto e de longe. Músculos e rede venosa para medicação parenteral em boas condições.

Queixas: referiu ter dores de cabeça, estômago e à micção. Emissão involuntária de urina ao tossir, espirrar, assoar o nariz, abai-

xar-se e ao carregar qualquer objeto mais pesado; diz ser muito nervosa.

Impressões do entrevistador

Paciente tensa, falando muito e em tom lastimoso. Durante toda a entrevista mostrou-se preocupada com a saúde, as filhas, a casa.

Exames de laboratório de interesse para a enfermagem

Exame de fezes: *Tricocephalus trichiurus* e *Enterobius vermicularis*.

Vai se submeter a tratamento cirúrgico.

Diagnóstico de enfermagem

Problemas de enfermagem

Incontinência, 2.^a internação. Medo de morrer e deixar as filhas. Na primeira internação não gostou do tratamento recebido por algumas atendedoras. Sono agitado, acorda 3 a 4 vezes e custa a dormir. Não faz exercícios físicos além das atividades domésticas. Dor de estômago após as refeições. Restringe líquidos por causa da incontinência. Evacua cada dois dias, fezes secas e duras. Dor à micção. Perde urina aos pequenos esforços. Lava a cabeça uma vez por semana, tem caspa e sujidade. Dispareunia. Corrimento vaginal branco amarelado. Dismenorréia. É zeladora do Sagrado Coração de Jesus. Não faz exame médico periódico. Só procura o médico quando está doente e o dentista quando tem dor de dentes. Postura corporal sofrível. Prótese da arcada superior. Dentes cariados. Ponte fixa quebrada. "Nervos". Cefaléia. Tensa. Preocupação com a saúde, as filhas e a casa. Verminose: tricocefaliose e enterobiose.

Diagnóstico de enfermagem		Plano assistencial
Necessidades básicas	Grau de dependência	
Segurança emocional	A2	<i>Fazer e ajudar:</i> Sinais vitais 2 vezes ao dia; cuidados pré e pós-operatórios. Apoio emocional, dar atenção e escutá-la. Não apoiar comportamentos de regressão; estimular comportamento e independência.
Sono	O1	
Exercícios	O1	
Mecânica corporal	O1	
Percepção sensorial dolorosa	S3	<i>Orientação:</i> Saúde mental, sono, exercícios, constipação intestinal e eliminações em geral, hidratação e nutrição. Exame médico-odontológico periódico para ela e a família. Cuidado com o couro cabeludo, lavar 2 vezes por semana. Correção da postura de pé; sexualidade; medicação, tratamento e diagnóstico; verminose, saneamento. Usar recursos da comunidade, sono.
Eliminações	O3	
Hidratação	O1	
Terapêutica	Total	
Cuidado corporal	O1	<i>Supervisão e controles:</i> Eliminações intestinal, urinária, dores; mecânica corporal e demais orientações; comportamento e estado emocional, líquidos ingeridos, alimentação, sono.
Integridade cutâneo-mucosa	O1	
Educação à saúde	O3	
Sexual	O1	
Religiosa	E1	<i>Encaminhamento:</i> À igreja, ao ginecologista, odontólogo e psicólogo.
Nutrição	O1	

Diagnóstico de enfermagem: Dependência total para necessidades terapêutica e parcial: A2 — Segurança emocional; O3 — Eliminações e Educação à saúde; O1 — Sono, nutrição, sexual, exercícios, mecânica corporal, hidratação, cuidado corporal e integridade cutâneo-mucosa; S2 — Percepção sensorial dolorosa e E1 — religiosa.

Plano de cuidados para o primeiro dia de internação

Data	Cuidados prescritos	Horário	Avaliação
27/X	Orientação ao hospital, tratamento, enfermaria, rotinas.	14h	
	Apresentação à equipe de enfermagem e companheiras de quarto.	14:30h	Mostrou-se interessada.
	Lanche (observar aceitação). Repouso.	16h	Tomou meia xícara de café com leite e dois biscoitos.
	Levar à capela.		Ficou satisfeita e rezou durante cinco minutos.
	Explicar a cirurgia e pedir sua colaboração nos cuidados pré e pós-operatórios.	16:30h	Perguntou sobre a anestesia.
	Orientação sobre o cuidado com o couro cabeludo, dentes e mecânica corporal.		Procurou melhorar a postura quando de pé.
	Convidar para assistir televisão.		Assistiu TV das 17 às 18 horas.
	Jantar. Observar aceitação.		Ingeriu toda a refeição servida.
	Observar: queixas de dor, incontinência urinária; evacuações, hidratação e sono, comportamento e estado emocional.		Acordou 2 vezes à noite e foi urinar. Não evacuou. Conversou com as companheiras da enfermaria. Aparentemente animada.

Evolução de enfermagem

27/X — Admitida às 13 horas, plano prescrito foi executado; não evacuou, levantou 2 vezes durante a noite e foi urinar. Aparentemente adaptada às companheiras de enfermagem e ambiente hospitalar. Informou ter tido cefaléia durante a noite.

28/X — Será operada amanhã, cabeça limpa e sem caspa após o banho; recebeu cuidados pré e pós-operatórios e colaborou; lavagem intestinal com eliminação de grande quantidade de fezes; levada à capela para rezar. Comeu com apetite todas as refeições servidas. Ainda demonstrando tensão quanto à cirurgia, foi novamente re-orientada.

29/X — Cuidados pré-operatórios, acompanhada até S.O.; aparentemente tranqüila, sob a ação do pré-anestésico. Da S.O. em bom estado geral, sinais vitais dentro da normalidade durante todo o P.O. imediato; pálida. Está com sonda de Foley. Consciente, reforçados os aspectos psicológicos de segurança e atenção. Recebeu visita do marido.

30/X — Aparentemente dormiu tranqüila. Aceitou o chá e 2 biscoitos, teve náuseas logo em seguida. Acusa dor na vagina e uretra e vontade de urinar. Orientada sobre a ação da sonda de Foley. Sinais vitais dentro da normalidade. Movimentando-se no leito; aceitou toda a dieta leve.

31/X — Acordou várias vezes durante a noite. Sente dor na região lombar D. Retirada sonda de Foley. Já eliminou gases. Ordem médica para levantar. Lipotímia ao levantar do leito. Massagem na região lombar, recebeu orientação sobre verminose, exame médico, odontológico e imunizações. Urinou espontaneamente, informa ter se sentido mal no sanitário. Assistiu televisão durante meia hora. Aceitou toda dieta branda que recebeu. Sinais vitais dentro da normalidade.

