**DAISE RIBEIRO AQUINO**

# CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA EM UMA UTI

**RIO GRANDE**

**2004**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

# CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA EM UMA UTI

**DAISE RIBEIRO AQUINO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem/Saúde. Linha de pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem.

**ORIENTADOR: PROF. DR. WILSON DANILO LUNARDI FILHO**

**RIO GRANDE**
**2004**

**DAISE RIBEIRO AQUINO**

# CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA EM UMA UTI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

## MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 13 de dezembro de 2004 atendendo as normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

_____
Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Coordenadora da PGEnf/FURG

**BANCA EXAMINADORA:**

_____
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente (FURG)

_____
Dra. Maria da Graça Crosseti
Membro Efetivo (UFRGS)

_____
Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Membro Efetivo (FURG)

_____
Dra. Hedi Crecencia Heclker de Siqueira
Suplente (FURG)

**AGRADECIMENTOS**

*À Deus, por me **permitir aprender***

*À minha mãe e irmã, por me fazerem **acreditar***

*Ao orientador, por **confiar***

*Aos professores da pós-graduação, por almejarem **contribuir***

*Às colegas, por desejarem se **preocupar***

*Aos enfermeiros da UTI, por tentarem **aceitar***

*Aos técnicos de enfermagem, por decidirem se **doar***

*À CAPES, por **patrocinar***

*À Rose S. Silveira, por **iluminar***

*À Beatriz, por me **ouvir***

*À Sofia, por me **acompanhar***

*Emamcipem-se da escravidão mental*

*Ninguém além de nós mesmos*

*Pode libertar nossas mentes*

***Robert Nesta Marley***

AQUINO, Daise Ribeiro. **Construção e Implantação da Prescrição de Enfermagem Informatizada em uma UTI.** 2004. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

## RESUMO

O uso do método científico através do Processo de Enfermagem contribui para a consolidação da profissão enquanto ciência do cuidado. Esse estudo descreve uma construção coletiva da Prescrição de Enfermagem Informatizada (PEI), desde a criação dos protocolos de intervenções até a implantação e avaliação da proposta e tem como objetivo construir coletivamente um instrumento metodológico para o trabalho, a partir do conhecimento da realidade e da interação dos indivíduos. Sugere um modelo simplificado para operacionalizar o Processo de Enfermagem (PE), buscando atender as necessidades tanto da academia quanto das instituições hospitalares, através da aproximação teórico-prática e da atenção à integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tenta ainda, traçar um diferencial entre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e PE, bem como a sua complementação na fusão de ambos dentro da organização do trabalho. O modelo de PE é fundamentado na teoria de Wanda Horta, sendo constituído de três fases: histórico, evolução e prescrição informatizada. O acesso às intervenções no sistema informatizado acontece pela escolha do problema de enfermagem dentro de subsistemas corporais afetados. A abordagem metodológica utilizada é a pesquisa convergente-assistencial com a equipe de enfermagem da UTI de um Hospital Universitário, que segue cinco passos dentro da construção dos protocolos e implantação da PEI: Conhecimento da realidade, com as técnicas de observação sistemática e pesquisa documental; construção individual dos protocolos, com a consulta bibliográfica; construção coletiva com enfermeiros, através da estratégia de revisão dos protocolos; implantação da prescrição informatizada, com a técnica de observação participante; (re) construção coletiva na avaliação, com entrevistas semi-estruturadas. Como resultado obteve-se 177 intervenções em 64 problemas de enfermagem. As intervenções foram classificadas, selecionando-se as previsíveis, relevantes, viáveis, funcionais e as rotinas mais adequadas ao contexto pesquisado para inserir nos protocolos. O estudo evidencia a viabilidade da adoção do PE com o uso da PEI, instrumento fundamental para a valorização cultural da enfermagem e organização do trabalho, sendo possível de ser construído, quando parte da interação humana para a transformação da realidade.

Descritores: Enfermagem. Prescrição. Protocolo. Intervenções.

