



## Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem\*

*Nursing process: difficulties for its utilization in practice*

*Proceso de enfermería: resultados y consecuencias de la utilización para la práctica de enfermería*

Emilia Campos de Carvalho<sup>1</sup>, Luciana Kusumota<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente relato assinala as principais dificuldades para o uso do processo de enfermagem, em especial àquelas vinculadas a elaboração e modelos do raciocínio clínico. Aponta, ainda, as conquistas e desafios para a prática de enfermagem no uso deste método de cuidar e as suas relações com as novas tendências da assistência à saúde.

**Descritores:** Processo de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Saúde

### ABSTRACT

This paper discusses the main difficulties for the utilization of the nursing process in practice, especially those activities regarding the development and use of clinical reasoning. It also discusses nursing conquests and challenges in the use of this method in providing quality nursing care and its relationship with new trends in health care.

**Keywords:** Nursing process; Nursing care; Health

### RESUMEN

El presente relato señala las principales dificultades para el uso del proceso de enfermería, en especial de aquellas vinculadas a la elaboración y modelos del raciocinio clínico. Muestra, aun, las conquistas y desafíos para la práctica de enfermería en el uso de este método de cuidar y sus relaciones con las nuevas tendencias de la asistencia a la salud.

**Descritores:** Proceso de enfermería; Atención de enfermería; Salud

\* Palestra apresentada no XIV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia e I Simpósio Internacional de Enfermagem em Nefrologia – Curitiba (PR), 2008.

<sup>1</sup> Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Doutora, Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

As mudanças na prática de enfermagem estão associadas aos pressupostos metodológicos, e filosóficos e aos aspectos éticos e legais que regem a profissão, assim como ao conhecimento científico disponível. Neste contexto é que se deve considerar o emprego do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE), cujo propósito é prover uma abordagem para identificar as necessidades do cliente, da família e comunidade e implementar o cuidado necessário à situação identificada<sup>(1)</sup> tem sido denominado, em nosso meio, por distintos termos, sendo o mais comum Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), diferentemente da literatura norte americana<sup>(2)</sup>.

Seu emprego está previsto como atribuição essencial do enfermeiro<sup>(3-5)</sup>; contudo, fatores inerentes à própria estrutura do processo de enfermagem, ao ensino de suas etapas, às características dos cenários da prática assistencial e, ainda, às habilidades e competências dos profissionais têm dificultado seu emprego<sup>(2)</sup>.

Como conseqüência, nota-se a ocorrência de desacordos clínicos, que resulta na qualidade insuficiente do cuidado e no prejuízo da autonomia profissional<sup>(6)</sup>. Entende-se por desacordos clínicos as divergências entre a situação real e a inferência feita pelo profissional, sobre a situação do paciente, em função de distintos fatores.

A literatura<sup>(7)</sup> aponta os desacordos relacionados ao examinador (como suas características, as variação de capacidade sensorial, tendência de registrar inferência em vez de evidência, estabelecimento de expectativas *a priori* e competência restrita), ao examinado (variações biológicas, efeitos da doença ou terapêutica, memória e foco de atenção e desacordo entre examinadores/testes), ao exame/coleta de dados (ambiente não apropriado, interação examinador-examinado prejudicada e uso ou função incorreta dos instrumentos diagnósticos) e ainda os relacionados ao próprio processo diagnóstico (influência da especificidade da enfermagem; complexidade da tarefa diagnóstica; influência das categorias diagnósticas e efeito da expectativa do papel de diagnosticador por outros grupos).

Alerta ainda que os erros no processo diagnóstico são de diferentes tipos: por omissão (quando um dado relevante é ignorado), por conclusão prematura (diagnóstico pouco justificado pelos dados existentes), por síntese incorreta (dados disponíveis contradizem conclusões) e por síntese inadequada (conclusões que podem ser suportadas pelos dados não são extraídas)<sup>(8)</sup>.

