

PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE MUDANÇAS

Juliana Carine Machado¹

Fernanda Balestrin²

Ana Paula Geraldi³

Caroline Ottobelli⁴

RESUMO: O Processo de Enfermagem é um método que sistematiza a assistência de enfermagem possibilitando um cuidado mais humanizado. É composto por etapas inter-relacionadas, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem. Este artigo refere-se ao desenvolvimento do projeto intitulado: Processo de Enfermagem: uma prática inerente ao profissional enfermeiro, o qual tem como objetivo: desenvolver o Processo de Enfermagem com os pacientes internados junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, a fim de contribuir para com a prestação de cuidados integrais e humanizados. Para desenvolver esse projeto foi elaborado um roteiro para a coleta de dados, com o propósito de auxiliar no desenvolvimento da ação o qual sofreu reformulações conforme necessário. O desenvolvimento deste proporcionou maior segurança, experiência

¹ Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Bolsista de Iniciação Científica. Email: ju.carine@hotmail.com

² Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Email: fernandabalestrin@hotmail.com

³ Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Email: ana-paula-geraldi@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Email: caroline@fw.uri.br

e familiaridade com o instrumento por parte das acadêmicas.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Prática profissional. Sistematização da assistência.

INTRODUÇÃO

A prática da enfermagem está muitas vezes vinculada às atividades burocráticas, cumprimento de atividades técnicas e ao seguimento de normas e rotinas pré-estabelecidas pelas instituições. Com isso muitas vezes o profissional detém maior atenção à execução de tarefas do que à promoção da assistência humanizada que atenda as necessidades do usuário. Os enfermeiros possuem o processo de enfermagem, como instrumento exclusivo, que proporciona a organização do processo de trabalho, possibilitando a promoção de cuidados necessários e individuais ao usuário.

O Processo de Enfermagem é um método sistemático utilizado para auxiliar na realização da prática do enfermeiro, é uma forma de prestar um cuidado mais completo ao cliente, com o objetivo de identificar as necessidades e implementar a terapêutica adequada, além de qualificar a assistência de enfermagem de forma humanizada. Ele pode ser definido como uma forma dinâmica e sistêmica para a prestação de cuidados, sendo realizado por meio de etapas interligadas.

Conforme Horta (1979), o Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa à assistência ao ser humano e caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases. É através da aplicação deste instrumento que coletam-se os dados necessários para o desenvolvimento de ações que visem à assistência de enfermagem junto ao paciente, e também, a organização dos cuidados.

A aplicação do Processo de Enfermagem fornece uma melhor qualidade na assistência no que se refere aos cuidados de saúde, estimulando ainda a construção de conhecimento teórico/científico com base na melhor prática clínica, sempre respeitando a

individualidade de cada cliente, oferecendo orientações necessárias para o mesmo.

De acordo com Alves et al. (2008), a aplicação do Processo de Enfermagem tem esbarrado em muitas dificuldades que impedem sua aplicabilidade, como por exemplo a sobrecarga das atividades burocráticas. Sendo que prevalecem a prática clínica e o cuidado centralizado nas tarefas, isso resulta em um fazer automatizado e burocrático, cuja prioridade do serviço é o cumprimento das tarefas, não havendo um cuidado centrado nas necessidades do paciente. Além disso, o Processo de Enfermagem é uma estratégia e um instrumento de trabalho do enfermeiro, não significando um fim em si mesmo. Sem essa compreensão, o enfermeiro apenas cumprirá mais uma tarefa.

O Processo de Enfermagem além de facilitar a troca de informações entre os profissionais possibilita um cuidado individualizado de acordo com as necessidades do usuário. Este instrumento proporciona a aproximação do enfermeiro com o paciente, permitindo que o mesmo sinta maior confiança, informando ao profissional, detalhes que farão diferença no momento do planejamento dos cuidados necessários e individuais do paciente, valorizando a qualidade do atendimento que será prestado.

É nesse sentido que surgiu a necessidade de estarmos promovendo uma parceria entre o Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S e o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, Campus de Frederico Westphalen R/S. Tal parceria visava promover a aplicação do Processo de Enfermagem, por parte dos acadêmicos, junto aos pacientes internados no referido hospital.

Assim, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem esperou-se promover uma melhor assistência e cuidados de enfermagem que respeitassem a individualidade de cada paciente e os diferentes estágios da reabilitação dos mesmos. Dessa maneira, compreende uma atividade que nos possibilita conhecer cada paciente e oferecer as orientações necessárias.

Assim, o projeto desenvolvido tinha como objetivo: desenvolver o Processo de Enfermagem com os pacientes internados junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, a fim de contribuir para com a prestação de cuidados integrais e humanizados.

