

PROCESSO DE ENFERMAGEM NUMA UNIDADE DE QUEIMADOS: ANÁLISE E PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO SEGUNDO O MODELO CONCEITUAL DE HORTA E TAXONOMIA I DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA

Lídia Aparecida Rossi * **

Maria Célia Barcellos Dalri * ***

ROSSI, L.A.; DALRI, M. C. B. Processo de enfermagem numa unidade de queimados: análise e proposta de reformulação segundo o modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da Nanda. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 27, n.3, p. 328-54, dez. 1993.

Os objetivos deste estudo foram: adaptar a Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem proposta pela NANDA ao Modelo Conceitual de Horta e elaborar propostas de reformulação da prática do processo de enfermagem numa Unidade de Queimados. Estas propostas foram elaboradas a partir da análise de cada fase do processo de enfermagem como proposto por Horta (1979) e atualmente praticado na Unidade de Queimados. As propostas apresentadas neste estudo estabelecem uma ligação entre cada componente do processo de enfermagem justificando a importância da aplicação de cada uma.

UNITERMOS: Processo de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Assistência de Enfermagem.

I. INTRODUÇÃO

Duas décadas passaram desde que o Processo de Enfermagem começou a ser ensinado nas escolas de enfermagem brasileiras, tendo por base as contribuições de Horta. De lá para cá, poucas experiências tem sido divulgadas sobre a utilização desta metodologia na prática da assistência de enfermagem.

-
- * Enfermeiras-Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
 - ** Diretora do Serviço de enfermagem de Centro Cirúrgico e Central de Material do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Unidade de Emergência
 - *** Enfermeira Encarregada de Turno da Seção de Enfermagem de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Unidade de Emergência

Através destes poucos relatos pudemos constatar que o Processo de Enfermagem tem sido “simplificado” em três fases: histórico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (SILVA et al, 1988; FRIEDLANDER, 1973; MARIA et al, 1988). Do mesmo modo vem sendo desenvolvido na Seção de Enfermagem de Queimados desde 1987.

HORTA (1979) propõe um processo de enfermagem composto de seis fases interrelacionadas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.

A “simplificação” do processo de enfermagem contribui, sem dúvida alguma, para distanciá-lo, do Modelo proposto por Horta: Histórico, Diagnóstico, Plano Assistencial, Evolução e Prognóstico de Enfermagem. Por outro lado, são através destas experiências que modificações podem ser feitas para tornar o modelo viável sem contudo distanciá-lo do referencial.

Para que isto ocorra uma avaliação da prática e a busca de maiores conhecimentos teóricos para subsidiá-la e transformá-la são necessários. Durante o curso da disciplina de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: “Processo de Enfermagem: análise e etapas operacionais”, tivemos oportunidade de fazer uma reflexão crítica da prática do Processo de Enfermagem na Universidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e elaborar as propostas apresentadas neste estudo.

II. OBJETIVOS

- Adaptar a Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem proposta pela NANDA ao Modelo Conceitual de Horta numa Unidade de Queimados.
- Elaborar proposta de reformulação da prática do processo de enfermagem numa unidade de queimados com base no modelo conceitual de Horta.

III. METODOLOGIA

Elaboramos esta proposta a partir da análise de cada fase do processo de enfermagem proposto por HORTA (1979) e das etapas atualmente implementadas na Unidade de Queimados.

Cada passo do processo foi aplicado em pacientes da unidade internados no período de Abril à Julho de 1991. À partir dessas experiências e reflexões em discussão em comum com alunos e professores do curso de

pós graduação, as modificações que julgamos necessárias foram realizadas.

A seguir, apresentamos as propostas das etapas operacionais do processo de enfermagem que elaboramos.

IV. PROPOSTA PARA A REFORMULAÇÃO DA PRÁTICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM JUNTO AO MODELO CONCEITUAL DE HORTA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

Coleta de dados

HORTA (1979) denomina a fase de coleta de dados como Histórico de Enfermagem. Para a mesma autora, Histórico de Enfermagem é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para o enfermeiro) que torna possível a identificação de seus problemas.

Na prática, observamos que a coleta de dados é realizada por poucos enfermeiros, e é considerada por muitos, como mais uma tarefa. O roteiro de coleta de dados, que tem sido utilizado está dividido em entrevista e exame físico sendo considerado pelos enfermeiros como longo e repetitivo.

Durante a internação do paciente queimado, a coleta de dados permanece na papeleta. Apesar disto, ela é pouco consultada pelos enfermeiros e demais membros da equipe.

Observamos que não existe vínculo da coleta de dados com as etapas seguintes.

Por outro lado, as informações contidas na coleta de dados são discutidas durante passagens de plantão e reuniões de equipe.

Não existem normas escritas para a aplicação desta metodologia de assistência na Unidade de Queimados.

Neste estudo optamos por chamar esta fase de coleta de dados. Esta é uma fase essencial para a identificação dos problemas.

A coleta de dados é obtida através de uma entrevista informal com o paciente ou com uma pessoa que o conheça e de seu exame físico. Deverá conter ainda exames laboratoriais e testes diagnósticos que possam embasar o diagnóstico de enfermagem.

O roteiro e registro da coleta de dados deverão ser concisos, sem repetições, claros e precisos.

Durante a coleta de dados são obtidos dois tipos de dados: objetivos e subjetivos. Os dados objetivos são observações ou medidas durante o exame físico. Os dados subjetivos são dados obtidos através de informações do cliente de suas percepções sobre seus problemas de saúde (POTTER; PERRY, 1989).