1/XI — Acordou uma vez durante a noite. Urinando espontaneamente. Melhorou da dor no lombar, aplicada massagem na região lombar e abdominal. Eliminou pequeno volume de fezes. Queixa-se de dor à micção e na incisão. Sem apetite, só quis tomar líquidos, sente muita sede. Sinais vitais dentro da normalidade. Orientada sobre as eliminações e necessidade sexual, encaminhada ao ginecologista e ao odontólogo. A família trouxe material para crochê. Fez crochê e assistiu TV.

2/XI — Informa ter dormido toda a noite. Sente mais apetite e aceitou parte da dieta geral nas refeições. Disúria. Sente dor no hipocôndrio D após a refeição. Orientada sobre sono, exercícios, nutrição e utilização dos recursos da comunidade.

Iniciado preparo para alta.

3/XI — Aparentemente corrigiu a postura de pé, reforço da aprendizagem. Ainda com disúria, continua com dor após a alimentação.

Sinais vitais dentro da normalidade. Evacuou após massagem abdominal feita pela própria paciente. Aceitou totalmente todas as refeições de dieta geral. Urina com características normais.

4/XI — Terá alta amanhã, mostrou-se ansiosa, com o curativo e a disúria. Acordou várias vezes durante a noite. Recebeu toda a orientação para a alta, retorno ao ambulatório e cuidados no domicílio. Mais tranqüila, continua com disúria e queixa-se de dor na incisão. Retirados os pontos alternados.

5/XI — Dormiu toda a noite, melhor da disúria. Retirados os demais pontos da incisão. Encaminhada ao psicólogo. Orientação sobre saúde mental, reforçadas as orientações anteriores. Alta às 16 horas. Mostrou-se muito satisfeita com a atuação da equipe de enfermagem.

Prognóstico de enfermagem

Dependência parcial: O1 — Educação à saúde e eliminações; S1 — Sexual, mecânica corporal, integridade cutâneo-mucosa e segurança emocional.

2º Exemplo

Histórico de enfermagem

Identificação

J. A. R., masculino, branco, 41 anos, casado, tem 2 filhos (6 e 8 anos), brasileiro, colocador de azulejos há 13 anos; 2.º ano primário, residente em São Paulo, zona urbana; natural de Sergipe; internado pelo ambulatório; 1.ª internação; diagnóstico médico de retocolite ulcerativa idiopática.

Expectativas e percepções

Está em tratamento há dois anos, acha que a doença não é passageira nem grave, mas não acha bom. Tem medo de operar; foi operado de hemorróida em outro hospital e não gostou, tem “cisma” de hospital.

Necessidades básicas

Dorme 8 horas por noite, repousa uma hora durante o dia. Sua atividade física está limitada ao trabalho. Come de tudo, alimentos bem cozidos; não come muita verdura, raramente toma leite. Come diariamente arroz, feijão, café com pão, toma 2 copos de líquidos por dia. Evacuava normalmente mas há dois anos repentinamente começou a evacuar com sangue; às vezes até 15 defecações diárias. Urina normalmente. Toma banho diariamente pela manhã ou à noite, faz abluções, escova os dentes duas vezes ao dia. Atividade sexual normal. Mora em casa própria com quarto, sala e cozinha; água de poço canalizada, fossa séptica. A casa tem eletricidade e o lixo é recolhido pela prefeitura. Assiste televisão, lê pouco e não gosta muito de rádio. Quer muito bem à família e filhos; já foi congregado mariano. Hoje está afastado da igreja, mas crê e tem fé em Deus. Trabalha por conta própria, tem um ajudante. Só tomou uma vez vacina antivariólica; vai ao dentista ou ao médico quando tem dor de dente ou se sente doente.

Exame físico

Ambulante, pálido, emagrecido. Orientado auto e alopsiquicamente, músculos faciais contraídos, olhando o interlocutor. Vestes limpas, boa postura em todos os decúbitos. Peso: 53,100 kg; altura: 1,60 m; T 37° C, P 66 com irregularidade na amplitude; respiração: 20 com características normais; PA 108x60 mmHg. Não fuma, nem toma bebidas alcoólicas; é alérgico ao material que utiliza no trabalho. Pele limpa, seca, sujidade na cicatriz umbilical. Lesão no olho D com perda parcial da visão. Cavidade bucal com dentes sujos e cariados, sangramento da gengiva na escovação, ausência de molares e pré-molares superiores e inferiores, língua saburrosa. Informa mastigar e deglutir sem anormalidades. Músculos para medicação parenteral eutróficos; rede venosa superficial visível nos membros superiores e inferiores. Queixa-se de diarreia com sangue, às vezes evacua 15 vezes pela manhã, tenesmo, dor na região sacrococcigeana e "nervosismo".

Impressões do entrevistador

Paciente tenso, ansioso; expressa-se com facilidade; interesse em aprender; aparentemente não crê na possibilidade de cura.

Problemas	Diagnóstico de enfermagem		Plano assistencial
	Necessidades	Dependência	
Tenso, ansioso, "nervosismo"	Eliminação intestinal	S3	<p><i>Fazer e ajudar:</i> Ouvir, aceitar, procurar identificar causas do nervosismo e tensão. Exercícios de relaxamento da musculatura perineal. Aplicar medicação analgésica prescrita se a dor não ceder com o relaxamento. Cold Cream na pele após o banho. Peso diário, TPR e PA 2 vezes ao dia. Preparo para Rx de colo, biópsia retal e retossigmoidoscopia.</p> <p><i>Orientação:</i> Ingestão de líquidos 3/3 horas, alimentos nutritivos e dieta equilibrada, cuidado corporal (banho, higiene oral), recreação e lazer, uso de luvas no trabalho, exame de saúde periódico e imunizações; doença e tratamento, cirurgia, funções do hospital e equipe de saúde; exercícios de relaxamento; religião e recreio.</p> <p><i>Supervisão:</i> Observar frequência das eliminações e perda sanguínea, ingestão de líquidos e alimentos, limpeza da pele e boca, corte de unhas e cabelos, efeitos da medicação, comportamento, estado da pele, dor, relacionamento com a família, exercícios de relaxamento, características do pulso.</p> <p><i>Encaminhamento:</i> Dentista, oftalmologista e psicólogo, assistente social, Morbital?</p>
Diarreia com sangue até 15 vezes ao dia	Segurança emocional	A2	
Tenesmo	Nutrição	O2	
Dor sacrococcigeana	Hidratação	O2	
Medo de operar	Oxigenação	S1	
Tem "cisma" de hospital	Percepção sensorial visual	E1	
Não parece acreditar no tratamento	Percepção sensorial dolorosa	A1	
Lesão no olho D e perda de acuidade (parcial)	Cuidado corporal	O2	
Emagrecimento, palidez	Integridade cutâneo-mucosa	O2	
Não faz exames de saúde	Educação à saúde	O3	
Não faz imunizações	Terapêutica	Total	
Dentes sujos, cariados, ausência de molares e pré-molares	Regulação imunológica	E1	
Língua saburrosa	Regulação vascular?	S1	
Toma 2 copos de líquidos por dia	Espaço?	S1	
Alérgico ao cimento e cal	Recreação	O1	
Irregularidade na amplitude do pulso			
Pele seca			
Sujidade na cicatriz umbilical			
Insuficiente ingestão de vegetais e leite			
Sangramento das gengivas			
A doença não é passageira nem grave, mas não acha bom (Filhos 6 e 8 anos; 2º ano primário, uso de leite, café e feijão; casa com 1 quarto, sala e cozinha, poço e fossa séptica; lê pouco (visão), trabalha por conta própria, com um ajudante, <i>mastiga bem?</i>)			