Cabe considerar que os desacordos clínicos também se reportam ao processo terapêutico e aos resultados esperados<sup>(6)</sup>. Para minimizá-los, o profissional deve considerar que a seleção de intervenções deve ser dirigida ao indivíduo que possui o diagnóstico (não ao

diagnóstico), é influenciada pelas condições do paciente, disponibilidade de recursos, custos e experiência da equipe, deve considerar o objetivo da intervenção e a meta final da assistência e que é dependente da experiência do profissional.

Durante o desenvolvimento das diferentes etapas do PE, o profissional pode se valer de diferentes técnicas, instrumentos e métodos de obtenção de dados.

Considerando seu interesse pela busca do estado clínico do paciente, a identificação de uma evidência clínica ou mesmo o emprego correto do arsenal disponível para obtenção e registro de dados, o resultado obtido nessa etapa inicial pode conduzir a interpretações corretas, isto é com acurácia, ou não, observando-se possíveis erros dentre os já mencionados (Figura 1).

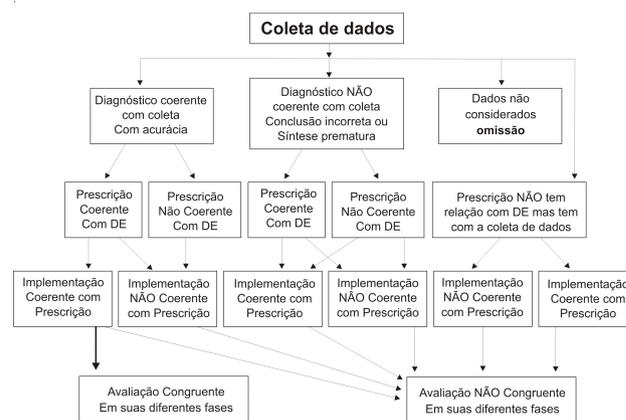


Figura 1- Desenvolvimento do processo de enfermagem

Para a análise de dados o profissional emprega, dependendo do seu grau de proficiência e experiência clínica, diferentes métodos para o raciocínio diagnóstico<sup>(9-14)</sup>: o de reconhecimento de um padrão ou raciocínio indutivo (comparação), usualmente empregado por profissionais com ampla experiência em uma dada área de trabalho; o modelo de árvores de decisão ou direcionamento do conhecimento (algoritmo) como por exemplo, as atividades a serem desenvolvidas durante uma situação de emergência na qual o prestador de assistência segue diretrizes dependendo da presença ou ausência de determinadas evidências; o modelo hipotético-dedutivo, também denominado de geração de hipóteses preliminares ou de processamento de informações (pré-hipóteses); o método da exaustão ou integração de conhecimento e raciocínio, como por exemplo, o modelo de RISNER<sup>(15)</sup>, bastante empregado no ensino de graduação.

O percurso do raciocínio clínico nas etapas subsequentes igualmente poderá ser conduzido de forma adequada, correta, com coerência ou estar sujeito a vieses, que conduzirão a resultados divergentes dos esperados (Figura 1).

## RESULTADOS E CONSEQÜÊNCIAS DA UTILIZAÇÃO PARA A PRÁTICA

Algumas estratégias<sup>(2)</sup> potencializaram o uso do PE no Brasil; dentre elas destacam-se: ampliação do uso da informática nos cenários da prática; melhores condições de trabalho da equipe de enfermagem; melhor remuneração; adoção de processo de educação permanente pelas instituições prestadoras de assistência; existência de legislação que retrata a obrigatoriedade do PE ou SAE; o movimento de controle de qualidade da assistência com o desenvolvimento de indicadores de resultados do PE;

Somam-se, ainda, os resultados das inúmeras pesquisas sobre a dinâmica e os processos cognitivos envolvidos no desenvolvimento do processo de enfermagem, os modelos de assistência disponíveis na literatura e o movimento para o emprego das Taxonomias ou Classificações dos Fenômenos de Enfermagem (Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)<sup>(16)</sup>, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>(17)</sup>, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)<sup>(18)</sup>, Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE)<sup>(19)</sup> dentre outros; com divulgação de seu uso nos diferentes cenários de assistência<sup>(20-24)</sup>.