**CONSTRUCTION AND IMPLANTATION OF THE LAPSING OF NURSING DATA INFORMATION IN A UTI**

## ABSTRACT

The use of the scientific method through the Process of Nursing contributes for the consolidation of the profession while science of the care. This study describes a collective construction of the Lapsing of Nursing Data Information (PEI), since the creation of the protocols of interventions until the implantation and evaluation of the proposal and has as objective collectively to construct a methodologic instrument for the work, from the knowledge of the reality and the interaction of the individuals. It suggests a model simplified to put in working conditions the Process of Nursing (PE), searching in such a way to take care of the necessities of the academy as much as of the hospital institutions, through the theoretician-practical approach and of the attention to the completeness praised for the Only System of Health (SUS). It still tries, to trace a differential between Systematization of the Assistance of Nursing (SAE) and PE, as well as its complementation in the fusing of both inside of the organization of the work. The PE model is based on the theory of Wanda Horta, being consisting of three phases: description, evolution and data information lapsing. The access to the interventions in the data information system happens inside for the choice of the problem of nursing of affected corporal subsystems. The used methodologic boarding is the convergent-assistance research with the team of nursing of the UTI of a University Hospital, that inside follows five steps of the construction of the protocols and implantation of the PEI: Knowledge of the reality, with the techniques of systematic comment and documentary research; individual construction of the protocols, with the bibliographical consultation; collective construction with nurses, through the strategy of revision of the protocols; implantation of the data information lapsing, with the technique of participant comment; (re) collective construction in the evaluation, with half-structuralized interviews. As result got 177 interventions in 64 problems of nursing. The interventions had been classified, selecting previsible, excellent, viable, functional and the routines more adjusted to the searched context to insert in the protocols. The study it evidences the viability of the adoption of the PE with the use of the PEI, basic instrument for the cultural valuation of the nursing and organization of the work, being possible of being constructed, when part of the interaction human being for the transformation of the reality.

Descriptors: Nursing. Prescription. Protocol. Interventions.

# CONSTRUCCIÓN E IMPLANTACIÓN DE CADUCAR DEL OFICIO DE ENFERMERA INFORMATIZADA EN LA UTI

## RESUMEN

El uso del método científico con el proceso del oficio de enfermera contribuye para la consolidación de la profesión mientras que ciencia del cuidado. Este estudio describe una construcción colectiva de Prescripción de Enfermería Informatizada (PEI), desde la creación de los protocolos de intervenciones hasta la implantación y la evaluación de la oferta y la tiene como objetivo colectivamente para construir un instrumento del metodológico para el trabajo, del conocimiento de la realidad y de la interacción de los individuos. Sugiere un modelo simplificado a operacional izar el proceso de Enfermería (el PE), buscando de tal manera de tomar el cuidado de las necesidades de la academia cuánto de las instituciones del hospital, con el acercamiento teórico-práctico y de la atención a lo completo elogiado por el Único Sistema de Salud (SUS). Todavía intenta, remontar un diferencial entre la sistematización de la ayuda de Enfermería (SAE) y el PE, así como su complementación en la fusión de ambos dentro de la organización del trabajo. El modelo del PE se basa en la teoría de Wanda Horta, consistiendo en tres fases: el caducar de la descripción, de la evolución y del informatizada. El acceso a los intervenciones en el sistema informatizado sucede adentro para la opción del problema a subsistemas corporales afectados. El metodología es la investigación convergente asistencial con el equipo del oficio de enfermera del UTI de un hospital de la universidad, ése interior sigue cinco pasos de la construcción de los protocolos y de la implantación del PEI: Conocimiento de la realidad, con las técnicas del comentario sistemático y de la investigación documental; construcción individual de los protocolos, con la consulta bibliográfica; construcción colectiva con las enfermeras, con la estrategia de revisión de los protocolos; implantación del informatizada que caduca, con la técnica del comentario del participante; construcción colectiva en la evaluación, con entrevistas. Como el resultado consiguió 177 intervenciones en 64 problemas. Los intervenciones habían sido clasificados, el seleccionar previsible, excelente, viable, funcional y las rutinas ajustadas más al contexto buscado al relleno en los protocolos. El estudio evidencia la viabilidad de la adopción del PE con el uso del PEI, instrumento básico para la valuación cultural del oficio de enfermera y de la organización del trabajo, siendo posible de ser construido, cuando parte del humano de la interacción para la transformación de la realidad.