Diagnóstico de enfermagem

Dependência total para a necessidade terapêutica; A2 — segurança emocional; A1 — percepção sensorial dolorosa; O3 — educação à saúde; O2 — nutrição, hidratação, cuidado corporal e integridade cutâneo-mucosa; S3 — eliminação intestinal; S1 — oxigenação e espaço; E1 — percepção sensorial visual e regulação imunológica.

As necessidades foram identificadas mediante a análise dos problemas — Eliminação intestinal (tenesmo, diarreia, com sangue, retocolite ulcerativa); segurança emocional (tensão, nervosismo, ansioso, medo de operar, “cisma” de hospital, não parece acreditar no tratamento); nutrição (diarreia, perda sanguínea, emagrecimento, dieta pobre em verduras e leite, dentes cariados e ausência de molares e pré-molares); hidratação (diarreia, pele seca, toma pouco líquido); percepção sensorial visual (lesão e perda da acuidade no olho direito); percepção sensorial dolorosa (tenesmo, dor sacrococcígena); cuidado corporal (dentes sujos, língua saburrosa, sujidade na cicatriz umbilical); oxigenação (perda sanguínea, palidez, irregularidade na amplitude do pulso); integridade cutâneo-mucosa (lesões alérgicas na pele, dentes cariados, lesão da mucosa intestinal); educação à saúde (tenso, nervoso, não faz exame médico e odontológico periódico, não toma vacinas; sujidade, dentes sujos, cariados, língua saburrosa, não toma líquidos nem ingere alimentos necessários, medo, “cisma” de hospital, não acredita no tratamento); os problemas entre parêntesis devem ser melhor investigados para verificar se realmente constituem problemas de enfermagem; a interrogação na necessidade de espaço é em virtude da falta de dados para confirmá-la. Regulação imunológica (pele seca, alergia ao material de trabalho, lesões nas mãos); regulação vascular? (sangramento, retocolite ulcerativa, irregularidade na amplitude do pulso); recreação (hospitalização, 2.º ano primário; lesão no olho D).

O diagnóstico de enfermagem é flexível e será alterado caso sejam identificadas outras necessidades ou modificações de dependência resultantes da evolução do paciente.

Apresenta-se, a título de ilustração, o plano de cuidados executado nas primeiras 24 horas de internação e respectiva avaliação.

Plano de cuidados para o primeiro dia de internação

Data	Cuidados prescritos	Horário	Avaliação
11/11	Explicar rotinas da clínica, apresentar à equipe de enfermagem. Colocar-se à disposição para perguntas.		Foi orientado. Como poderia ir à capela e onde ficava a sala de cirurgia.
	Peso	7	
	TPR e PA (observar amplitude do pulso).	7 - 17	Amplitude normal.
	Desjejum, almoço, jantar, lanche.	7:30; 11:30	Recusou verdura crua.
	Observar aceitação e orientar sobre verduras e leite.	17:30; 20:30	Deixou metade da alimentação no almoço e jantar, não gosta de prato cheio.
	Líquidos: sucos, água, leite.	9 - 15 - 22	Recusou o suco das 22:9.
	Banho chuveiro — orientar limpeza da pele, passar <i>cold cream</i> após o banho. Corte de unhas.		Cicatriz umbilical limpa, unhas cortadas.
	Higiene oral, limpeza da língua com água bicarbonatada — orientar.	8 - 12 - 18 - 22	
	Iniciar treino relaxamento musculatura perineo.	16:30	Dificuldade em relaxar.
	Observar frequência e aspecto evacuações. Incentivá-lo a falar sobre o trabalho e família.		Evacou 5 vezes com muco e sangue. Entusiasmado com seu trabalho; sua mulher não se dá com a sogra.
	Observar comportamento. Oferecer revistas. Levá-lo para assistir televisão.	19	Não quis ir. Ficou deitado no leito com os olhos fechados sem dormir.

Plano de cuidados

Cuidados prioritários

Ajustamento ao hospital, apoio emocional e controle das evacuações.

Diante da avaliação e discussão com o paciente o plano foi modificado nos dias que se seguiram, colocando-se em prática o plano assistencial.

A avaliação global do plano de cuidados é feita diariamente na evolução de enfermagem; assim foi a evolução do paciente no dia 12/11: “Pouco dormiu e não foi ver televisão porque soube de um doente que foi operado e está muito mal com o mesmo diagnóstico. Prefere tomar suco às refeições e às 15 h e que no almoço e jantar o prato venha com menos comida. Sente-se um pouco melhor da dor após os exercícios de relaxamento. Gosta de revistas com ilustrações. Pálido, deprimido, com olheiras; diminuição da saburra, dentes mais limpos”.

Em um mês o paciente engordou cinco quilos, as evacuações passaram a duas por dia, sem dor, muco e sangue; teve duas licenças para passar o fim de semana em casa, foi ao odontólogo, oftalmologista e recebeu orientação psicológica. Ao ter alta do hospital foi encaminhado ao ambulatório para seguimento onde continuou sob observação da enfermeira.

O prognóstico de enfermagem foi: “Dependência parcial S3 para educação à saúde e segurança emocional”.