Sendo que o Processo de Enfermagem fornece informações detalhadas dos problemas e da situação em que o usuário se encontra, sem este há uma dificuldade maior em prestar uma assistência adequada que deveria ser aplicada ao paciente, além de acarretar perda de tempo, de trabalho e até mesmo de dinheiro, pois o profissional estará prestando cuidados que não trarão, com a mesma amplitude de que se houvesse conhecimento, benefícios ao episódio em que o usuário se encontra, bem como não haverá melhora adequada e acelerada do quadro, resultando em uma qualidade insuficiente do cuidado prestado.

1 REVISÃO DE LITERATURA

Dentre os vários mecanismos de trabalho do profissional enfermeiro, destaca-se o Processo de Enfermagem, pelos meados da década 70 como uma das tecnologias da enfermagem, classificado como um dos instrumentos mais importantes, o qual busca a melhoria do cuidado ao cliente, sendo ainda uma metodologia eficaz, sistematizada e prática para o uso cotidiano do profissional.

Nesse sentido relatam que no Brasil o Processo de Enfermagem foi aderido pelas escolas de graduação e pós-graduação na década de 70, sendo apontada a participação de Wanda Horta no período 1972 na Escola Ana Néri, na qual foi instituído o primeiro curso de mestrado em enfermagem no Brasil (ACQUA DELL, MIYADAHIRA, 2002).

Contudo Horta (1979) nos diz que o Processo de Enfermagem possui seis etapas, que são: histórico de enfermagem que é um roteiro sistematizado usado para a obtenção de dados do cliente, sendo possível a identificação de seus problemas. Este termo também já foi chamado de anamnese em 1965, em 1967 Yoriko

Hara, sugeriu a troca para histórico de enfermagem, adotado por nós até hoje; o diagnóstico de enfermagem é a etapa pela qual é utilizada a partir da análise e da coleta de dados, levando em consideração as necessidades básicas e o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem. Este grau pode ser total, onde a enfermagem presta todos os cuidados ao cliente quando o mesmo não tem condições de fazer por si só, ou parcial, onde a enfermagem pode prestar assistência por meio de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento havendo uma ordem sequencial e inter-relacionada.

A terceira e a quarta etapa são: o plano assistencial; que é a assistência que o indivíduo deve receber a partir do diagnóstico, ou seja, é o resultado da análise do diagnóstico examinando os problemas, as necessidades e o grau de dependência. A partir do momento que os cuidados prescritos forem efetuados deve ser feita a checagem e se novas necessidades surgirem, poderão ser acrescentados e implementados. O plano de cuidados ou prescrição de enfermagem compreende a quarta etapa: o qual é um roteiro diário que norteia toda a ação da equipe nos cuidados adequados, devendo ter como base os cuidados prioritários, mesmo não estando escrito devendo haver uma folha somente para a prescrição de enfermagem. As mesmas devem ser concisas, claras e específicas devendo ser checadas quando realizadas e feitas anotações e orientações quando necessário (HORTA, 1979).

No entanto a quinta e última etapa consistem na evolução de enfermagem, a qual é o relato diário e periódico das mudanças que ocorrem com o indivíduo, ou seja, é uma avaliação global do plano assistencial. A escrita deve ser clara, sucinta procurando evitar repetições das observações, podendo acontecer mudanças no diagnóstico, no plano assistencial e no plano de cuidados visando à melhor assistência e ao prognóstico de enfermagem que indicam as condições que o cliente atingiu após todos os cuidados, é uma forma de avaliação de todo o processo, onde estima-se a capacidade do indivíduo em atender suas necessidades (HORTA, 1979).

Nesse sentido, detalhando cada fase podemos compreender

a importância do Processo de Enfermagem como instrumento de trabalho, confirmando tudo o que foi levantado no contexto do mesmo, o qual nos fornece subsídios concretos para uso profissional cotidianamente, onde a partir de um histórico bem elaborado possuímos suporte para um bom diagnóstico e conseqüentemente um plano e prescrição de enfermagem adequada para uma boa evolução e um prognóstico esperado e benéfico tanto para o profissional quanto para o usuário.

Segundo Lefevre, (2005) o Processo de Enfermagem pode ser caracterizado com: sistemático, pois consiste em etapas as quais visam à solução do problema para obter-se resultados benéficos ao cliente; dinâmico, devido uma etapa se ligar a outra de forma dinâmica, algumas vezes combinando atividades e obtendo o mesmo resultado final, humanizado; baseado na medida em que planejamos e oferecemos cuidados. Precisamos levar em consideração os interesses, valores de cada indivíduo de forma exclusiva, dirigidos a melhorias. As etapas são planejadas para obter os melhores resultados, de forma mais eficiente.