Cabe mencionar a força tarefa empreendida pela Associação Brasileira de Enfermagem na divulgação da CIPE<sup>(19)</sup> e a busca de inclusão de termos nesta classificação, relacionados à Saúde Coletiva, denominada em nosso meio de Projeto *CIPE*SC<sup>(22,25-26)</sup>.

Mas, em que pese todos os êxitos obtidos e perspectivas traçadas, questiona-se: a Enfermagem está preparada para o novo modelo de assistência que se consolida?

O setor saúde tem vivenciado a mudança do modelo focado na doença para uma gestão que considera a pessoa doente, a sua participação no processo diagnóstico e terapêutico e valoriza a qualidade da assistência prestada<sup>(27)</sup>.

Alguns eventos estão conduzindo a assistência hospitalar para ser aquela direcionada para a alta complexidade ao mesmo tempo em que se observa o aumento da assistência domiciliar, das ações de prevenção e detecção precoce, da desospitalização, da utilização de hospitais-dia, dentre outras estratégias que favorecem o atendimento extra hospitalar<sup>(28)</sup>.

Concomitante a este movimento, notam-se mudanças nas relações entre o usuário e as instituições prestadoras de assistência, nas quais se valorizam os preceitos do *marketing* aplicados à saúde<sup>(29)</sup>.

Neste sentido, a literatura tem apontado o conceito

de *instituição magnética* na qual se destaca o ambiente de trabalho estimulante, gratificante para o profissional, com maior produtividade, com prestação do cuidado com melhor qualidade, que retém o profissional competente reduzindo conseqüentemente o *turnover* da equipe<sup>(30-31)</sup>. Neste cenário são vencedores o paciente, o profissional e a instituição (Figura 2).