3º Exemplo

Histórico de enfermagem (Realizado na admissão)

Identificação

M. A. S., 42 anos, branca, amasiada, 5 filhos menores (10, 8, 7, 5 e 3 anos), brasileira, analfabeta, natural de Colônia, Bahia, prendas domésticas, católica praticante. Foi admitida pelo ambulatório na Ginecologia, 1.ª internação, diagnóstico médico: cisto no ovário.

Percepções e expectativas

Não sabe a que atribuir a sua doença; tem um pouco de medo de operar. Não sabe o que é anestesia. Não sabia que ia ser internada hoje, mas sempre que sai de casa para vir ao ambulatório deixa tudo em ordem e avisa que se não voltar é porque ficou no hospital. Nunca esteve em hospital, os partos foram no domicílio, lá na Bahia.

Atendimento das necessidades básicas

Dorme a noite toda, acorda cedo e não descansa durante o dia. Trabalha muito em casa, já trabalhou como doméstica. Tem apetite, come de tudo, diariamente toma café com pão, come feijão, arroz e farinha; às vezes come verdura, carne, fruta, raramente toma leite, bebe 3 a 4 copos de água durante o dia. Evacua diariamente, às vezes tem diarreia; urina várias vezes ao dia. Toma banho de uma a duas vezes por semana, lava a cabeça cada 15 dias, toma banho de assento diariamente. Mora em casa com dois cômodos, quarto e cozinha, são ao todo 13 pessoas na casa, água de poço e fossa comum a 6 casas do mesmo tipo; o lixo é jogado num terreno baldio. Mora com outra família. Na casa há pulgas, baratas, mosquitos, ratos. Tem quintal mas não tem jardim nem horta. Só conversa com o marido e os filhos, os parentes moram perto e os visitam freqüentemente, seus pais ficaram na Bahia. Não freqüenta igreja aqui em São Paulo porque é muito longe de sua casa. Informa não ter dor às relações sexuais, há vários meses tem tido dismenorréia. Não fuma nem toma álcool, não sabe se é alérgica a alguma droga ou alimento. Não vai a médico nem a dentista, só quando está doente. Já tomou vacina contra varíola.

Exame físico

Deambula sem dificuldades, vestuário sujo com manchas, odor de suor e enegrecido nas partes internas que ficam em contato com a pele. Músculos faciais descontraídos, sorrindo e olhando o interlocutor de frente. Peso: 48,200 kg; altura: 1,54 m; TPR e PA: 37º C. 70, 28 pulso e respiração com características normais. Pulso apical: 70; 160x90 mmHg.

Couro cabeludo com caspa e sujidade, boca com dentes cariados, ausência de caninos e pré-molares no maxilar superior e inferior. Unhas compridas, sujas, com lesões micóticas, ausência de falange digital no indicador D; verruga nos dedos e nas articulações. Lesões na pele generalizadas, tipo escoriações (escabiose?), várias cicatrizes, sujidades na pele, membros e dorso. Apresenta lordose lombo-sacra

e escoliose à D. Está com a narina D obstruída, tem tosse úmida com pouca expectoração. Informa mastigar, deglutir e digerir sem dificuldades. Músculos parenterais eutróficos; rede venosa superficial visível nos membros superiores e inferiores. Informa ter dor nos olhos, não enxergar bem de perto, vê melhor de longe. Diminuição de olfato mas sente bem o gosto dos alimentos. Queixa-se de dor no epigastro, sente uma bola, perde sangue pela boca; o "peito ronca", diarreia, cefaléia, fica "boba", esquece as coisas.

Gostaria de saber quanto tempo ficará no hospital e como será a cirurgia.

Dados clínicos de interesse para a enfermagem

Exames hematológicos e de urina dentro da normalidade. Exame de fezes: *Ascaris lombricoides*. Suspeita de esquistossomose.

Impressões do entrevistador

Aparência tranqüila, dócil, parece aceitar as orientações dadas.

Problemas de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem		Plano assistencial
	Necessidades	Dependência	
Analfabeta, amasiada, primeira internação, cisto de ovário; não sabe a que atribuir sua doença, medo de operar. Não sabe o que é anestesia, não descansa durante o dia; tem muitas atividades, dieta carente em quantidade e qualidade. As vezes diarreia, banho 1 a 2 vezes por semana, xampu cada 15 dias, banho de assento diário, casa com 2 cômodos e 13 pessoas, poço e fossa comum a 7 casas, lixo em terreno baldio, só conversa com marido e filhos, dismenorréia, não sabe se é alérgica, vacina antivariólica uma vez; sujidade no vestuário e corpo, unhas longas e sujas, lesões micóticas; escoriações tipo escabiose, verrugas, ratos, baratas e insetos, não vai ao médico e dentista periodicamente, ausência de dentes, cáries, lordose lombo-sacra, escoliose, narinas obstruídas, tosse úmida com pouca expectoração; <i>Mastiga bem?</i> ; dor nos olhos, não enxerga bem de perto, <i>perda de olfato?</i> ; dor epigástrica, sente uma "bola", às vezes perde sangue pela boca; peito "ronca", quer saber quanto tempo vai ficar internada e como será a cirurgia. <i>Ascaridíase</i> , suspeita de esquistossomose, católica praticante, mas sem condições de ir à igreja; fica "boba", esquece as coisas. T - 37º PA 160X90mmHg; Quintal sem horta. Filhos pequenos.	Segurança emocional Segurança sócio-econômica Nutrição Recriação Cuidado corporal Integridade cutâneo-mucosa Educação à saúde Terapêutica Oxigenação Repouso Mecânica corporal Percepção visual Percepção olfativa Percepção dolorosa Regulação térmica Regulação vascular Orientação tempo e espaço Espaço Comunicação Espaço Religiosa Eliminação Hidratação Ambiente Regulação hormonal Aprendizagem	A3 E2 O2 A1 A1 A3 O3 T O1 O1 O1 E2 S2 S2 T S2 O2 E2 E2 S2 O1 O1 S1 E1	<i>Fazer e ajudar:</i> Cuidados pré e pós-operatórios, TPR e PA 2 vezes ao dia, tratamento das lesões da pele; cortar unhas; ajudar no banho de chuveiro; atender às necessidades sentidas, ouvir, aceitar, esclarecer. Peso diário. Dar visitas com figuras para ver. <i>Orientar:</i> Cirurgia, anestesia, hospital, rotinas, equipe, repouso e diminuição de atividades no PO, nutrição; higiene, lavagem externa; escabiose; exames médicos e odontológicos periódicos, imunizações e assinar as narinas, exercício respiratório; mecânica corporal; saneamento básico, promiscuidade, comunicação; Mobral; recursos da comunidade; recreação. <i>Supervisionar:</i> Queixas de dor, comportamento (esquecimentos); olfato, temperatura e pressão arterial; limpeza da pele e narinas; eliminação; aprendizagem das orientações dadas; repouso, condições emocionais; pré e pós-operatório. <i>Encaminhar:</i> Médico de plantão (pele e resfriado?), ORL e oftalmologista; ortopedista; clínico geral, dentista; levá-la à capela; assistente social; Mobral e recursos da comunidade.