A família, outras pessoas significantes e os membros da equipe multiprofissional são também recursos de informações sobre o estado de saúde do cliente.

Conforme o modelo proposto por HORTA (1979) o roteiro para coleta de dados que estamos propondo neste estudo está embasado na Teoria das Necessidades Básicas, proposta por MASLOW (1970) (Anexo I).

MASLOW (1970) aponta duas idéias fundamentais:

1. apenas necessidades não satisfeitas podem influenciar o comportamento;
2. as necessidades humanas estão dispostas em uma graduação de importância, quando um nível foi satisfeito, uma necessidade de nível superior emerge e requer satisfação.

HORTA (1979) preferiu utilizar a classificação de João Mohana que estabelece 3 níveis:

- I. necessidades psicobiológicas
- II. necessidades psicossociais
- III. necessidades psicoespirituais

Neste estudo foi proposto um modelo de coleta de dados utilizando a classificação adotada por Horta, onde procuramos hierarquizar, as necessidades humanas. Desta forma compreendemos que os dados subjetivos e objetivos devem ser registrados de acordo com a classificação adotada e não separadamente em entrevista e exame físico, embora os dados possam ser coletados em momentos distintos.

Estamos também propondo normas para elaboração da coleta de dados, descritas a seguir.

A coleta de dados deve:

- ser preenchida em impresso próprio;
- constar das seguintes partes a serem preenchidas:
A) Identificação

- I. Necessidades psicobiológicas
- II. Necessidades psicossociais
- III. Necessidades psicoespirituais

B) Outras informações importantes para a enfermagem

- ser preenchida pelo enfermeiro conforme o roteiro estabelecido;

Obs: em situação de urgência deve ser priorizado o preenchimento das necessidades relativas ao equilíbrio hemodinâmico (categoria I, 1, 2, 3, 4, 5, no prazo de 6 horas, pelo enfermeiro que adquiriu o paciente);

- ser preenchida através de entrevista e exame físico do paciente;

Obs: em situações especiais (crianças ou doentes impossibilitados de fornecer informações) os dados devem ser completados com pessoas que conheçam o paciente;

- estar completamente preenchida no prazo de cinco dias após internação;
- em caso de impossibilidade de preenchimento completo dos dados no prazo determinado a justificativa deve constar do item B da coleta de dados.

Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é a utilização dos processos lógicos pelo pensamento, na busca da verdade ou na sua exposição. Os processos gerais de pensamento são utilizados de modo refletido na procura do diagnóstico (HORTA, 1979). Na unidade de queimados esta etapa não tem sido realizada.

O processo de diagnóstico requer um conhecimento básico que inclui anatomia, fisiologia, patologia, psicologia, sociologia, antropologia, epidemiologia, bacteriologia e teorias de enfermagem. Um julgamento clínico preciso e um processo de tomada de decisão que devem ser baseados em princípios científicos (RISNER, 1986).

Segundo GORDON (1987) "o diagnóstico de enfermagem, ou o diagnóstico clínico feito por enfermeiros profissionais descreve problemas de saúde reais ou potenciais, os quais os enfermeiros devido a sua formação e experiência são capazes e licenciados para tratar".

"O diagnóstico de enfermagem é 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 extensão" (HORTA, 1979).

HORTA (1979) propôs um modelo para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão. Segundo a autora no início de suas investigações sobre o processo de enfermagem, tentou estabelecer o diagnóstico de enfermagem através da determinação dos problemas de enfermagem apresentados pelo paciente e concluiu que isto não é exequível pois "há pacientes que tem mais de 50 problemas".

A proposta feita por HORTA (1979) lista as necessidades afetadas e determina o seu grau de dependência, entendemos neste estudo, que esta proposta não fornece uma base precisa para a realização do plano assistencial e da prescrição de enfermagem. Como por exemplo, pode ser citado o diagnóstico de Eliminação parcial - orientar - grau 1. Diante deste diagnóstico segundo o modelo de Horta, podemos concluir que o paciente tem um problema de eliminações com uma necessidade parcial de orientação ou seja, grau 1. Este diagnóstico não informa qual a via de eliminação que apresenta problema e que tipo de problema foi identificado. Deste modo é necessário retornar aos dados registrados na coleta de dados na elaboração do plano assistencial e da prescrição de enfermagem. Na prática essa situação é pouco operacional e não oferece uma base precisa para a realização das etapas seguintes. Assim, o enfermeiro não reconhece a importância do diagnóstico e esta etapa deixa de ser realizada.

“Uma classificação é um arranjo sistemático de entidades em categorias de acordo com características ou propriedades relevantes. Estas categorias são a base de um princípio único ou consistentes com um conjunto de princípios”(JENNY, 1989).

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) publicou dois sistemas oficiais de classificação. A primeira foi um dicionário de diagnósticos (GEBBIE, LAVIN, 1974). A segunda intitulada Taxionomia I usou como princípio de organização nove padrões de respostas humanas (Porter, 1986).

Segundo JENNY (1989) a lista alfabética não era taxionômica. A taxionomia I gerou oposição de muitos membros da NANDA desde o início, por causa da pouca familiaridade com os nove padrões: trocar, mover, escolher, avaliar, relacionar, perceber, comunicar, conhecer e sentir. Estes padrões foram considerados ambíguos, não permitindo o reconhecimento fácil de grupos de assuntos de diagnósticos.