Descriptores: Enfermería. Prescripción. Protocolo. Intervenciones.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura da Sistematização da Assistência de Enfermagem 16
Figura 2 – Modelo do Processo de Enfermagem de Wanda Horta 69
Figura 3 – Histórico de Enfermagem de Horta 71
Figura 4 – Histórico de Enfermagem Simplificado 73
Figura 5 – Modelo do Processo de Enfermagem Simplificado 79
Figura 6 – Verbos 96
Figura 7 – Intervenções Rotineiras 100
Figura 8 – Intervenções Irrelevantes 102
Figura 9 – Intervenções Disfuncionais 103
Figura 10 – Intervenções Imprevisíveis 105
Figura 11– Tela dos Subsistemas e Respectivos Problemas 107
Figura 12 – Tela das Intervenções de Enfermagem 109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| **VO** | via oral |
| **C-A-L-J** | café, almoço, lanche e janta |
| **QN** | quando necessário |
| **SC** | sub-cutânea |
| **EV** | endovenoso |
| **SV** | sinais vitais |
| **1x/turno** | uma vez por turno |
| **M T N** | manhã, tarde e noite |
| **CPM** | conforme prescrição médica |
| **TET** | tubo endotraqueal |
| **$O^2$** | oxigênio |
| **$H^2O$** | água |
| **ml/24h** | mililitros em 24h |
| **MI e MS** | membros superiores e inferiores |
| **lt/min.** | litros por minuto |
| **SNG** | sonda nasogástrica |
| **SNE** | sonda nasoentérica |
| **SVD** | sonda vesical de demora |
| **gts/min.** | gotas por minuto |
| **NPO** | nada por via oral |
| **S.F. 0,9%** | soro fisiológico |
| **$FiO^2$** | concentração de oxigênio sanguíneo |
| **DLE** | decúbito lateral esquerdo |
| **DD** | decúbito dorsal |
| **DLD** | decúbito lateral direito |
| **D/D** | deltóide direito |
| **D/E** | deltóide esquerdo |
| **ABD/D** | abdômen direito |
| **ABD/E** | abdômen esquerdo |
| **VLC/D** | vasto lateral da coxa direita |
| **VLC/E** | vasto lateral da coxa esquerda |
| **GLU/D** | glúteo direito |
| **GLU/E** | glúteo esquerdo |
| **PA** | pressão arterial |
| **PAM** | pressão arterial média |
| **PVC** | pressão venosa central |
| **FR** | freqüência respiratória |
| **FC** | freqüência cardíaca |
| **BH** | balanço hídrico |
| **ECG** | eletrocardiogram |
| **HGT** | hemoglucoteste. |

## SUMÁRIO

**1. RAZÕES PROPULSORAS DO MOVIMENTO EM BUSCA DA CONCRETIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO INFORMATIZADA 11**

**2. O CAMINHO PRELIMINAR À PRESCRIÇÃO INFORMATIZADA 24**
**2.1 O (des) uso do Processo de Enfermagem no contexto educacional, ético e institucional 25**
**2.2 Qualidade no cuidado de enfermagem 36**
**2.3 A integralidade no Processo de Enfermagem 48**

**3. PILARES CONCEITUAIS DO ESTUDO 61**
**3.1 Ser Humano 62**
**3.2 Enfermagem 63**
**3.3 Cuidado 63**
**3.4 Saúde 64**
**3.5 Ambiente 65**
**3.6 Protocolo 66**

**4. O PROCESSO DE ENFERMAGEM DE WANDA HORTA 68**
**4.1 Histórico 70**
**4.2 Diagnóstico 73**
**4.3 Plano Assistencial 75**
**4.4 Prescrição de Enfermagem 75**
**4.5 Evolução 77**
**4.6 Prognóstico 78**