Nome: M. A. S.
 Cuidados prioritários: Orientação sobre o Hospital, cirurgia e anestesia. Encaminhamento ao médico de plantão para re-olver problema da pele e respiratório.

Data	Prescrição de cuidados	Horário	Avaliação
5/7	Apresentar clínica, pacientes, rotinas, sanitários Levá-la à capela Exame pelo plantonista	15 15:45 16	Diagnostico escabiose e resfriado, suspendeu cirurgia por 24 horas.
	Dar banho de chuveiro, explicar e ajudar a se esfregar; passar Acarsan, cortar as unhas e explicar escabiose TPR e PA Orientar sobre cirurgia e anestesia	16:30 17 - 8	PA- 120X80 ; T-37=
	Jantar: observar aceitação e orientar sobre verduras Ensinar a assoar o nariz, fornecer papel Yes e saco de papel; ensinar a respirar profundamente. Investigar recreação Peso	17:30 19 7	Dificuldade em mastigar; recusou tomar, após orientação comeu 2 fatias. Repetiu corretamente.

4º Exemplo

Consulta de enfermagem

Identificação

A. C., 20 anos, branca, solteira, estudante, brasileira, residente na capital, católica.

Percepções e expectativas

Espera orientação para a saúde e quer saber o resultado da consulta de enfermagem. Nunca teve sérios problemas de saúde, seu pai é médico.

Necessidades básicas

Deita às 23 horas e levanta-se às 6 horas, considera este tempo suficiente; só quando tem problemas demora para dormir; quando acorda durante a noite custa também a reconciliar o sono.

Dentro de suas atividades normais como estudante, não pratica esporte, faz condicionamento físico na escola.

Pela manhã toma café com leite, pão e manteiga, almoça no restaurante universitário, come arroz, feijão e pouca verdura, carne ou ovos com peixe, janta em casa onde toma sopa e come as mesmas coisas que no almoço. Quase não toma líquidos, às vezes esquece de tomar água; ingere no máximo 2 copos de água ao dia. Não gosta muito de fruta, come raramente.

Tem obstipação, fica até 4 dias sem evacuar, toma laxante para poder evacuar, fezes de aspecto normal, mas sente dor na eliminação e precisa fazer muita força. Mastiga rapidamente, digestão demorada, eructação freqüente, não tem azia. Urina 3 a 4 vezes ao dia com características normais. Toma banho diário, de chuveiro, antes do jantar, lava a cabeça aos sábados. Escova os dentes 3 vezes ao dia, usa técnica incorreta na escovação dentária.

Mora em casa própria, bairro com todos os recursos de saneamento básico, mas em casa há pulgas, baratas, mosquitos, tem cachorro vacinado e pássaros.

Nunca teve relações sexuais, está noiva; menstrua cada 28 dias, sem dor ou qualquer irregularidade.

Recreia-se saindo com o noivo aos sábados e domingos, vão ao cinema, teatro, assiste televisão, ouve rádio, gosta de ler romance.

É católica mas não é praticante, crê em Deus e nele deposita toda a sua fé. A família é constituída por pai, mãe e 5 irmãs, é a segunda filha. Relacionamento afetivo sem atritos, com todos os membros da família, o pai é um pouco autoritário. O noivo não gosta que ela saia com as colegas, às vezes sai escondida e precisa mentir para que ele não se aborreaça.

Gosta da escola e dá-se com todas as colegas. Não tem atividades na sua comunidade.

Educação à saúde

Fuma de vez em quando, não ingere bebidas alcoólicas. Tomou todas as vacinas, este ano, tomou dose de reforço da vacina antitetânica, é alérgica a poeira e pêlos de animais.

Exame físico

Peso: 55,800 kg, altura 1,57 m.

Sinais vitais: T-36⁷, pulso apical e radial 81, R-24, PA-12 cm HgX8cm Hg. Olhando para o interlocutor, sorrindo, corada, sem pintura, consciente, deambula sem dificuldade. No exame postural encontrou-se pé E plano; escoliose dorsal a E, discreta cifose lombosacra. Cabelos e couro cabeludo limpos, presença de caspa, pele do rosto normal exceto a presença de acne na face D e glabella; coriza na narina E, lábios secos, língua saburrosa, pré-molares da arcada inferior e superior com implantação irregular, algumas cáries e placas dentárias (está em tratamento odontológico). Pele com turgor, umidade e temperatura sem anormalidades, algumas lesões nos braços e pernas provenientes de picadas de pernilongos, lesão micótica interdigital no pé E. Mamas engorgitadas (fase pré-menstrual) e doloridas, presença de corrimento incolor.

Impressão da enfermeira

Cliente relaxada, respondendo rapidamente, loquaz, aparentemente satisfeita por estar sendo examinada.

Problemas de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem		Plano assistencial
	Necessidades	Dependência	
Pé esquerdo plano, escoliose dorsal esquerda, cifose lombo-sacra; implantação irregular de dentes, placas dentárias, es-covação incorreta (está em tratamento dentário); língua saburrosa, caspa; lá-bios secos, ingere dois copos de líquidos por dia; acne na face lateral direita e glabella; coriza na narina esquerda; mi-cose interdigital no pé esquerdo; alergia a poeira e pêlos de animais; come pouca verdura e não gosta de frutas; obstipa-ção, toma laxante, sente dor na elimi-nação e faz muita força; mastiga rapi-damente, digestão difícil, eructação; pai é médico mas não faz exames médicos periódicos; pai autoritário; noivo não gosta que saia sem ele, quando sai com amigas esconde do noivo, fuma de vez em quando; pulgas, baratas, mosquitos, picadas de mosquito.	Nutrição	O	<i>Orientar:</i> Hábitos alimentares; correção da obstipação; importância da água, verduras e frutas, massagem abdominal; mastigação, cuidados com a pele, couro cabeludo, lábios, língua; escovação cor-reta dos dentes; exercícios para pé plano e correção postural; tratamento de mi-cose; exame médico periódico; comuni-cação com o pai e o noivo, matrimônio e relacionamento entre cônjuges; fumo e seus problemas; combate aos insetos. <i>Supervisionar:</i> Outros sintomas de segu-rança emocional, resultados das orienta-ções dadas. <i>Encaminhar:</i> Ao ortopedista e espe-cialista em alergia. Nova consulta dentro de 30 dias.
	Eliminação	O	
	Hidratação	O	
	Integridade cutâneo-mucosa	O	
	Mecânica corporal	O	
	Educação à saúde	O	
	Regulação imunológica	O	
	Comunicação	O	
	Cuidado corporal	O	
	Oxigenação	O	
	Segurança emocional?	O	