Diante disso podemos ressaltar que o Processo de Enfermagem é um mecanismo que consiste sim em uma ação sistematizada e inter-relacionada, pelo qual prevalece a necessidade de cada indivíduo como um todo, visando à solução de seus problemas de forma dinâmica, proporcionando assim um trabalho mais humanizado, com o objetivo de se chegar a resultados mais eficientes e de melhor resolutividade ao ser humano.

Entretanto, o Processo de Enfermagem ainda é um mecanismo desconhecido por alguns profissionais da área da saúde e isso faz com que ocorra a fragmentação das ações entre os mesmos e a redução do cuidado como procedimento. No entanto o modelo de formação dos profissionais de saúde tem sido pautado no modelo de assistência curativa da doença e na fragmentação do ser humano em partes isoladas, buscando a objetividade das ações, de modo que o conhecimento adquirido das diversas disciplinas raramente são compartilhados na busca da subjetividade tanto do cuidador como do ser que é cuidado (ALVES et al., 2008).

Barra (2010) salienta que o Processo de Enfermagem melhora a qualidade do cuidado por permitir ao enfermeiro sistematizar suas intervenções de forma clara e organizada, centrada nas necessidades dos clientes. O mesmo é uma tecnologia de cuidado que orienta uma sequência de raciocínio lógico, constituindo-se num instrumento que pode ser utilizado pelos enfermeiros na prática profissional, evidenciando o desencadeamento dos pensamentos e juízos desenvolvidos durante a assistência.

2 METODOLOGIA

As ações foram desenvolvidas junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, sendo realizado um encontro semanal, com duração média de 3 horas. Em cada encontro era aplicado o Processo de Enfermagem com determinados pacientes, sendo seguidos os seis passos para o desenvolvimento do processo de enfermagem, definidos por Horta (1979) como:

O primeiro passo: Histórico de enfermagem - roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que torna possível a identificação de seus problemas, convenientemente analisados e avaliados.

O segundo passo: Diagnóstico de enfermagem - que é a identificação das necessidades do ser humano que precisa do atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

O terceiro passo: Plano assistencial - que é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido, sendo este sistematizado (orientação, ajuda e execução de cuidados a fazer).

O quarto passo: Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem - que seria a implementação do plano assistencial diário, que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano, cuidado e avaliado sempre.

O quinto passo: Evolução da enfermagem - relato diário

verificando-se a evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

O sexto passo: Prognóstico de enfermagem - estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para o desenvolvimento do projeto, foi elaborado um roteiro/questionário para a coleta de dados, bem como para auxiliar o desenvolvimento da ação. Sendo que o mesmo sofreu alterações, reformulações e adaptações conforme as necessidades observadas pelas acadêmicas, como por exemplo, a objetividade e clareza do roteiro, exclusão e inclusão de dados a serem preenchidos. Este roteiro contempla informações referentes à identificação do usuário; doenças e tratamentos, motivo da internação, exames realizados, doenças crônicas, tratamentos e cirurgias, histórico familiar e outros fatores de risco; saneamento básico; cuidado corporal; exame físico dos sistemas cardiovascular, neurológico, aparelho locomotor, aparelho geniturinário, sistema respiratório, cabeça e pescoço, pele e tecidos, sistema gastrintestinal, mamas e axilas.

Para que o objetivo do projeto fosse alcançado foram realizados noventa e seis Processos de Enfermagem no período de novembro do ano de 2009 a dezembro de 2010 em encontros semanais com duração de três horas. Inicialmente as três horas dos encontros semanais eram necessárias para a realização de somente um Processo de Enfermagem, isso devido à falta inicial de compreensão; inexperiência; dificuldade para a realização do diagnóstico de enfermagem; dificuldade de comunicação de ambas as partes, acadêmicas e usuários. Porém com o decorrer do tempo, as acadêmicas adquiriram maior segurança, experiência e familiaridade com o instrumento, o que possibilitou o desenvolvimento de até três processos no mesmo intervalo de tempo.

Freitas et al. (2007) dizem que muitos profissionais enfermeiros apontam como fatores dificultadores para a aplicação

do Processo de Enfermagem a falta de tempo, a demanda de usuários internados, a falta de cobrança da aplicação pela parte da instituição, a dificuldade em identificar o diagnóstico de enfermagem e de cumprir as prescrições. Porém para o autor, estes fatores não justificam a não adesão ao instrumento, sendo que para fazer a evolução há necessidade de realizar anamnese e o exame físico após avaliar o estado geral em que o usuário se encontra, além de ser constatada na evolução os problemas que devem ser abordados nas 24 horas seguintes.