As categorias criadas a partir destes padrões não são específicas nem mutuamente exclusivas.

Outra dificuldade para JENNY (1989) é a alocação de fenômenos diagnósticos complexos por um único padrão de respostas. Falta de colaboração, por exemplo, é um diagnóstico colocado sob o padrão de escolher, mas as pesquisas demonstram que este é um comportamento humano complexo relacionado à um número de capacidades funcionais humanas que inclui perceber, conhecer e avaliar.

Para JENNY (1989) “este sistema apóia a confusa noção que fenômenos multidimensionais tem origem em um padrão funcional único que é tão errado como alegar que edema pulmonar é exclusivamente dos pulmões”.

Da forma como está organizada a Taxionomia I a sua utilização é realmente difícil e, ainda, não foi possível estabelecer uma correlação entre esta taxionomia e o modelo de Horta. Deste modo, foi proposto neste

estudo uma adaptação da Taxonomia I para ser utilizada junto ao Modelo Conceitual de Horta (Anexo II).

Utilizando a classificação de necessidades humanas adotada por HORTA (1979) as necessidades foram hierarquizadas nas seguintes categorias:

- I) Alterações Psicobiológicas
- II) Alterações Psicossociais
- III) Alterações Psicoespirituais

Cada classe de diagnóstico representa uma necessidade afetada e acomoda problemas de enfermagem que se constituem em diagnóstico de enfermagem.

Assim como a Taxionomia I, cada subsequente nível inferior de cada classe reflete um grau mais elevado de especificidade clínica no diagnóstico. Na medida do possível estas classes foram ordenadas na base de sua proximidade e especificidade de ações de enfermagem, de quanto mais imediata é para a sobrevivência.

Quanto mais específica, imediata e próxima as ações da classe, mais próxima a primeira classe é numerada.

Dentro de cada classe, os diagnósticos sublinhados representam uma subcategoria de respostas humanas que podem ser expandidas em termos de especificidade e desenvolvimento de diagnóstico.

A categoria I - Alterações psicobiológicas envolve treze subgrupos de necessidades afetadas, caracterizada pela sua natureza em parte involuntária e de manutenção do conforto pessoal e integridade corporal.

As classes mais próximas à categoria I são processos fisiológicos que regulam a adaptação do corpo à mudanças de ambiente externo ou interno. O processo de homeostase fisiológica admite uma variação muito pequena nos parâmetros funcionais sem criar desconforto.

Disfunções significativas nestas classes representam ameaças à sobrevivência.

As demais classes são deliberadas ou voluntárias, aprendidas e influenciadas por costumes culturais. Disfunções nestas classes ocasionarão desconforto mas não ameaçarão a sobrevivência tão rapidamente como nas classes mais próximas à categoria I.

As categorias II e III estão no mesmo nível. A categoria de Alterações Psicossociais envolve seis subgrupos e a de Alterações Psicoespirituais um subgrupo de diagnóstico de enfermagem. Estes diagnósticos estão relacionados a sentimentos de segurança, conforto emocional e espiritual, auto aceitação e competência. Estas categorias não foram hierarquizadas pois dependem de padrões individuais de comportamento.

Não pretendemos elaborar uma outra Taxionomia, mas sim adaptar a Taxonomia I como proposta pela NANDA ao Modelo Conceitual de Horta. Desse modo, utilizaremos na afirmação de cada diagnóstico os códigos, os títulos, as características definidoras e os fatores relacionados como propostos pela NANDA. Pretendemos com esta adaptação promover

uma maior facilidade ao enfermeiro que adota o Modelo de Horta na utilização dos diagnósticos categorizados pela NANDA.

A seguir, estamos propondo normas para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem deve:

- ser conciso e claro, baseado numa linguagem utilizando-se da taxionomia para Diagnóstico de Enfermagem;
- ser centrado no paciente;
- ser uma afirmação etiológica ou descritiva;
- refletir o estado de saúde real ou potencial do cliente;
- ser completo e conter dados verdadeiros;
- derivar do processo de coleta de dados e análise sistemática desses dados;
- ser estrutura de maneira tal que se torne a base para a prescrição de enfermagem;
- ser registrado obedecendo a uma hierarquia de prioridades para o cliente;
- ser datado na medida em que forem resolvidos;
- ser realizado após a coleta de dados, antes do plano assistencial a prescrição de enfermagem.

Plano Assistencial

Para HORTA (1979) “o plano assistencial é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. É resultante da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência”.

Na Unidade de Queimados esta etapa não é realizada.

Este plano é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução de cuidados (fazer) (HORTA, 1979). Nesta fase os cuidados globais previstos seriam agrupados de acordo com o grau de dependência. O plano assistencial como proposto pela autora, repetiria a prescrição de enfermagem, portanto optamos nesta fase pela determi-

nação de objetivos para a assistência de enfermagem. Os objetivos devem ser apropriados para o grau de dependência do cliente e devem buscar a sua independência.

É através desta fase que será determinado o prognóstico de enfermagem, entendido por HORTA (1979), necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Neste estudo entendemos que o prognóstico é estimado pelo alcance dos objetivos e pelo grau de independência cliente.

O estabelecimento de objetivos é uma atividade que deve incluir a família e outros membros próximos do cliente tanto quanto ele próprio.