**5. A CONSTRUÇÃO NA PRÓPRIA CAMINHADA 80**
**5.1 O ambiente do caminho 81**
**5.2 Os participantes da caminhada 85**
**5.3 Passos na construção dos protocolos assistenciais: Método de coleta, registro e análise dos dados 86**
5.3.1 Primeiro Passo: Aproximação com a realidade 89
5.3.2 Segundo Passo: Construção individual dos protocolos 91
5.3.3 Terceiro Passo: Construção coletiva com enfermeiros 98
**5.4. Implantação da prescrição informatizada 105**
**5.5 (Re)construção coletiva na avaliação 111**

**6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 122**
**6.1 Projeções para o Processo de Enfermagem 124**
**6.2 À guisa de conclusão 130**

**REFERÊNCIAS 134**
**APÊNDICES 141**
**ANEXOS 164**

## 1. RAZÕES PROPULSORAS DO MOVIMENTO EM BUSCA DA CONCRETIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA

A evolução humana percorre caminhos na construção da sua história como espécie dotada de raciocínio e organizada em sistemas gradualmente complexos de relações com o meio. O ser humano, nessas relações, estabelece uma forma de comunicação entre o mundo interno e externo, ou seja, ele e o meio, resultando em produto para ambos, denominado trabalho.

Na ação no mundo através do trabalho, o ser humano formou relações cada vez mais complexas e estruturas sociais que foram sendo consolidadas no produto, configurando a estruturação do capitalismo. Seguindo a necessidade de expansão e busca de conhecimento, construiu também um mundo “globalizado”, usando a tecnologia. Dentro desse contexto, os valores resultantes dessa caminhada se expressam na forma de considerar o produto do trabalho trocado por capital, virtual ou real, como o objetivo-fim da ação e a vida, essência dos seres, como meio. Portanto, num mundo onde a vida possui um valor questionável, quando considerada como meio para obtenção do produto, as profissões que realizam seu trabalho voltado para o seu cuidado são influenciadas por essas estruturas ideológicas sócio-histórico-culturalmente construídas.

Com o surgimento do cristianismo, apareceram as primeiras diaconisas, enfermeiras que realizavam visitas domiciliares aos pobres e doentes. Na Idade Média, a ascensão da igreja reconheceu o trabalho da enfermagem como um exercício de

penitência, executado nos mosteiros, até o século XV. Quando da sua decadência, (devido ao renascimento e reforma da Igreja, conseqüente enfraquecimento do cristianismo e renascimento da ciência médica grega) passou a ser realizado nos hospitais, onde o exercício da enfermagem era coordenado por religiosos e executado por mulheres leigas (LUNARDI, 1998).

O trabalho da enfermagem aparece nesse cenário como uma força de reação a favor da vida, em especial da vida humana, assumindo a roupagem do cuidado. Para um trabalho que apresenta múltiplas dificuldades em seu exercício, a organização é uma maneira de montar estratégias de enfrentamento dessa realidade. Entre as muitas formas de organizar o trabalho na enfermagem, o Processo de Enfermagem (PE) apresenta-se como um modelo de ação capaz de auxiliar no cuidado.

Observando essa evolução histórica da enfermagem como profissão, passei a refletir sobre a possibilidade de o PE ter acompanhado a construção do saber desde o surgimento da profissão, pois, embora ainda não descrito na forma teórica, possivelmente já fazia parte das ações cotidianas, desde as primeiras enfermeiras existentes, uma vez que toda ação em saúde requer planejamento, devendo conter, no mínimo, uma identificação inicial dos problemas, a implementação de condutas e a avaliação dos efeitos resultantes das intervenções.

A primeira construção da enfermagem como um corpo próprio de saberes foi descrita por Florence Nightingale, em 1859, após a guerra da Criméia, no livro "*Notas sobre Enfermagem",* entretanto, a autora não refere o uso do PE. Somente em 1955, nos Estados Unidos, Lydia Hall foi a primeira teórica a descrevê-lo. Este era constituído por quatro fases: avaliação, planejamento, implementação e evolução. Dorothy Johnson, em 1959, Ida Orlando, em 1961, e Ernestine Wiedenbach, em 1963,

desenvolveram nos E.U.A., cada uma, um modelo diferente, constituído por três fases. Em 1967, também nos E.U.A., Yura e Walsh escreveram o primeiro texto que descrevia quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação. Na metade dos anos 70, ainda nos E.U.A., Bloch, Roy, Mundinger, Jauron e Aspinall acrescentaram às quatro fases, o diagnóstico, constituindo-se o processo de cinco fases. Desde então, o PE foi legitimado como o marco teórico da prática de enfermagem (IYER, 1993).

