

# CONSTRUÇÃO REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

*Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez*

*David Lopes Neto*

*Elielza Guerreiro Menezes*

*Mirella Dornelas Batalha Moreira Buarque*

*Alisson Azevedo Gois*

*Felipe Johannata Fidelis Neri Santos*

O cuidar em enfermagem emerge do saber-ser (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), saber-saber (Ciência Enfermagem) e saber-fazer (práxis) gerencial e assistencial, advindo dos esforços compartilhados pelos profissionais de enfermagem com outras pessoas em situação de vulnerabilidade e adoecimento. Deste modo, a prestação do cuidar caracteriza-se como multidimensional, extrapolando-se da dimensão pessoal para a dimensão coletiva do trabalho assistencial da enfermagem (SOUZA, SARTOR, PADILHA, *et al*, 2005).

No âmbito hospitalar, o cuidado de enfermagem envolve situações clínicas e cirúrgicas de diferentes complexidades, o que expressa a necessidade de uma assistência sistematizada. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina que haja sistematização da assistência de enfermagem em todas as instituições públicas e privadas, cabendo exclusivamente ao enfermeiro a gestão do cuidar desde a consulta de enfermagem ao desenvolvimento do processo de enfermagem - PE (COFEN, 2009).

De base legal disposta na Lei 7.498/1986 (COFEN, 1986) e Decreto 94.406/1987 (COFEN, 1987), a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e compreende o histórico (entrevista), o exame físico, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição e a evolução de enfermagem, para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, instrumentos norteadores para implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

O PE está diretamente articulado ao processo de cuidar da enfermagem, dinamizando as ações dos profissionais de enfermagem (CASTILHO, RIBEIRO, CHIRELLI, 2009), de forma a organizar o serviço e direcionar técnica e

cientificamente a assistência de enfermagem, com o emprego do método científico e de teorias balizadoras do cuidar de enfermagem. Desta forma, o PE pode ser visto como uma ferramenta teórico-metodológica exequível na prática do enfermeiro, de modo a favorecer a interação enfermeiro-enfermeiro, enfermeiro-equipe de enfermagem e de saúde e enfermeiro-paciente e familiares.

Com estatuto teórico próprio, a ciência e profissão Enfermagem se consolidou na prestação do cuidado integral de forma ética, transdisciplinar e humanizada. Neste contexto, neste capítulo, utilizaremos os pressupostos teóricos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e sua interface com o Processo de Enfermagem, a Teoria de Enfermagem e a Taxonomia de Enfermagem.

O PE é considerado o método que explica a essência da enfermagem, o cuidar, por meio de suas bases científicas, tecnológicas, com pressupostos humanísticos que encorajam o pensamento crítico e a capacidade criativa e inovadora da prática profissional do enfermeiro na resolução de problemas (HUITZI-EGILEGOR, ELORZA-PUYADENA, URKIA-ETXABE, ASURABARRENA-IRAOLA, 2014). O PE é para a enfermagem um método de investigação estruturado que se utiliza de uma análise lógica e raciocínio clínico adequado às necessidades do indivíduo, família ou comunidade, o qual é desenvolvido em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

As Teorias de Enfermagem permitem ao enfermeiro organizar sua prática e compreender os resultados esperados, possibilitando analisar de maneira crítica a situação atual do paciente, tomar decisões clínicas, planejar cuidados e propor adequadas intervenções de enfermagem, definir os resultados esperados e avançar na sua eficácia, junto à clientela (TANNURE, PINHEIRO, 2010).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é um constructo de Wanda de Aguiar Horta, fundamentada na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow e a classificação de necessidades proposta por João Mohana (PEREIRA, PINHO, COSTA, *et al*, 2012). Ancora-se nas leis do equilíbrio e da adaptação e na abordagem holística de compreensão do ser em sua integralidade. Nesse modelo teórico, a enfermagem é definida como uma ciência aplicada e uma profissão que integra a equipe de enfermagem e de saúde na prestação de cuidados ao ser humano, reconhecendo suas necessidades humanas básicas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Essa metodologia é permeada pelo método científico e compõe seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial,

prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (Quadro 1 e 2) (HORTA, 1979).