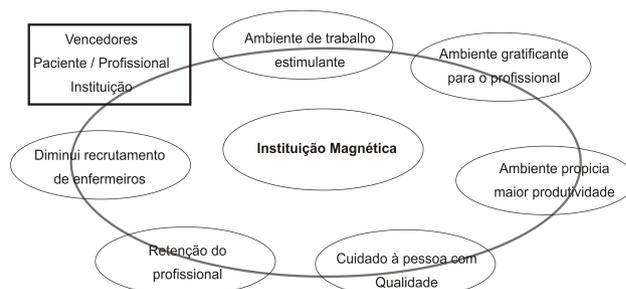


Figura 2- A prática da Enfermagem - uma nova visão

## DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM E O USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Enfermagem, para o alcance da excelência esperada no modelo assistencial que se desenha e em busca de um trabalho em uma instituição a ser reconhecida como magnética, defronta-se ainda com diversos desafios, dos quais destacamos: envolvimento e capacitação de todos os membros da equipe de enfermagem no reconhecimento e desenvolvimento do PE<sup>(2)</sup>; uso de instrumentos, métodos e procedimentos válidos e confiáveis para a obtenção de dados dos pacientes e clientes; desenvolvimento de raciocínio clínico diagnóstico e terapêutico precisos<sup>(10)</sup>; ultrapassagem das barreiras para que resultados de pesquisas sejam implantados na prática<sup>(32)</sup>; seleção das melhores intervenções baseadas em resultados de evidências clínicas<sup>(23,33)</sup>; adoção de terminologias para designação dos fenômenos de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de diretrizes apoiadas em resultados de pesquisas<sup>(23-24,34)</sup>; uso de registros eletrônicos e outras tecnologias de informação e comunicação<sup>(35)</sup> e preparo das instituições de ensino para capacitação tecnológica<sup>(36-37)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Transformar os desafios presentes em sucesso envolve mais do que a vontade individual de enfermeiros. Há que se desenvolver um projeto para o alcance dessa meta, no qual são imprescindíveis a vontade política e o envolvimento tanto institucional como das diferentes equipes que nela prestam assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Christensen PJ, Kenney JW, editors. Nursing process: application of conceptual models. 4a ed. St. Louis: Mosby; 1995
2. Carvalho EC, Bachion MM, Dalri MCB, Jesus CAC. Obstáculos para a implementação do processo de Enfermagem no Brasil. Rev Enferm UFPE On line. 2007;1(1):95-9.
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1986; Seção 1 de 25 de junho.
4. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 1983.
5. Conselho Federal de Enfermagem, Resolução COFEN 272/2002. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2002.
6. Carvalho EC, Jesus CAC, Bachion MM. Raciocínio clínico e o estabelecimento dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem. In: Egry EY, Garcia TR, organizadoras. Construção da integralidade da atenção no SUS e a sistematização da prática de enfermagem. Brasília (DF): ABEN, *in press*.
7. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown; c1991
8. Voytovich AE, Rippey RM, Suffredini A. Premature conclusions in diagnostic reasoning. J Med Educ. 1985;60(4):302-7.
9. Jesus CAC. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
10. Simmons B, Lanuza D, Fonteyn M, Hicks F, Holm K. Clinical reasoning in experienced nurses. West J Nurs Res. 2003;25(6):701-19; discussion 720-4.
11. Réa-Neto A. Raciocínio clínico: o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. Rev Assoc Med Bras (1992). 1998;44(4):301-11.
12. Lopez M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte, ética. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
13. Groves M, O'Rourke P, Alexander H. The clinical reasoning characteristics of diagnostic experts. Med Teach. 2003;25(3):308-13.
14. Oliva APV. Banco de itens para avaliação de raciocínio diagnóstico (BIARD). [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
15. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ, Kenney JW, editors. Nursing process: application of application of theories, frameworks, and models. 2a ed. St. Louis: Mosby; 1986. cap. 7, p.124-50.
16. NANDA Nursing diagnosis: definitions & classification, 2007-2008. Philadelphia, PA: North American Nursing Diagnosis Association; 2008.
17. McCloskey JC, Bulechek GM, organizadores. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
18. Johnson M, Maas M, Moorhead S, organizadores. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 2a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
19. Nielsen GH, Mortensen R. Classificação internacional das práticas de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997.
20. Santos DS, Mazoni SR, Carvalho EC. NANDA'S taxonomy employment in Brazil: integrative review. Rev Enferm UFPE On Line. 2009;3(1):107-13.
21. Carvalho EC, Rossi LA, Dalri MCB. A produção científica sobre as classificações de enfermagem: contribuições da Pós-Graduação da EERP - USP. In: 9. Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, 2008, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem; 2008. p. 2-3.
22. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 812p.
23. Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2008.
24. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Dochterman JM, Maas MM, Moorheads et al., editors. NANDA, NOC and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes & interventions. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2006.
25. Antunes MJM. O trabalho da gerência na rede básica do SUS: contribuição da enfermagem brasileira no universo da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
26. Silva IA, Egry EY, Sena RR, Almeida MCP, Antunes, MJ. A participação do Brasil no projeto de Classificação Internacional das práticas de enfermagem. In: Fonseca RMGS, Egry EY. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia geral. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. [Série Didática: Enfermagem no SUS. p.61-73].
27. Anuário SINDHOSP - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do estado de São Paulo. São Paulo: Public; 2008.
28. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):825-39.
29. Gil I. Uma análise da influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital [dissertação]. São Paulo: Universidade Municipal de São Caetano do Sul; 2006.
30. López Alonso SR. Hospital magnético, hospital excelente. Index Enferm. 2004; 13(44-45):7-8.
31. Clark ML. The Magnet Recognition Program and evidence-based practice. J Perianesth Nurs. 2006;21(3):186-9.
32. Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. J Clin Nurs. 2004;13(8):913-24
33. Caliri MHL. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem: limites e possibilidades [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.
34. Kautz DD, Van Horn ER. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. Int J Nurs Terminol Classif. 2008;19(1):14-9. Review.
35. Rauen CA. Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. Crit Care Nurse. 2004;24(3):46-51.
36. Sasso GTM, Souza ML. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2006;15(2):231-9.
37. Rodrigues RCV, Peres HHC. Panorama brasileiro do ensino de enfermagem on-line. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):298-304.