Evolução

Não procurou ortopedista, falou com o pai sobre a alergia, está fazendo tratamento.

Tomando 4 copos de líquido diariamente, comendo mais verduras e frutas. Intestino funcionando cada 2 dias, já não toma laxantes, não tem mais dor ao evacuar, ontem e hoje evacuou, tem feito a massagem abdominal.

Fez demonstração da técnica correta de escovação, dentes limpos. Escova os cabelos diariamente, sem caspa.

Discreta melhora da postura. Micose em fase de cicatrização. Peso: 53,000 kg. Tem procurado conversar mais com o noivo expondo a necessidade de confiança mútua e liberdade para sair com amigas. Não tem mais fumado.

Orientação

Reforço das orientações anteriores, importância da correção ortopédica do pé plano e exercícios específicos para a coluna vertebral. Deverá voltar daqui a 45 dias para revisão.

Referências bibliográficas

- BONNEY, Virginia & ROTHERG, June. *Nursing Diagnosis and Therapy*. New York, The League Exchange, National League for Nursing, 1963.
- BRODT, D. E. "A synergistic theory of Nursing". *The American Journal of Nursing*, 69 (8): 1674-1676, ago. 1969.
- BUZZI, Arcângelo R. *Introdução ao pensar*, 2ª ed. Petrópolis, Vozes, 1972.
- BYRNE, Marjorie e THOMPSON, Lida. *Key Concepts for the study and practice of Nursing*. St. Louis, Mosby, 1972.
- CERVO, A. L. e BERVIAN P. A. *Metodologia Científica*, São Paulo, McGraw-Hill do Brasil Ltda., 1974.
- CIANCCARULLO, Tamara I. *Histórico de enfermagem auto-aplicado: Estudo de sua atualização em pacientes hospitalizados*. Dissertação de mestrado. São Paulo, 1975.
- DICKOFF, James; JAMES, Patricia; WIEDENBACH, Ernestine. "Theory in a Practice Discipline. Part. I — Practice Oriented Theory". *Nursing Research*, 17 (5): 415/435, set.-out., 1968.
- DONOVAN, C. "Making Theory Work". *The American Journ. of Nursing*, 66 (10): 2204-2206, out. 1966.
- FISCHER, V. G. e CONNOLLY, A. F. *Promotion of Physical Comfort and Safety*. Dubuque, Iowa, W. M. C. Co., 1970, cap. 3.
- GRIFFITHS, Daniel E. *Teoria da administração escolar*. São Paulo, Companhia Editora Nacional/EDUSP, 1971.
- HORTA, W. A. "Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem". *Rev. Bras. Enf.*, 20 (1): 7-13, Jan. 1967.
- _____, HARA, Y & PAULA, N. S. de. "Ensino de planejamento de cuidados em Fundamentos de Enfermagem". *Rev. Bras. Enf.*, 20 (4): 249-263, ago. 1967.
- _____. "Conceito de enfermagem". *Rev. Esc. Enf. USP*, 2 (2): 1-5, set. 1968.
- _____. "Nota preliminar sobre Histórico de Enfermagem". *Rev. Esc. Enf.* 3 (2): 33-38, set. 1969.
- _____. "Contribuição a uma teoria sobre enfermagem". *Rev. Bras. Enf.*, 22 (3, 4, 5 e 6): 119-125, jul.-dez. 1970.
- _____. "Metodologia de processo de enfermagem". *Rev. Bras. Enf.* 24 (6): 81, set.-out. 1971.
- _____. "A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem". *Rev. Bras. Enf.*, 24 (5): 46, jul.-set. 1971.
- _____. "Diagnóstico de enfermagem: Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem". *Rev. Bras. Enf.*, 25 (4): 179-184, jul.-set. 1971.
- _____. "Enfermagem: Teoria, Conceitos, Princípios e Processo". *Rev. Esc. Enf. USP*, 8 (1): 7-17, mar. 1974.