NECESSIDADES PSICOBILÓGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação Hidratação Eliminação Sono e Repouso Exercício e Atividade física Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Integridade cutaneomucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica.	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção.	Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Quadro 1. Classificação das Necessidades Humanas Básicas

Fonte: Horta, 1979.

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	
<b>1. Regulação Neurológica</b>	É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
<b>2. Percepção dos Órgãos dos Sentidos</b>	É a necessidade do organismo perceber o meio através de estímulos nervosos, com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente.
<b>3. Oxigenação</b>	É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida.
<b>4. Regulação Vascular</b>	É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
<b>5. Regulação Térmica</b>	É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre

	36° e 37,3° C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda de energia térmica).
<b>6. Hidratação</b>	É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
<b>7. Alimentação</b>	É a necessidade do indivíduo obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida.
<b>8. Eliminação</b>	É a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes e quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal.
<b>9. Integridade Física</b>	É a necessidade do organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo.
<b>10. Sono e Repouso</b>	É a necessidade do organismo em manter, durante certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração.
<b>11. Atividade Física</b>	É a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.
<b>12. Cuidado Corporal</b>	É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal.
<b>13. Segurança física e meio ambiente</b>	É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica.
<b>14. Sexualidade</b>	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar.
<b>15. Regulação: Crescimento Vascular</b>	É a necessidade do organismo em manter a manipulação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade com o objetivo de crescer e desenvolver-se.
<b>16. Terapêutica</b>	É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde.
<b>Necessidades Psicossociais</b>	
<b>1. Comunicação</b>	É a necessidade de enviar e receber mensagens, utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não-verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros.
<b>2. Gregária</b>	É a necessidade de viver em grupo com o

	objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
<b>3. Recreação e Lazer</b>	É a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir ideias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se.
<b>4. Segurança Emocional</b>	É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
<b>5. Amor, Aceitação</b>	É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relações às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
<b>6. Autoestima, Autoconfiança, Auto-respeito</b>	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de perceber-se como o centro vital da própria existência.
<b>7. Liberdade e Participação</b>	É a necessidade que cada um tem de agir conforme a sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas definidas (sociais, culturais, legais). Em resumo, é o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.
<b>8. Educação para a Saúde/Aprendizagem</b>	É a necessidade de adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde.
<b>9. Auto-Realização</b>	É a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser.
<b>10. Espaço</b>	É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrair-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.
<b>11. Criatividade</b>	É a necessidade de ter ideias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se (vir a ser).
<b>Necessidades Psicoespirituais</b>	
<b>1. Espiritualidade</b>	É a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre as pessoas, e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Exemplo: ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião.

Quadro 2. Definições das Necessidades Humanas Básicas

Fonte: Benedet; Bub, 2001.

No pensamento teórico de Horta, o histórico de enfermagem consiste em um roteiro para a coleta de dados, aplicado por meio de entrevista e exame físico do indivíduo (HORTA, 1979). O diagnóstico de enfermagem se baseia na identificação das necessidades humanas básicas que precisam ser resolvidas. O planejamento consiste na elaboração das intervenções que o paciente deve receber após formulação dos diagnósticos e prescrição de enfermagem, esta última para a implementação dos cuidados, determinados na fase diagnóstica, culminando com a evolução de enfermagem, que é o relato diário das respostas do paciente aos cuidados que foram prescritos e, o prognóstico de enfermagem, que objetiva estimar a capacidade do paciente em atender as necessidades alteradas, a partir da implementação do plano assistencial e da evolução de enfermagem.