Os objetivos devem não somente buscar a satisfação das necessidades imediatas do cliente, mas também a prevenção e a reabilitação. Dois tipos de objetivos devem ser determinados para o cliente: a curto prazo e a longo prazo.

Os objetivos a curto prazo podem ser alcançados rapidamente. Um objetivo a longo prazo é aquele que será alcançado num futuro determinado. Estes objetivos freqüentemente enfocam a prevenção, reabilitação, preparo para alta e educação para a saúde (POTTER; PERRY, 1989).

O plano assistencial, conforme proposto neste estudo ou seja, um conjunto de objetivos priorizados e agrupados de acordo com o grau de dependência do cliente está em concordância com a proposta de Horta no que se refere a "determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido". Os objetivos são a estrutura da prescrição de enfermagem, são indicadores do prognóstico de enfermagem e servem como critério para a avaliação da eficácia da prescrição de enfermagem.

Na nossa proposta o plano assistencial é uma determinação global dos objetivos que o ser humano deve alcançar mediante diagnósticos estabelecidos, assim como proposto pela autora.

A seguir estamos propondo as normas para elaboração do plano assistencial.

O plano assistencial deve:

- conter os objetivos a serem alcançados pelo cliente;
- ser elaborado pelo enfermeiro;
- estar na seqüência que indica a prioridade do cuidado a ser realizado;
- conter o prazo para o seu alcance;
- ser determinado, na medida do possível, com a participação do cliente, familiares, ou pessoas significantes;

- ser determinado imediatamente após a realização do diagnóstico de enfermagem, sendo que deve ser completado sempre que novos diagnósticos são estabelecidos;
- ser datado na medida em que for alcançado;
- ser avaliado diariamente e estar em consonância com os progressos ou retrocessos do paciente;
- ser realista, refletindo a capacidade de eliminações do cliente.

Prescrição de Enfermagem

A prescrição de enfermagem ou plano de cuidados "é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena as ações da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ou atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano"(HORTA, 1979).

Na Unidade de Queimados observamos que a prescrição de enfermagem é realizada sem levar em conta questões importantes que estão registradas na coleta de dados e evolução de enfermagem.

Neste estudo no roteiro para a coleta de dados, no diagnóstico de enfermagem e no plano assistencial foi proposta uma hierarquia baseada nas necessidades humanas que tem como objetivo priorizar as ações de enfermagem.

À partir da determinação de prioridades e dos objetivos estabelecidos no plano assistencial deverão ser propostas estratégias para o alcance dos objetivos. Desta forma as estratégias são baseadas no diagnóstico de enfermagem e nos objetivos formulados no plano assistencial.

A prescrição de enfermagem é uma categoria de comportamentos onde, a partir do estabelecimento de objetivos centrados no cliente, são designadas estratégias para o alcance dos mesmos.

Ao enfermeiro cabe decidir quando, quanto e de que modo deverá ser realizada a ação de enfermagem.

A prescrição de enfermagem promove a continuidade de cuidados, coordena as atividades de enfermagem, é um guia para a execução das mesmas e fornece critérios para a avaliação dos cuidados (POTTER; PERRY, 1989).

O detalhamento das ações de enfermagem contidas na prescrição de enfermagem dependerá do preparo da equipe que irá utilizá-la. Quanto mais orientados sobre os procedimentos de enfermagem forem os executores, menor número de palavras poderá ser utilizado na redação das prescrições de enfermagem (CHACCUR, 1984).

Segundo PAIM (1977), a prescrição deve ser redigida com um objetivo operacional e o verbo utilizado, sempre no infinitivo, deve corresponder ao nível de dependência enfermagem-paciente para a execução

dos cuidados. Quando a dependência for “total”, os verbos utilizados na prescrição deverão indicar o fazer tudo pelo paciente. Exemplos: aplicar, colocar, lavar, medir. Quando a dependência corresponder à ajuda, o verbo deverá indicar uma ação de auxílio ou ajuda, ou seja, uma dependência parcial entre a enfermagem e o cuidado a ser prestado. Exemplo: ajudar, auxiliar, fornecer. Quando a dependência for à nível de orientação, o verbo deverá significar esta dependência. Exemplo: orientar, informar, questionar. Quando a dependência for à nível de supervisão, o verbo deverá expressar a ação de observar, controlar. Na dependência de encaminhamento, o verbo deverá expressar esta ação. Exemplo: conduzir, dirigir.

As ações de enfermagem podem ser dependentes, independentes e interdependentes. Ações dependentes são aquelas completadas com uma ordem médica, mas que requerem julgamentos ou tomada de decisão da enfermeira. As ações de enfermagem são independentes quando a enfermeira pode intervir sem consultar o médico ou sem a sua colaboração ou de outros profissionais. As ações interdependentes quando são completadas com ou sem ordem médica ou de outros profissionais da equipe multidisciplinar. (POTTER; PERRY, 1989).

As ações de enfermagem para o alcance dos objetivos incluem compensação para ações adversas, medidas preventivas, técnicas corretas para a administração do cuidado e preparo do cliente para procedimentos e medidas (POTTER; PERRY, 1989).

O enfermeiro necessita ter conhecimento sobre a ação prescrita, quando ela é necessária, como executá-la e que resultados esperar.