Concordamos com Freitas quanto aos aspectos dificultadores e ainda salientamos, no nosso caso em específico, a falta de privacidade, nos casos de leitos não-privativos; a falta de conhecimento sobre determinados assuntos pelo fato de não ter cursado algumas disciplinas; o acesso viário até o hospital, a inexperiência e a falta de intimidade com o instrumento, bem como a escolha aleatória dos casos clínicos.

Sendo que prevaleceram clientes do sexo feminino, entre trinta e sessenta anos, a maioria destes indivíduos apresentava uma ou mais doenças crônicas sem ser necessariamente estas patologias o motivo da internação. Prevaleceram internações por vômito, febre, tosse, cefaleia, algia baixo ventre e causas pulmonares. Observando este fator, foi elaborado um folder com orientações básicas sobre patologias pulmonares que foram entregues aos usuários. Foi notório também que o maior número de usuários não eram fumantes, que praticam algum tipo de atividade física, não faziam uso de álcool e que estavam com o índice de massa corporal dentro dos parâmetros normais, ou seja, a maioria não possuía fatores agravantes.

Contudo, a realização deste projeto proporcionou-nos um maior entendimento do que é e para que serve o Processo de Enfermagem, sendo esta uma prática exclusiva do profissional enfermeiro e que tanto é mencionado e cobrado na academia porém nem sempre é compreendido pelo graduando.

O Processo de Enfermagem ainda é um mecanismo desconhecido por alguns profissionais da área da saúde e isso faz

com que ocorra a fragmentação das ações entre os mesmos e a redução do cuidado como procedimento. No entanto o modelo de formação dos profissionais de saúde tem sido pautado no modelo de assistência curativa da doença e na fragmentação do ser humano em partes isoladas, buscando a objetividade das ações, de modo que o conhecimento adquirido das diversas disciplinas raramente é compartilhado na busca da subjetividade tanto do cuidador como do ser que é cuidado (ALVES et al., 2008).

O processo da aplicação deste projeto proporcionou-nos um maior entendimento sobre patologias, facilitou a associação da teoria com a prática; permitiu uma maior compreensão, aceitação e visualização das individualidades do usuário; melhora da comunicação interpessoal; experiência para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem; ampliando a linha de raciocínio bem como a maneira de tratar o cliente. Foi notória a satisfação e interesse da maioria dos usuários pelo fato de estarem recebendo uma atenção diferenciada, orientações e esclarecimento de dúvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de Enfermagem define-se como instrumento de prática assistencial do enfermeiro, sendo este um modelo tecnológico que visa identificar, entender, organizar e explicar as necessidades humanas básicas do cliente de forma integrada e humanizada. Este instrumento possibilita identificar os problemas em que o cliente se encontra, relacionando os problemas com suas causas, definindo as metas de cuidado e realizando os cuidados necessários e pertinentes de cada situação deparada.

Podemos entender que as dificuldades de aplicação e até mesmo a não aplicabilidade é devido uma deficiência no planejamento das ações ou até mesmo o não planejamento, o qual deveria ser coordenado principalmente pelo enfermeiro juntamente com toda equipe de saúde, tendo em mente que a aplicação do mesmo no cotidiano facilita e traz benefícios para o trabalho diário do enfermeiro e também de toda equipe, pois

através do mesmo se tem todos os dados do paciente não havendo a necessidade de ocorrer repetições de perguntas, ganhando-se tempo e principalmente prestando um atendimento humanizado.

Contudo acreditamos que é possível realizar o Processo de Enfermagem através do instrumento elaborado, pensando que como profissionais teremos mais acesso e maior empatia com o usuário e maior afinidade com o instrumento, com a aplicabilidade o profissional adquire maior desenvoltura e o que primariamente parecia complexo, dificultoso, delongado, passa a ser claro, de fácil entendimento, instantâneo, além de comprovar sua importância, seus benefícios e a satisfação dos usuários no eu refere ao atendimento.

NURSING PROCESS: AN INSTRUMENT OF CHANGES

ABSTRACT: The Nursing Process is a method that systematizes nursing care enabling a more humanized care. It is composed of interrelated steps, namely: nursing history, nursing diagnosis, assistance plan, nursing prescription, nursing evolution and prognosis. This project titled: Nursing Process: an inherent practice to the professional nurse has as objective: to develop the nursing process with patients hospitalized at the Santa Terezinha Hospital in the municipality of Palmitinho R/S, in order to contribute towards the integral provision and humanized care. To develop this project it was proposed a practical schedule for data collection, with the purpose of assisting the action development which suffered reformulations as needed. The development of this one gave us more security, experience and familiarity with the instrument by the academic.

Keywords: Nursing process. Professional practice. Assistance systematization.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. R.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008.

BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0[®]. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, jan./mar., 2010.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K; Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr., p. 185-191, 2002.

FREITAS, M. C. et al. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, mar./abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 27 mar. 2011.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA; 1979.

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