Portanto, na aplicação do PE são necessárias ao enfermeiro habilidades interpessoais, raciocínio e elaboração de ideias, valores e crenças, características que subsidiam a prática do método de acordo com os preceitos do mesmo. Para que os enfermeiros trabalhem com segurança e qualidade na gestão do cuidado é essencial levantar necessidades que possibilitem a identificação de problemas reais ou potenciais; identificar e priorizar os problemas que necessitam intervenção imediata daqueles que poderão ser abordados subsequentemente; e implementar e justificar as ações para corrigir ou minimizar os riscos à saúde (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Uma das fases do PE, merecedor de enfoque, devido a sua complexidade de elaboração, é o Diagnóstico de Enfermagem, havendo diferentes concepções a depender da abordagem teórica utilizada. Uma delas é o referencial taxonômico da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I), que define o Diagnóstico de Enfermagem como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais e “é a base para selecionar as intervenções de enfermagem com foco nos resultados que se espera obter” (NANDA, 2011).

O sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I é um dos mais conhecidos e divulgados no âmbito mundial. Atualmente trabalha-se com a Taxonomia II da NANDA-I, com 216 diagnósticos de enfermagem aprovados. A partir do momento que o enfermeiro formula um diagnóstico de enfermagem, ele precisa continuar com o processo de prescrição, podendo utilizar a taxonomia de Classificação das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classification*

(*NIC*), a qual facilita a construção e execução desta etapa do processo de enfermagem (DOCHTERMAN; BULECCEK, 2008).

Intervenção é definida como:

Qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem tanto a assistência direta como indireta; as assistências voltadas para indivíduos, famílias e comunidade; e a assistência prestadas em tratamentos iniciados pelo enfermeiro, médico ou outro prestador (JOHNSON, MOORHEAD, BULECHECK, *et al*, 2012 p.3).

Atualmente, a *NIC* apresenta 542 intervenções de enfermagem, perfazendo um total de atividades superior a doze mil. Para facilitar seu uso, estão agrupadas em 30 classes e 7 domínios, criando uma taxonomia para a classificação. A taxonomia em menção, apresenta dois tipos principais de intervenções, as principais e as sugeridas, com a finalidade de alcançar os resultados recomendados para cada diagnóstico. A *NIC* nomeia e descreve intervenções executadas na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem apresentado pela taxonomia *NANDA* (JOHNSON, MOORHEAD, BULECHECK, *et al*, 2012).

Por sua vez, a Classificação dos Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classification (NOC)* vem sendo desenvolvida desde 1991, por um grupo de pesquisadores, também pertencentes ao grupo da *NIC*. A *NOC* é a primeira classificação abrangente e padronizada utilizada para descrever os resultados obtidos pelos clientes (indivíduo, família ou comunidade) em decorrência das intervenções de enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010).

Apesar de enfatizar os resultados mais responsivos às ações de enfermagem, outras disciplinas podem considerá-los úteis para avaliar a efetividade das intervenções que realizam, tanto de forma independente quanto em equipes. Esta nomenclatura é considerada complementar à taxonomia da *NANDA* e da *NIC* e pode também ser usada com outras classificações (LUCENA; ALMEIDA, 2010).

Nesse contexto, por meio desta reflexão, foi possível detalhar as etapas para construção de um instrumento de coleta de dados para implantação do processo de enfermagem fundamentado na teoria das necessidades Humanas Básicas e na Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Interventions Classification (NIC)* e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, em um

hospital de gestão privada e municipal, por meio de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sediado no estado de Sergipe.

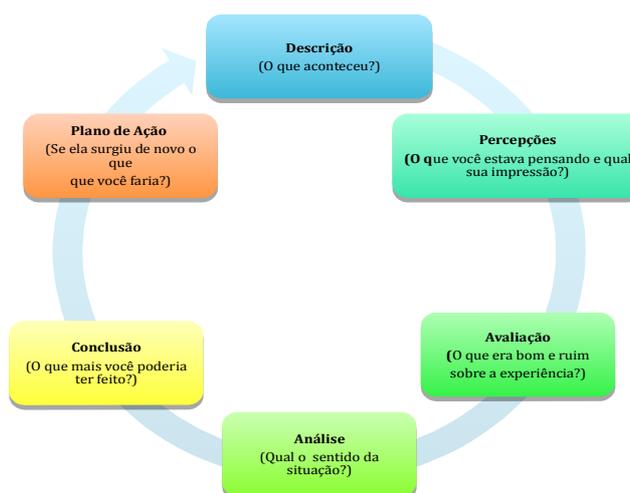
## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma proposta de instrumento de coleta de dados nos serviços de enfermagem hospitalar por meio da qual se apresenta uma descrição minuciosa e reflexiva do processo de construção fundamentado na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta e na Taxonomia NANDA-NIC-NOC, com a finalidade de refletir a implantação do processo de enfermagem no ambiente hospitalar, em nível clínico e cirúrgico.