As normas para a elaboração da Prescrição de enfermagem estão descritas a seguir:

- ser elaborada pelo enfermeiro;
- ser iniciada no momento da admissão do paciente;
- ser realizada com base no diagnóstico de enfermagem e no plano assistencial;
- ser realizada diariamente, antecedendo a realização das ações de enfermagem;
- iniciar com o verbo no infinitivo e indicar o grau de dependência do cliente;
- conter a frequência da realização das ações de enfermagem;
- ser estruturada na seqüência que indica a prioridade da ação a ser realizada;

- ser elaborada após a avaliação do cliente e leitura das evoluções de enfermagem;
- não repetir ações estabelecidas nas prescrições médicas;
- ser datada e assinada;
- ser elaborada em impresso próprio.

Evolução de Enfermagem

A evolução de enfermagem é uma avaliação da assistência de enfermagem. Embora, considerada muitas vezes como um passo final do processo de enfermagem a avaliação é uma atividade crítica, ocorrendo durante cada passo do processo (ASPINAL; TANNER, 1981).

Na prática desta metodologia de assistência, na Unidade de Queimados, alguns dados que são levantados na evolução de enfermagem não estão correlacionados na prescrição e vice-versa.

Muitas vezes as evoluções de enfermagem, são simples anotações de procedimentos realizados, não informando as alterações ou não, do estado do paciente.

Segundo GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN (1986) a avaliação deveria ser considerada como parte de cada componente do processo, iniciando-se com a coleta de dados e mais tarde comparada com o comportamento do cliente para determinar o seu progresso.

Para GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN (1986) a avaliação pode ser considerada de três formas: estrutura, progresso e resultado.

- *Avaliação de Estrutura:* enfoca as facilidades físicas, equipamentos, padrões de organização, manuais de procedimentos, políticas e programas de orientação em serviço.
- *Avaliação de Processo:* enfoca as atividades de enfermagem que são julgadas por observação no desempenho da enfermeira (atual) ou revisão nas anotações de enfermagem (retrospectiva).
- *Avaliação de Resultado:* enfoca o estado de saúde e as respostas do cliente ao tratamento. Pode ser atual quando avalia os resultados antes da alta e retrospectiva quando avalia os resultados após a alta do cliente através dos registros.

Segundo GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN (1986) a avaliação é ainda: Formativa e Somativa

- *Formativa*: ocorre durante cada passo do processo de enfermagem, descreve o processo dos clientes no alcance dos objetivos. Com a implementação do plano, o enfermeiro avalia as respostas do cliente para determinar a eficiência da prescrição ou necessidade de mudança. Esta avaliação serve como uma base para continuar ou mudar o plano.
- *Somativa*: é realizada depois que vários objetivos tenham sido alcançados, descreve o processo ou falhas do cliente para o alcance dos objetivos. Esta avaliação determina o prognóstico de enfermagem, indica as condições que o cliente atingiu alta, se chegou à alta, a total independência ou se depende no que, e quanto. Através do alcance dos objetivos, estas informações deverão ser registradas na evolução de enfermagem no momento da alta com orientação para reavaliação em retornos ou visitas à domicílio.

Entendemos o prognóstico de enfermagem, considerado por HORTA (1979) como parte da evolução de enfermagem: a avaliação somativa.

A avaliação deve ser realizada segundo critérios e padrões. Os critérios são medidas qualitativas, atributos ou características que especificam habilidades, conhecimentos ou níveis de saúde. Descrevem níveis aceitáveis de desempenho de comportamento esperados da equipe de enfermagem e do cliente. Padrões representam níveis aceitáveis e esperados de desempenho do corpo de enfermagem ou outros membros, GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN (1986).

Para HORTA (1979) “a evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob a assistência profissional. É em síntese uma avaliação global do plano de cuidados”.

A evolução de enfermagem deve refletir as condições do cliente possibilitando a elaboração de um perfil do desempenho do cliente quanto ao alcance dos objetivos.

A proposta de normas para elaboração da evolução de enfermagem está descrita abaixo.

A evolução de enfermagem deve:

- ser registrada em impresso próprio, já determinado como “Evolução de Enfermagem” identificado com *addressography*, data, hora, nome e função da pessoa responsável pelo registro;
- usar termos descritivos, sem rasuras, sem deixar linhas em branco, observar a redação, ortografia, letra legível e o verbo na terceira pessoa;
- ser efetuada diariamente e refeita na vigência de alterações do estado geral do paciente;

- conter a evolução dos problemas identificados anteriormente;
- ser evitado o uso de abreviações;
- ser considerado para a elaboração da evolução de enfermagem: as evoluções, anotações e prescrições médicas e de enfermagem, resultados de exames, o exame físico do cliente, as informações recebidas na passagem do plantão, o diagnóstico e objetivos anteriormente traçados;
- possibilitar uma visão geral das condições do paciente, e fornecer informações suscintas dos resultados dos cuidados prescritos.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do Processo de Enfermagem de forma simplificada na Unidade de Queimados foi a base para elaboração das propostas de reforma do Processo de Enfermagem apresentadas neste estudo.

A utilização da Taxionomia I dos Diagnósticos de Enfermagem propostas pela NANDA poderá oferecer ao paciente e sua família uma informação específica sobre seus problemas de saúde; fornecer aos profissionais de enfermagem uma linguagem comum propiciando a continuidade do cuidado; e oferecer um recurso potencial para a avaliação da assistência de enfermagem.