Muitos trabalhos têm sido escritos sobre esta temática, trazendo relatos de experiências, com grande êxito, quanto ao uso do PE com inserção da prescrição informatizada em hospitais universitários brasileiros (CIANCIARULLO et. al, 2001; CROSSETTI, 2002; ÉVORA, 2002) e, também, quanto à elaboração de protocolos (LUNARDI FILHO et al., 1997; MARCON, 2002; MOREIRA, 2001; MONTEIRO, 2001; OCCHIUZZO, 2000; MELLO, 1998; RIBEIRO, 2002;). O presente estudo pretende contribuir com esse conjunto de saberes, trazendo uma construção a partir do contexto da realidade do hospital estudado, adaptando um modelo de PE simplificado com o uso da prescrição de enfermagem informatizada (PEI) às suas características e peculiaridades próprias.

Conforme constatei durante as práticas da graduação que realizei no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), a utilização do PE se dá diferentemente em suas unidades: na unidade de internação de clínica cirúrgica, ocorre a evolução diária; na unidade de internação de clínica médica, a evolução se dá quando ocorrem intercorrências e a prescrição, em formulário único (Anexo A), comum a todos os pacientes, aprazada e executada pelos acadêmicos de enfermagem que cursam a disciplina Prática de Administração Aplicada à Enfermagem, no oitavo semestre; na unidade obstétrica, a evolução é registrada em um livro separado do prontuário do

paciente; na unidade de internação de clínica pediátrica, o processo se apresenta de forma mais expressiva, sendo realizadas a admissão, a evolução diária, a evolução de alta e a prescrição de enfermagem em formulário único (Anexo B); na UTI neonatal, o modelo se assemelha ao da pediatria (Anexo C); na UTI geral, local desse estudo, as enfermeiras realizam a admissão, a evolução diária e a evolução para alta, sendo que já houve tentativas de implantação da prescrição de enfermagem em formulário único. Atualmente, existe um projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no hospital, ainda em seu início, para estabelecer normas e rotinas nas unidades e padronizar a realização dos procedimentos de enfermagem.

O uso de formulário único padrão nas unidades de Pediatria, UTI Neonatal e Clínica Médica é um importante passo na concretização da prescrição de enfermagem. Embora as intervenções não sejam individualizadas, aproxima-se muito da Prescrição de Enfermagem Informatizada. A diferença é que na PEI o computador permite a seleção de intervenções, de acordo com os problemas apresentados pelo paciente, no instante da sua formulação.

Partindo dessa idéia, ao ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG), na área de concentração enfermagem e saúde, foi-me oportunizado continuar com o trabalho de aprimoramento da PEI, iniciado na graduação, indo ao encontro dos meus desejos e anseios em aprofundar essa temática e sanar dúvidas de como **construir** e **implementar** a prescrição de enfermagem informatizada na UTI Geral do HU.