A proposta inicial foi desenvolvida pela Coordenação de Enfermagem do Hospital Cirurgia, com a participação da Gerência de Enfermagem, 12 residentes de enfermagem e 10 acadêmicos de enfermagem do curso de graduação da Universidade Federal de Sergipe.

Para organizar e descrever a proposta de instrumento de coleta, a partir da vivência de trabalho do grupo de enfermeiros, tomou-se por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs, composto de seis fases: 1 – descrição da experiência; 2 – percepções; 3 -avaliação; 4 – análise; 5 – conclusão e, 6 – plano de ação. (Figura 1) (GIBBS, 1988).

**Figura 1. Ciclo Reflexivo de Gibbs**



Fonte: Gibbs (1988), adaptado.

Participaram desta construção, o Departamento de Enfermagem e o Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Sergipe, o

Hospital Cirurgia - Rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e o Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe.

Ressalta-se que o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe liderou a efetivação da presente proposta, com vistas a subsidiar o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem, priorizando a implantação do Processo de Enfermagem em nível hospitalar. Após oficinas de trabalho, passou-se a adequar o instrumentos de coleta de dados do hospital Cirurgia, segundo referencial teórico coerente o (teorias de enfermagem) ao perfil da clientela assistida.

## **CONSTRUÇÃO REFLEXIVA DA PROPOSTA**

### **Descrição da experiência**

O Hospital Cirurgia (HC), sediado no município de Aracaju, estado de Sergipe, é um estabelecimento assistencial de saúde, do tipo hospital geral, de grande porte, com disponibilidade de 320 leitos. É mantido por esfera administrativa privada, tendo como mantenedora a Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, entidade de natureza organizacional beneficente, sem fins lucrativos, de gestão privada e municipal (por meio de convênio com o SUS), para o desenvolvimento de atividades ambulatoriais (atenção básica à saúde) e hospitalares (atendimento de urgência e internação) por demanda programada e espontânea.

A assistência de enfermagem do HC era documentada no prontuário do paciente, em formulário impresso, multidisciplinar (medicina, enfermagem, nutrição, serviço social), sem espaço específico para anotações e registros de enfermagem.

Como marco para o gerenciamento do serviço de enfermagem no HC, em 2008, emergiu a decisão de materializar a proposta de criação de um formulário próprio para o serviço de enfermagem com o auxílio de um grupo de profissionais, recém-contratados, decisão que facilitaria a avaliação clínica sistematizada, considerando que os pacientes admitidos nesse hospital eram transferidos de outras unidades de saúde sem avaliação prévia.

Ressalta-se, ainda, que o serviço de enfermagem não possuía um instrumento de coleta de dados que subsidiasse a gestão do cuidado para melhoria da qualidade da assistência.-

Diante dessa situação, enfermeiros da Clínica Médica e do Pronto Socorro, engendraram esforços para implantar o primeiro instrumento de coleta de dados de

enfermagem (APÊNDICE A), vislumbrando, com essa iniciativa, o impacto que este poderia ocasionar na melhoria da qualidade da assistência e, por conseguinte, na redução da mortalidade hospitalar, além de favorecer a assistência da equipe interdisciplinar de saúde.

Diante desse cenário, em 2009, o grupo de enfermeiros avançou na proposta de trabalho de criação de um instrumento exclusivo para desenvolvimento do processo de enfermagem, situação esta que foi favorecida pela autonomia da gerência de enfermagem junto à direção institucional.