A implementação do Processo de Enfermagem como proposto por Horta tem sido realizado através de modificações que simplificam esta metodologia de assistência. Assim, algumas etapas do Processo de Enfermagem propostas por esta autora tem sido ignoradas.

Neste estudo elaboramos uma proposta para a implementação de cada etapa do Processo de Enfermagem proposto por Horta, estabelecendo uma ligação entre as mesmas, justificando desse modo a utilização e a importância de cada uma.

O Processo de Enfermagem quando praticado como uma forma de investigação leva o enfermeiro a desenvolver um estilo de pensamento que direciona julgamentos, em forma de diagnóstico de enfermagem fornecendo uma base segura para a assistência de enfermagem.

Precisamos deixar de perceber processos de enfermagem apenas como um conceito teórico e buscar percebê-lo também como uma ideologia no sentido técnico, uma resposta a problemas emergentes em um dado momento, em uma dada sociedade, que levaria a importantes conseqüências na área de educação e prática clínica e se completamente implementada implicaria em uma mudança radical na enfermagem (De La Cuesta, 1983).

ROSSI, L.A.; DALRI, M.C.B. Nursing process in a burns service: analysis and proposals of reformulation as by horta and taxonomy of the nursing diagnosis by Nanda. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 27, n. 3, p. 328-54, dec. 1993.

The purposes of this study were a Taxonomy I of the Nursing Diagnosis by NANDA at the Model's Horta and to elaborate proposals of reformulation of the nursing process practice in a Burn Service. Those proposals were elaborated by analysing each component of the nursing process as proposed by Horta and employed in our burn service. The proposals presented in this study established a link between the differentes components of the nursing process, justifying the importance of the application of them.

UNITERMOS: Nursing process. Nursing diagnosis, Nursing care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASPINAL, M.J.; TANNER, C.A. **Decision making for patient care:** applying the nursing process, New York, Appleton Century Grafts, 1981.

CHACCUR, M.I.B. Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. *Rev. Bras. Enf.*, v.37, n.3/4, p. 218-27, 1984.

DE LA CUESTA, C. The Nursing process from development to implementation, *J. Adv. Nurs.*, v.8, n.5, p. 365-71, 1983. •

FRIEDLANDER, M.R. Prescrição diária de enfermagem: condições para a sua implantação como atividade de rotina da enfermeira. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v.7, n.2, p.177-86, 1973.

GEBBIE, K.M.; LAVIN, M.A. Classifying nursing diagnosis. *Am. J. Nurs.*, v.74, n.2, p. 250-3, 1974.

GORDON, M. Implementation of nursing diagnosis: an overview. *Nurs. Clin. North Am.*, v.22, n.4, p.875-9, 1987.

GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CHRISTENSEN, P.J. **Nursing process:** application of theories frameworks, and models. 2.ed. St. Louis, Mosby, 1986.

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

JENNY, J. Classifying nursing diagnosis: a self care approach. *Nurs. Health Care.* v.10, n.2, p. 83-8, 1989.

MARIA, V.L.R. et al. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem no hospital especializado. In: **CICLO DE DEBATES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**, 1, São Paulo, 1988. *Anais. São Paulo, Centro de Estudos de Enfermagem 8 de agosto do Hospital Nove de Julho, 1988.* p. 59-70.

MASLOW, A.H. **Motivation and personality.** 2.ed. New York, Haper & Ron, 1970.

- PAIN, L. **Qualitativos e quantitativos do cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1977. Tese(Doutorado)-Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- PORTER, E.J. Critical analysis of NANDA nursing diagnosis taxonomy I **Image J.Nurs.Sch.**, v.18, n.4, p. 136-9, 1986.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamental of nursing**. St. Louis, Mosby, 1989.
- RISNER, P.B. Diagnosis, analysis and synthesis of In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CHRISTENSEN, P.J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. 2.ed. St. Louis, Mosby, 1986.
- SILVA, S.H.da et al Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem no hospital escola In: CICLO DE DEBATES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1., São Paulo, 1988, **Anais**, São Paulo, Centro de Estudos de Enfermagem 8 de agosto do Hospital Nove de Julho. 1988. p.41-5.

locais de verificação: _____

- edema: _____ () sim () não

intensidade: _____

localização: _____

- áreas com queimadura

circunferencial de 3º grau: _____ () sim () não

localização: _____

perfusão: _____

Outras alterações: _____

- rede vascular: _____

locais não queimados para punção venosa: _____

arterial: _____

Outras alterações: _____

3. Necessidade de Termorregulação

T = _____ C

Outras alterações: _____

4. Necessidade de Integridade Tecidual

- região queimada: _____

- cicatrizes: _____ () sim () não

região: _____

especificar: _____

- lesões não decorrentes das

queimaduras: _____ () sim () não

região: _____

características: _____

- presença de pêlos: _____

locais: _____

- ausência de pêlos: _____ () sim () não

locais: _____

Outras alterações: _____

5. Necessidade de Percepção Sensorial

- dor: _____ () sim () não

experiências anteriores com dor: _____

no momento sente: _____ () dor () desconforto

característica da dor: _____

está associada à: () posição () exercício

() ansiedade () terapia

() queimadura de 1º e 2º grau

() alimentação

- nível de consciência: () sim () não

abertura ocular: () espontânea () ordem verbal

() dor () nenhuma

resposta motora:

- () obedece à comandos () flexão normal à dor () localiza a dor
() extensão à dor () nenhuma