- *A observação sistematizada da identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos*. Tese de Livre-Docência. Editora da USP, 1968.
- “A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos”. *Rev. Bras. Enf.*, 27 (2): 214, abr.-jul. 1974.
- “O processo de enfermagem: Fundamentação e aplicação”. *Perspectivas*, Zulia, Venezuela, 2 (2): 46-54, dez. 1974.
- “Da necessidade de se conceituar enfermagem”. *Enf. Novas Dimens.*, 1 (1): 5-7, mar.-abr. 1975.
- “O processo de enfermagem: Fundamentação e aplicação”. *Enf. Novas Dimens.*, 1 (1): 10-16, mar.-abr. 1975.
- “Aplicação do processo de enfermagem”. *Rev. Esc. Enf. USP*, 9 (2): 300-304, ago. 1975.
- “Bases para uma ciência de enfermagem”. *Enf. Novas Dimens.*, 1 (3): 105-106, jul.-ago. 1975.
- “Consulta de enfermagem”. *Rev. Esc. Enf. USP*, 9 (3): 53-57, set.-dez. 1975.
- “Necessidades humanas básicas, considerações gerais”. *Enf. Novas Dimens.*, 1 (5): 266-268, nov.-dez. 1975.
- “O histórico de enfermagem simplificado”. *Enf. Novas Dimens.*, 2 (3): 131-138, jul.-ago. 1976.
- Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão. *Enf. Novas Dimens.*, 2 (4): 200-203, set.-out. 1976.
- Diagnóstico de enfermagem. Representação gráfica. *Enf. Novas Dimens.*, 2 (2): 75-77, mar.-abr. 1977.
- “Síndromes de enfermagem”. *Enf. Novas Dimens.*, 4 (1): 17-18, jan.-fev. 1978.
- JACOX, Ada. “Theory Construction in Nursing—an overview”. *Nursing Research*, 23 (2): 100-107, mar.-abr. 1974.
- HOWLAND, D. “Approaches to the Systems Problem.” *Nursing Research*, 12 (3): 172-174, Summer, 1963.
- & MCDOWELL, W. E. “The Measurement of Patient Care: a Conceptual Framework”. *Nursing Research*, 13 (1): 4-7, Winter, 1964.
- KING, I. M. “A Conceptual Frame of Reference for Nursing”. *Nursing Research* 17 (1): 27-31, jan.-fev. 1968.
- *Toward a theory for Nursing*. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1971.
- LEVINE, M. E. “The Pursuit of Wholeness”. *The American Journal of Nursing*, 69 (1): 93-98, jan. 1969.
- “Holistic Nursing”. *Nursing Clinics of North America*, 6 (2): 253-263, jun. 1971.
- LEWIS, Lucille. *Planning Patient Care*. Dubuque, Iowa, Wm. C. Brown Co. Publishers, 1970.
- LITTLE, Dolores E. & CARNEVALLI, Doris L. *Nursing Care Planning*. 2ª ed. Toronto, Lippincott Co., 1969.
- LOWTHIAM, P. — Bedsores. “The Missing Linkes?”. *Nursing Times*, 66 (46): 1454-58, 12/1970.
- MARTIN, H. W. & PRANGE, A. J. Jr. “Human adaptation — A Conceptual approach to Understanding Patients”. *The Canadian Nurse*, 58 (3): 234-243, mar. 1962.
- MASLOW, Abraham H. *Motivation and Personality*. 2ª ed. New York, Harper & Row Publishers, 1970.
- *The Psychology of Science*. Chicago, Henry Regnery Co., 1970.
- MAYERS, Marlene Glover. *A systematic approach to the Nursing Care Plan*. New York, Appleton Century Crofts, 1972.
- MOHANA, João. *O mundo e eu*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Livraria AGIR Editora, 1964.
- MURPHY, J. F. *Theoretical Issues in Professional Nursing*. New York, Appleton Century Crofts, 1971.
- ORLANDO, Ida J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente*. São Paulo, E.P.U./EDUSP, 1978.
- PAIM, Lygia. “Problema prescrição e planos”. *Cadernos científicos ABEN*, nº 1, 1978.
- POSSO, M. B. S. “Avaliação das condições dos pacientes nas salas de recuperação pós-anestésica”. *Rev. Esc. Enf. USP*, 9 (3): 7-23, dez. 1975.
- RINES, Alice R. & MONTAG, *Nursing Concepts and Nursing Care*. New York, John Wiley & Sons Inc., 1976.
- ROGER, M. E. *Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia, F. A. Davis Co., 1970.
- *Educational Revolution in Nursing*. New York, MacMillan Co., 1961.
- ROY, Sister Callista. “Adaptation: a Conceptual Framework for Nursing”. *Nursing Outlook*, 18 (3): 42-45, mar. 1970.
- “Adaptation: a basis for Nursing Practice”. *Nursing Outlook*, 19 (4): 254-257, abr. 1971.
- *Introduction to Nursing: An adaptation Model*. New Jersey, Prentice-Hall Inc., 1976.
- VAILLOT, Sister Madeleine Clémence. “Existencialismo — Uma filosofia do compromisso”. *Enf. Novas Dimens.*, 1 (5): 294-301, nov.-dez. 1975.
- WIEDENBACH, Ernestine. “Nurses’ Wisdom in Nursing Theory”. *Amer. Journ. of Nurs.*, 70 (5): 1057-1062, maio, 1970.
- YURA, Helen & WALSH, Mary. *The Nursing Process*. 2ª ed. New York, Meredith Corporation, 1973.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Emilia Emi Kawamoto

Anatomia e Fisiologia Humana

2ª. edição revista e ampliada

192 páginas, 15,5 x 21,5 cm., ISBN 85-12-12720-1

Sumário: Noções gerais. Definições. Divisão do corpo humano. Conceito de variação anatômica. Planos e posições. Cavidades do corpo. Constituição do corpo humano. **Noções gerais de citologia.** Funções das células. Substâncias intercelulares. Líquidos intra e extracelulares. **Noções gerais de histologia.** Tecido epitelial. Tecido conjuntivo. Tecido muscular. Tecido nervoso. **Sistema nervoso.** Funcionamento do sistema nervoso. Sistema nervoso central (SNC). Sistema periférico. **Órgãos dos sentidos.** Tato – Pele. Olfato – Nariz. Gustação – Língua. Visão – Órgão da visão. Audição – Orelha. **Tegumento comum.** Pele. Anexos da pele. **Sistema esquelético.** Ossos. Articulação. **Sistema muscular-esquelético.** Composição química dos músculos. Atividade mecânica dos músculos. Trabalho muscular. Principais músculos. **Sistema sanguíneo.** Parte sólida. Parte líquida do sangue. Coagulação sanguínea. Substâncias de defesa. Grupos sanguíneos. **Sistema cardíaco.** Mediastino. Anatomia do coração. Fisiologia cardíaca. **Sistema vascular.** Artérias. Veias. Capilares. Sistema linfático. Baço. **Sistema respiratório.** Anatomia. Fisiologia da respiração. **Sistema digestório.** Cavidade bucal. Faringe. Esôfago. Estômago. Intestino delgado. Fígado. Pâncreas. Intestino grosso. **Sistema urinário.** Rins. Ureter. Bexiga. Uretra. **Sistema reprodutor.** Sistema genital masculino. Sistema genital feminino. Fecundação. Glândulas mamárias. **Sistema endócrino.** Hipófise. Supra-renais. Testículos. Ovário. Pâncreas. Tireóide. Paratireóides. Timo. Glândula pineal. Outros hormônios. **Anexos.** Glossário. Alterações na nomenclatura anatômica. Distúrbios na anatomia/fisiologia humana. Respostas dos exercícios. Bibliografia.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Gomes, Alice Martins

Emergência Planejamento e organização da unidade. Assistência de Enfermagem

128 p., formato 14 x 21 cm, ISBN 85-12-12480-6

Traz uma abordagem geral sobre a organização e operacionalização das unidades de emergência, ao lado do atendimento aos pacientes dentro de um contexto funcional (o atendimento certo, na área certa, com os métodos certos).