Nesse mesmo ano, 2009, com a exigência de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem pelo COFEN e Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe, a diretoria do hospital tomou conhecimento que a gerência de enfermagem vinha desenvolvendo instrumentos para execução de processo de enfermagem, inicialmente, nas unidades de Clínica Médica e Pronto Socorro, fato este que sensibilizou a direção hospitalar, possibilitando, assim, a implantação das etapas do processo de enfermagem em todos os setores com serviço de enfermagem.

### **Percepções**

A adesão à proposta foi paulatina devido à resistência dos profissionais na utilização do processo de enfermagem em decorrência do descrédito na Sistematização da Assistência de Enfermagem, como estratégia para reorganização dos serviços. Perante as dificuldades, a gerência de enfermagem iniciou um programa de sensibilização para mudança comportamental, com o objetivo de mudar a cultura organizacional existente. Dessa forma, adotaram-se novas estratégias de gestão, entre elas, reuniões semanais para discussão de artigos e demais referências sobre teorias e modelos teóricos em enfermagem, diagnósticos de enfermagem relacionados a intervenções e resultados; educação em serviço, especialmente, para capacitar os recém-admitidos.

### **Avaliação**

Como já descrito, avaliar a implantação do formulário foi externar uma preocupação com o alcance do objetivo - criar um instrumento de coleta de dados próprio da enfermagem. Todavia, esse percurso teve situações de fragilidades e potencialidades, que avaliadas e discutidas, foram trabalhadas de forma planejada visando a consolidação da proposta. Para trabalhar os problemas enfrentados, o grupo

de enfermeiros e colaboradores teve como trajetória gerencial analisar o ambiente e externo ao hospital através da aplicação da Matriz SWOT - *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças).

Em reuniões programadas, os enfermeiros levantaram os fatores internos ao serviço de enfermagem que influenciaram nesse processo de construção. Quanto as forças, identificaram: autonomia da gerência de enfermagem; mudança de comportamento profissional frente ao processo de enfermagem, com maior adesão dos enfermeiros à proposta e, futura uniformização e padronização da assistência por meio do processo de enfermagem.

O levantamento das fraquezas foi consenso dos enfermeiros ao afirmarem que houve forte resistência inicial da equipe de enfermagem frente à implantação dos instrumentos para execução da assistência de enfermagem por meio de um protocolo. Contudo, também, foram coerentes quando expressaram que a falta de avaliação clínica sistematizada era um obstáculo à qualidade da assistência e um vetor de mortalidade hospitalar, assim como o descrédito dos profissionais de enfermagem para utilização do processo de enfermagem, somado à indefinição ou ausência de teoria de enfermagem ou modelo teórico-assistencial que fundamentasse a construção do instrumento de coleta de dados.

As ameaças se restringiram ao volume diário de pacientes encaminhados ao HC, o que estava relacionado com a taxa de 100% de ocupação dos leitos e das consultas por especialidades em nível ambulatorial.

As oportunidades apresentadas se voltaram à articulação da gestão institucional em relação aos convênios firmados, o que remete à sustentabilidade financeira da instituição e ampliação das parcerias privado-privado e privado-público com o SUS.

### **Análise**

No período de 2008 a 2011, foram dados os primeiros passos para a elaboração do instrumento de coleta, para futura implantação do processo de enfermagem, em formulário impresso, em papel, exclusivo para o serviço de enfermagem.

Essa etapa, de investigação diagnóstica, foi direcionada pelo modelo biomédico (céfalo-caudal) para elaboração de diagnósticos de enfermagem abstraídos da NANDA, entretanto, sem o uso de teorias ou modelos teóricos de enfermagem.

Com isso, o primeiro instrumento, constou de um conjunto de informações clínicas, entretanto, sem ligação com as necessidades humanas básicas e com a Taxonomia NANDA-NIC-NOC. Nessa fase, trabalhou-se, exclusivamente, com a identificação de fenômenos sintomatológicos levantados nos prontuários dos pacientes e a partir das situações clínicas vivenciadas pelos profissionais de enfermagem durante o cotidiano de trabalho. Como resultado desse processo construtivo, obteve-se a primeira versão de um protótipo de instrumento de coleta (APÊNDICE A).