Outras alterações: _____

- acuidade visual:

capacidade de ver objetos

ou pessoas: () próximos () distantes

capacidade de ler: () sim () não

uso de: () óculos () lentes () próteses

Outras alterações: _____

- acuidade olfativa

capacidade de discriminar odores: () sim () não

hipersensibilidade: () sim () não

Outras alterações:

- acuidade auditiva:

capacidade de distinguir sons: () sim () não

Outras alterações: _____

- gustativa:

capacidade de distinguir sabores: () sim () não

Outras alterações: _____

- tato:

capacidade para sentir a natureza e

forma dos objetos: () sim () não

Outras alterações: _____

6. Necessidade de Alimentação e Hidratação

- alimentação:

peso: _____ kg Altura: _____ m

estado nutricional: _____

tipos de alimentos que costuma ingerir: _____

quantidade: _____

dietas especiais: _____

- hidratação - Turgor: () pastoso () semi-pastoso

() fino () frouxo

tipos de líquidos que costuma ingerir: _____

quantidade: _____

horário: _____

7. Necessidade de Eliminação

- fezes:

freqüência: _____

() constipação () diarréia () incontinência

características: _____

hábitos: _____

Outras alterações: _____

- urina: _____

freqüência: _____

() retenção urinária

() incontinência

quantidade: _____

características: _____

odor: _____

Outras alterações: _____

8. Necessidade de Sono e Repouso

- hábitos: _____

- dificuldade: _____

- uso de medicação: _____

Outras alterações: _____

9. Necessidade de Atividade Física

- atividade física: _____

- locomoção: _____

- dificuldade: _____

- musculação: () força presente () paresia () parestesia

() plegias () uso de próteses () deformidades () lesões

- Outras alterações: _____

- queimaduras nas articulações: () sim () não

extensão: _____

profundidade: _____

localização: _____

- queimaduras nos pés: () sim () não

extensão: _____

profundidade: _____

10. Necessidade de Higiene

- higiene corporal: _____

- freqüência: _____

tipo de banho: _____

- higiene oral: _____

freqüência: _____

presença de próteses: () sim () não ; quais: _____

ausência de dentes: () sim () não ; quais: _____

- cuidado com os cabelos: _____

11. Necessidade de Abrigo

- condições de habitação:

tipo de material de construção:

() alvenaria

() madeira

() barro

número de cômodos: _____

número de pessoas na casa: _____

- saneamento básico da casa:

- () luz elétrica () lâmparina () água encanada
() poço () rede de esgoto () fossa negra () fossa seca
() coleta de lixo - destino: _____

distância entre o polo e a fossa: _____

Outras alterações: _____

12. Necessidade de Integridade Física

- vícios e hábitos:

- () uso de drogas () auto-medicação () tabagismo
() alcoolismo () outros: _____

- realiza exame periódico: () sim () não ; qual: _____

- vacinação: _____

- tem ou teve algum problema de saúde?
() sim () não; qual: _____

13. Necessidade de Sexualidade

- mantém algum relacionamento sexual? _____

- sente que sua doença poderá interferir na sua atividade sexual? _____

- Outras alterações: _____

- queimaduras dos órgãos genitais: () sim () não
extensão: _____

- dia da última menstruação: _____

- Outras alterações (gestação, abortos, amamentação): _____

II. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

1. Necessidade de Segurança

- () ansiedade () medo () agressividade () aflições
() calmo () retraído () incapacidade () desamparo
() potencial para violência

reação ao trauma e stress: _____

- Outras alterações: _____

2. Necessidade de Comunicação

- distúrbio da fala:

- () afasia () dislalia () falante () silêncio
() monotonia () exuberância () reticente

- Outras alterações: _____

- distúrbio de linguagem:

- () clareza () coerência () respostas desconexas

- Outras alterações: _____

3. Necessidade de Interação Social

- () permanece sozinho
() comunica-se com os outros
() participa das atividades

() provoca situações de descontentamento

- gostaria de receber visitas durante a internação? () sim () não
de quem?: _____

4. Necessidade de Lazer e Recreação

O que gostaria de fazer durante a internação para ocupar-se? _____

5. Necessidade de Auto-Estima

O que sente sobre o trauma causado pela queimadura? _____

6. necessidade de Auto-Realização

Como pensa que a queimadura poderá afetar a sua vida? _____

Expectativa de vida: _____

III. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Crença religiosa: _____

Gostaria de praticar alguma atividade religiosa durante a internação? _____

B. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA A ENFERMAGEM

Assinatura do Enfermeiro

Data: __/__/__

COREn: _____

ANEXO II

ADAPTAÇÃO DA TAXIONOMIA I DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AO MODELO CONCEITUAL DE HORTA

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOBIOLOGICAS	COD.
Alteração na oxigenação	1.5.
Respiração	1.5.1.
Diminuição de troca gasosa	1.5.1.1.
Limpeza ineficaz das vias aéreas	1.5.1.2.
Padrão respiratório ineficaz	1.5.1.3.
Potencial para aspiração	1.6.1.4.
Potencial para sufocação	1.6.1.1.
Alteração na circulação	1.4.
[Vascular]	1.4.1.
Alteração na perfusão tecidual	1.4.1.1.
Renal	1.4.1.1.1.
Cerebral	1.4.1.1.2.
Cardiopulmonar	1.4.1.1.3.
Gastrointestinal	1.4.1.1.5.
Periférico	1.4.1.1.6.
Alteração da volemia.	1.4.1.2.
Excesso	1.4.1.2.1.
déficit no volume de líquidos	1.4.1.2.2.1.
[Cardíaco]	1.4.2.
Diminuição do débito cardíaco	1.4.2.1.
Potencial para defic. vol. liq.	1.4.1.2.2.2.
Alteração na termorregulação	1.2.1.
Potencial	1.2.2.2.
Hipotermia	1.2.2.2.
Hipertermia	1.2.2.3.
Termorregulação ineficaz	1.2.2.4.