Sumário: *Primeira Parte* - As Unidades de Emergência. Conceito e características. A unidade de emergência e o hospital. Planejamento e organização da unidade. Plant a física. Recursos materiais. *Segunda Parte* - Assistência de Enfermagem. Planejamento da assistência de enfermagem. Histórico. Evolução e Prescrição de Enfermagem. Avaliação do paciente crítico que chega à unidade. Parada cardíaco-respiratória. Conceito. Causas da parada cardíaco-respiratória. Sinais e sintomas. Atendimento na unidade. Assistência de enfermagem. Insuficiência respiratória aguda. Conceito. Causas. Sinais e sintomas. Atendimento na unidade. Assistência de enfermagem. Choque. Conceito. Causas. Sinais e sintomas. Atendimento na unidade. Assistência de enfermagem. Trauma. Atendimento na unidade. Assistência de enfermagem. Grande Queimado. Conceito. Avaliação e tratamento da queimadura. Atendimento na unidade. Assistência de enfermagem. Atendimento à criança. Trauma. Choque hipovolêmico. Parada cardíaco-respiratória. Atendimento na unidade. Assistência de enfermagem. Transporte de pacientes críticos. Transporte interno. Transporte externo. Infecções na Unidade de Emergência. Fatores que predispõem às infecções. Pontos importantes na prevenção da infecção. O papel do enfermeiro. Bibliografia.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Gomes, Alice Martins

Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

2a. edição atualizada e ampliada

230 p., formato 14 x 21 cm., ISBN 85-12-12130-0

Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva constitui-se numa obra que oferece uma visão geral das atividades desenvolvidas junto ao paciente crítico. Foi escrita, em sua 1a. edição, por um grupo de especialistas na área com larga vivência profissional em UTI.

Nesta edição, a autora aborda, de maneira clara e objetiva, os aspectos de atuação do enfermeiro, analisando os cuidados a serem dispensados ao paciente grave ou de alto risco. Discute a organização das unidades e aborda as necessidades assistenciais do doente. Apresenta um panorama geral das condições encontradas em áreas de cuidados intensivos, com a intenção de oferecer informações concisas, mas abrangentes, sobre o assunto. É um livro dinâmico, que proporciona ao enfermeiro meios para desenvolvimento e uma fonte de consulta constante.

Sumário: Conceito do cuidado intensivo. Organização da Unidade. Planta física, equipamento e dotação de pessoal. A UTI e o hospital. A problemática do paciente na UTI. O paciente com afecção cardíaca. Parada cardíaco-respiratória. Eletrocardiografia. Monitorização cardíaca. Insuficiência renal aguda. Insuficiência respiratória. Assistência de enfermagem a pacientes em respiradores. Avaliação do nível de consciência. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. Choque. Nutrição parenteral prolongada. Infecções em UTI. Planejamento de

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

€P.U. €P.U. €P.U. €P.U. €P.U. €P.U. €P.U.

Kawamoto, Emilia Emi; Honório dos Santos, Maria Cristina; de Mattos, Thalita Maia. **Coordenação:** Emília Emi Kawamoto

Enfermagem Comunitária

208 p., Formato 14 x 21 cm., ISBN 85-12-12500-4

Sumário: Saúde. Saúde. História natural da doença. Níveis de prevenção. Inter-relações entre saúde e desenvolvimento sócio-econômico. O direito à saúde. Situação sanitária brasileira. Ações de enfermagem. **Política de saúde.** Evolução da saúde no Brasil. Sistema de saúde no Brasil. **Educação em saúde.** Considerações gerais. Importância. Processo de desenvolvimento de programas. Recursos necessários. Funções educativas dos profissionais de saúde. **Visita domiciliária.** Conceito. Objetivos. Vantagens e desvantagens. Critérios e prioridades. Metodologia. Avaliação. Ações de enfermagem. Modelo de roteiro de visita domiciliária. **Estatística de saúde.** Introdução. Fases do processo estatístico. Análise de dados. Formas de apresentação dos resultados. Mensuração do nível de vida. **Epidemiologia.** Conceito e importância. Objetivos. Definição dos termos mais utilizados. Medidas e indicadores de saúde. Epidemiologia descritiva. Vigilância epidemiológica. Notificação compulsória. Ações de enfermagem na epidemiologia. **Saneamento ambiental.** Introdução. Abastecimento de água. Sistemas de esgoto. Limpeza urbana. Poluição ambiental. Ações de enfermagem no saneamento ambiental. **Zoonoses.** Considerações gerais. Cães e gatos. Ratos. Pombos. Insetos. Aranhas. Escorpiões. Cobras. Ações de enfermagem. **Imunização.** Revisão de imunologia. Considerações gerais sobre as vacinas. Rede de frio. Programa Nacional de Imunização (PNI). Campanha de Vacinação. Outras doenças preveníveis por vacinação. Ações de enfermagem. **Saúde da criança e do adolescente.** Considerações gerais. Direito da criança e do adolescente. Perfil da criança e do adolescente. Atenção à criança. Atendimento ao adolescente. Ações de enfermagem. **Saúde da mulher.** Introdução. Objetivos. Condição feminina. Assistência clínico-ginecológica. Planejamento familiar. Assistência no pré-natal. Assistência no puerpério. Incentivo à amamentação. Aborto. Ações de enfermagem na saúde da mulher. **Saúde do adulto.** Introdução. Hipertensão arterial. Diabetes mellitus. Tuberculose. Hanseníase. Saúde do trabalhador. Ações de enfermagem. Doenças sexualmente transmissíveis. Introdução. Histórico. Classificação. AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Sífilis. Gonorréia. Uretrites não-gonocócicas. Condiloma acuminado. Linfogranuloma venéreo. Cancro mole. Herpes genital. Donovanose ou granuloma inguinal. Tricomoníase. Candidíase vulvovaginal. Vaginite. Ações de enfermagem. Saúde bucal. Considerações gerais. Níveis de atenção e política odontológica. Notas importantes. Desenvolvimento de programas. Ações de enfermagem. Saúde mental. Considerações gerais. Objetivos. Cidadania e legislação psiquiátrica. Estrutura da atenção. Ações de enfermagem. Saúde do idoso. Considerações gerais. Perfil do idoso. Envelhecimento patológico. Objetivos. Atividades do programa. Ações de enfermagem.

€P.U. €P.U. €P.U. €P.U. €P.U. €P.U. €P.U.