Em análise à primeira versão de um instrumento do tipo *check list*, pelo grupo de enfermeiros e por docentes do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Sergipe, chegou-se à conclusão da necessidade de inclusão de uma teoria de enfermagem para fundamentar técnica e cientificamente o instrumento.

Dessa forma, para a reconstrução do instrumento, o grupo trabalhou, inicialmente, por necessidades humanas básicas, conforme os pressupostos teóricos de Wanda de Aguiar Horta. O primeiro instrumento construído (APÊNDICE B) contemplou as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Para levantar as necessidades, criou-se um quadro de equivalência necessidade – sinais e sintomas apresentados pelos pacientes por clínica (médica e cirúrgica), o qual foi resultado da realização de consultas de enfermagem e de exames físicos por sistemas do corpo humano que afetam as necessidades humanas básicas: Sistema Nervoso Central, Respiratório, Cardiovascular, Renal, Digestório, Endócrino, Tegumentar, Músculo esquelético, Vascular periférico, Sistema Reprodutor e Hematológico.

Nessa fase, o trabalho foi desenvolvido em três etapas taxonômicas correlatas. Trabalhou-se com a Taxonomia II da NANDA-I para garantir a diretriz sobre a prescrição do enfermeiro, a partir da formulação do diagnóstico de enfermagem, consultou-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classification (NIC)*, por ser esta uma taxonomia de intervenções de Enfermagem correlata à NANDA.

Com o desenvolvimento do trabalho de construção do instrumento, percebeu-se que as ligações existentes entre a NANDA e a NIC apontavam a relação entre os problemas (sinais e sintomas) apresentados pelos clientes em situações de internações clínicas ou cirúrgicas e as ações de enfermagem propostas.

Quanto a Classificação dos Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, o grupo optou por trabalhar com o indivíduo, de maneira a pensar a realização de intervenções de enfermagem ao paciente em nível hospitalar.

Ressalta-se que, em situações futuras, o grupo de enfermeiros discutiu sobre a necessidade de inclusão da família e da comunidade, como descreve a literatura.

### **Conclusão**

Após várias adequações foi construído o instrumento final. Essa nova versão, completa, sistematizada, concisa e objetiva trouxe em seu bojo, conteúdos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e da Taxonomia NANDA-NIC-NOC (APÊNDICE B).

### **Plano de Ação**

A partir de 2012, as lideranças de enfermagem do HC, disponibilizaram o formulário para coleta do processo de enfermagem impresso para testagem em meio eletrônico, usando os computadores, conectados à rede de informática do hospital.

Em 2015, a implantação do PE avançou tecnologicamente para futuros testes em dispositivo eletrônico móvel, do tipo *tablete*, visando que o enfermeiro reduzisse o tempo de preenchimento do formulário referente ao processo de enfermagem e, por conseguinte, colocá-lo mais junto aos clientes sob seus cuidados.

Como forma de reorganizar o modelo assistencial vigente no HC, e em consonância com a implantação do processo de enfermagem, o grupo de enfermeiros, em estudos sobre prestação de cuidados de enfermagem hospitalar, optou pela utilização do sistema americano *Primary Nursing*, sistema considerado como um modelo de cuidado individualizado à pessoa sadia ou doente e a grupos de pessoas em mesmas situações, com centralização da tomada de decisão no enfermeiro (MANTHEY, 2003; BOWERS, 1989).

Com um novo instrumento (APÊNDICE C), os idealizadores do aplicativo mobile enfermeiros Alisson Azevedo Gois e Felipe Johnnata Fidelis Neri Santos, realizaram uma longa caminhada para criar a base de dados eletrônica do instrumento.

Para a construção do aplicativo foi necessária a contratação de uma empresa especializada, composta por três (3) programadores, formados em Ciência da Computação, o que resultou na agilização do processo de criação do aplicativo. Dessa forma, foram realizadas várias reuniões entre os idealizadores enfermeiros e os programadores para o acompanhamento do processo de criação. Em cada encontro foram disponibilizadas versões preliminares do aplicativo para que os idealizadores pudessem testá-lo na prática hospitalar e sugerirem os ajustes necessários.