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOBIOLOGICAS	COD.
Alteração de atividade física	6.1.1.
Diminuição da mobilidade física	6.1.1.1.
Intolerância à atividade física	6.1.1.2.
Fadiga	6.1.1.2.1.
Potencial p/Intolerância à ativ.	6.1.1.3.
Alteração da Integridade Tecidual	
Proteção alterada	1.6.2.
integridade da pele prejudicada	1.6.2.1.2.1.
potencial p/ int. pele prejudicada	1.6.2.1.2.2.2.
Integridade tecidual prejudicada	1.6.2.1.
Potencial para infecção	1.2.1.1.
Potencial para lesão	1.6.1.
Alteração do nível de consciência	7.2.
Dor	
Aguda	
Crônica	
Desconforto	9.1.2.
Déficit sensorial específico	
Alteração da acuidade visual	7.2.1.
unilateral	1.5.3.1.1.
bilateral	1.5.3.1.2.
Alteração da acuidade olfativa	7.2.6.
diminuição	1.5.3.2.1.
hipersensibilidade	1.5.3.2.2.
Alteração da acuidade auditiva	7.2.2.
unilateral	1.5.3.3.1.
bilateral	1.5.3.3.2.
Alteração da acuidade gustativa	7.2.4.
alteração da mucosa oral	1.6.2.1.1.
Alteração da percepção tátil	7.2.5.

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOBIOLÓGICAS	COD.
Alteração na alimentação	1.1.
estado nutricional acima do requer.	1.1.2.1.
estado nutricional abaixo do requer.	1.1.2.2.
potencial para estado nutricional acima do requerido	1.1.2.3.
Dificuldade de deglutição	6.2.1.1.
Hidratação acima do requerido	1.4.1.2.1.
Hidratação abaixo do requerido	1.4.1.2.2.1.
Potencial para perda de fluidos	1.4.1.2.2.2.
Alteração na eliminação	1.3.
[Intestinal]	1.3.1.
Constipação	1.3.1.1.
constipação percebida	1.3.1.1.1.
constipação de colon	1.3.1.1.2.
Diarréia	1.3.1.2.
Incontinência intestinal	1.3.1.3.
[Urinária]	1.3.2.
Incontinência	1.3.2.1.
pressão (stress)	1.3.2.1.1.
reflexo	1.3.2.1.2.
impulsiva	1.3.2.1.3.
funcional	1.3.2.1.4.
total	1.3.2.1.5.
Retenção urinária/aguda/crônica	1.3.2.2.
Alteração no padrão de el. urinária	1.3.2.
Alteração de sono e repouso	6.2.
Distúrbio no padrão de sono	6.2.1.
Alteração de higiene	6.5.
Deficiência no auto-cuidado	
banho/higiene	6.5.2.

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOBIOLOGICAS	COD.
vestir-se/arrumar-se	6.5.3.
toalete	6.5.4
Administração da manutenção do lar inadequada	6.4.1.1.
Alteração da integridade física Diminuição da proteção à saúde	6.4.2.
Alteração da sexualidade disfunção sexual	3.2.1.2.1.
Alteração no padrão de sexualidade	3.3.

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS	COD.
Alteração de segurança	
Ansiedade	9.3.1.
Medo	9.3.2.
Sofrimento	9.2.1.
disfuncional	9.2.1.1.
antecipado	9.2.1.2.
Potencial violento direcionado para si e para os outros	9.2.2.
Reações ao trauma	9.2.3.
silenciosa	9.2.3.1.2.
composta	9.2.3.1.2.
Alteração na comunicação	2.1.
Verbal	2.1.1.
comunicação verbal prejudicada	2.1.2.1.
Não verbal	2.1.2.
Alteração no processo de pensamento	8.3.
Alteração na interação social	3.1.
Interação social prejudicada	3.1.1.
Isolamento social	3.1.2.
Alteração no lazer	6.3.
Diminuição das atividades do lazer	6.3.1.1.
Alteração de auto-estima	7.1.
Distúrbio na auto-imagem corp.	7.1.1.
Distúrbio na auto-estima	7.1.2.
auto-estima baixa crônica	7.1.2.1.

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS	COD.
auto-estima baixa situacional	7.1.2.2.
Distúrbio na identidade pessoal	7.1.3.
Desesperança	7.3.1.
Impotente	7.3.2.
Alteração na auto-realização	
Alteração no desempenho de papel	3.2.1.
Alteração no desempenho de maternidade ou paternidade	3.2.1.1.1.
potencial para alteração de desempenho da maternidade/paternidade	3.2.1.1.2.
Alteração do processo familiar	3.2.2.
conflito no papel paternal/maternal dos pais	3.2.3.1.

DIAGNÓSTICO	NANDA
ALTERAÇÕES PSICOESPIRITUAIS	COD.
Alterações no estado espiritual	4.1.
Angústia espiritual	4.1.1.