O aplicativo utilizou a linguagem *Java*, com o *layout XML*, arquitetado em dois conjuntos: assistência e ensino/consulta. O conjunto assistência permite realizar o PE dos clientes internados. O conjunto ensino/consulta possibilita a avaliação do acadêmico na realização do processo de enfermagem com dados de clientes reais e com casos clínicos simulados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato dessa reflexão da prática de um grupo de enfermeiros na construção de uma estrutura tecnológica, instrumento de coleta de dados, para a prática de enfermagem em ambiente hospitalar clínico e cirúrgico deve ser repensada com fundamentação em teorias de enfermagem ou modelos teóricos. Por outro lado, considera-se relevante a necessidade de utilizar as Taxonomias da NANDA/NIC/NOC, como partes constituintes do processo de enfermagem.

Sugere-se a validação do presente instrumento para sua utilização metodológica, por ser o processo de enfermagem reflexo do método científico.

Entende-se que a experiência de trabalho gerencial-assistencial de este grupo de enfermeiros vem contribuindo para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem, gerando ações coletivas contínuas de aperfeiçoamento e reflexão acerca do processo de enfermagem, para clientes em internação hospitalar.

Destaca-se os esforços por implantar o instrumento de coleta, para enfermeiros, nas suas diferentes versões, impressas e eletrônicas, que subsidiam as práticas clínica, gerencial e de ensino no processo de trabalho da equipe de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de Enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis, Bernúncia, 2001.

BOWERS, L. The significance of primary nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 14, n. 1, p. 13-9, 1989.

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço hospitalar do Brasil. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-89, June 2009.

COFEN.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 26 de junho de 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 04/05/2015.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de enfermagem-SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 09 de junho de 1987. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em 04/05/2015.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECCEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIBBS, G. **Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods**. Further Education Unit, Oxford: Oxford Brookes University, 1988.

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

HUITZI-EGILEGOR, J.X.; ELORZA-PUYADENA, M.I.; URKIA-ETXABE, J.M.; ASURABARRENA-IRAOLA, C. Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. **Rev. Lat Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 772-7, 2014.

JOHNSON, M.; MOORHEAD, S.; BULECCEK, G.; *et al.* **NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LUCENA, A.F.; ALMEIDA, M.A. A utilização das taxonomias NANDA-NIC-NOC na prática clínica. In: Souza, E. N. (Organizador). **Casos clínicos para a enfermagem**. Porto Alegre: Moriá, 2010. p. 51-69.

MANTHEY, M. Aka *primary nursing*. **J. Nurs. Adm.** v.33, n. 7-8, p. 369-70, Jul- Aug, 2003.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M, *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEREIRA, J.S.; PINHO, A.S.D.S.; COSTA, M.S.; *et al.* Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. **R. pesq.: cuid. fundam**, v. 4, n. 2, p. 2437-47, 2012.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S. *et al.* O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p 266-70, 2005.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

**Apêndice A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS**  
**(instrumento não validado)**

1. **IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**
2. **INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO**
3. **INVESTIGAÇÃO DOS ASPECTOS DE VIDA DO PACIENTE:** aspectos psicobiológicos e psicossociais.
4. **ANTECEDENTES FAMILIARES**
5. **EXAME FÍSICO:** mensuração de sinais vitais, estatura, peso e dados coletados pela inspeção, palpação, percussão e ausculta. Observando anormalidades, malformações e traumatismos.
6. **ROTEIRO DE EXAME FÍSICO**
  - a. Sinais vitais: Pulso, temperatura, respiração e pressão arterial.
  - b. Peso e altura.
  - c. Cabeça: couro cabeludo e cabelos, ouvidos e orelhas, olhos e pálpebras, nariz e boca e mucosas.
  - d. Pescoço e garganta.
  - e. Membros superiores e inferiores.
  - f. Tórax: mamas e mamilos.
  - g. Abdômen.
  - h. Região sacra e glútea.
  - i. Genitais e região perineal.
  - j. Pele.
  - k. Eliminações e secreções.

**Problemas e necessidades levantados pelo enfermeiro**

---

---

---

**Intervenções a serem propostas pelo enfermeiro**

---

---

---

## Apêndice B - PROCESSO DE ENFERMAGEM

(instrumento não validado)

### COLETA DE DADOS

#### 1- DADOS PESSOAIS

Nome.....idade.....data de internação.....

Endereço.....

Estado civil.....cor.....N. de prontuário.....

Sexo.....unidade.....

Escolaridade.....Ocupação.....

Religião..... Renda mensal aproximada.....

2- Diagnóstico médico:.....

3- Antecedentes pessoais:

a. Doenças na infância:

b. Acidentes

c. Hospitalizações

d. Outras doenças

e. Medicamentos usados:

4- Antecedentes familiares:

5- Hábitos de Vida:

Fumo ( ) Alcool ( ) Drogas ilícitas ( )

Informações adicionais:

.....  
.....  
.....

### LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES SEGUNDO WANDA AGUIAR

#### HORTA

#### I – Necessidades Psicobiológicas:

Oxigenação

Hidratação

Eliminação

Sono e Repouso

Exercício e Atividade física

Sexualidade

Abrigo

Mecânica corporal

Motilidade

Integridade cutaneomucosa

Integridade física

Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular

Locomoção  
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa  
Ambiente  
Terapêutica

## **II - Necessidades Psicossociais**

Amor  
Segurança  
Liberdade  
Comunicação  
Criatividade  
Aprendizagem (educação à saúde)  
Gregária  
Recreação  
Lazer  
Espaço  
Orientação no tempo e espaço  
Aceitação  
Autorrealização  
Autoestima  
Participação  
Autoimagem  
Atenção

## **III - Necessidades Psicoespirituais**

Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

## **CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICO, PRESCRIÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS**

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)</b>	<b>TIPO DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>EXECUTAR PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (NIC)</b>	<b>RESULTADO ESPERADO (NOC)</b>
1			
2			
3			
4			

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DO HOSPITAL CIRURGIA**  
**(Disponibilizado no formato impresso e eletrônico/ instrumento não validado)**

**Processo de Enfermagem**  
**SOAP (Dados Subjetivos/Objetivos/Análise e Plano de Cuidados)**

<b>Cadastro do cliente</b>	
Nome do cliente:	Sexo:
Idade:	
Tipo de Atendimento:	Matricula:
Plano de Saúde:	
Modo de Chegada:	Data de Internação Hospitalar:
Data de Entrada na Unidade:	
Alergias:	Passado Médico/Gestação
Estilo/Habito de Vida:	
Tempo de permanência/Problemas administrativos e clínicos:	

**Dados Subjetivos e Objetivos – Histórico (1ª Etapa)**

Situação/Queixa (s):
<b>Avaliação primária e secundária:</b>
Sinais Vitais e Hemoglicoteste: FR: Sat: FC: PA: T: HGT: DOR:
Exame Semiológico:
Tipo de tratamento (Fatores de risco e/ou etiologia):
Drogas em uso: Antibióticos (dias):                      Vasoativos (mcg/Kg/h):
Anestésico (mcg/kg/h):
Dispositivos em uso:
Exames complementares:

**Análise – Diagnóstico (2ª Etapa)**

(Necessidade Humana Básica / Domínio / Classe): Diagnóstico de Enfermagem.
--

**Plano de Cuidados – Intervenções (3ª Etapa)**

(Necessidade Humana Básica) – Intervenção de Enfermagem.
--

**Hospital/Unidade/Leito:**  
**Assinatura do Enfermeiro/Coren:**

**Data/Hora:**

**Implementação (4ª Etapa)**

<b>Intervenções</b>	<b>Executor</b>	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noite</b>
---------------------	-----------------	--------------	--------------	--------------


**Avaliação de Enfermagem (5ª Etapa)**

Evolução de Enfermagem:

**Sugestão de diagnósticos e intervenções** – acrescentar ou modificar / Registro de condutas do Enfermeiro

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hospital/Unidade/Leito:**

**Data/Hora:**

**Assinatura do Enfermeiro /Coren:**