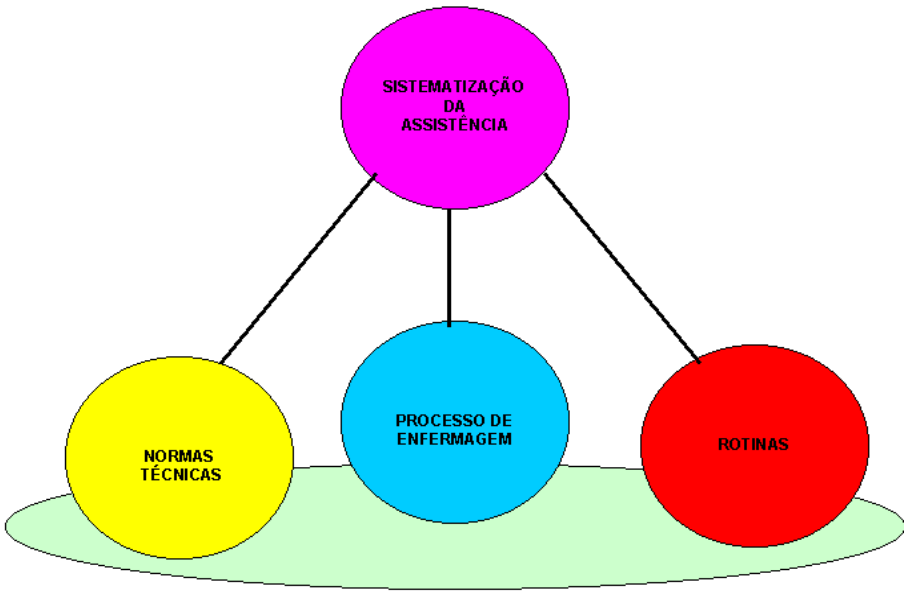
Essa construção precisa acontecer em conjunto com os profissionais que atuam no local e partir do conhecimento da realidade na qual estão inseridos. Para sustentar

esses princípios, as cinco fases da metodologia convergente-assistencial foram seguidas nesse estudo: concepção (escolha do objeto, construção teórica do problema e dos objetivos); instrumentação (escolha do local, participantes, da técnica de obtenção e análise dos dados); perscrutação (uso de estratégias alternativas para obtenção de dados durante a coleta); análise (fase de descrição e categorização dos problemas de enfermagem) e interpretação (síntese das intervenções, teorização e transferência para utilização futura da PEI).

Em muitos estudos, os conceitos de PE e SAE são considerados sinônimos. “Este processo, inicialmente denominado sistemática, é hoje o Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), composto por três fases: histórico, evolução e prescrição de enfermagem” (CIANCIARULLO et al., 2001, p. 100). Nesse trabalho, os termos serão utilizados de forma diferente, considerando-se serem ações que se complementam.

Considero que a SAE (Fig. 1) seja todo o planejamento registrado da assistência e abrange desde a criação e implantação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada dos procedimentos técnicos até, finalmente, a adoção do PE. Sistematizar é organizar informações padronizadas, de forma a construir sistemas operativos para atingir um objetivo. Esses sistemas precisam estar associados e dinamicamente atuantes para que possam dar e receber a sustentação que necessitam para continuarem constantemente operantes.

Fig. 1 – Estrutura Tridimensional da SAE




Em outras palavras, para a execução do PE é fundamental existir a SAE, uma normatização prévia das ações que estarão contidas na prescrição de enfermagem. Além disso, o PE também auxilia no cumprimento das normas e rotinas da SAE, uma vez que solicita na prescrição de enfermagem a rotina de troca de matérias, curativos, entre outros. Sem uma assistência organizada, padronizada, ou seja, sistematizada, torna-se muito difícil o uso da PEI.

No Brasil, a força legal para o exercício dessa metodologia da assistência ocorreu com a promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, na qual a prescrição da assistência foi considerada uma das atividades privativas do enfermeiro. A partir de 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), resolveu que toda instituição de saúde deve adotar o PE (COREN – RS, 2001).

Embora haja amparo legal, ainda a adoção do PE pela enfermagem nas instituições de saúde brasileiras é pouco verificada e pode ter como causa, segundo Leifert (2000), a dificuldade de adequação da teoria à pratica, devido à divergência das diferentes realidades. Para aplicar essa proposta em uma instituição, antes de tudo, é preciso que ela esteja mobilizada nesse sentido, para poder partir de uma análise da sua realidade, buscando adequá-la à teoria do PE. No local desse estudo, o serviço de enfermagem já direciona esforços na construção de normas e rotinas, então, a adoção do PE através do auxílio da PEI pretende contribuir para a concretização da SAE.

A trajetória acadêmica da graduação em enfermagem despertou-me muitos questionamentos sobre a forma como está estruturada a profissão de enfermagem na sociedade e no mundo do trabalho. Ainda há a crença de ser uma profissão que possui conhecimento e autonomia pouco desenvolvidos. No contexto evolutivo de valorização do conjunto de conhecimentos pertinentes à enfermagem, gradativamente, o PE surge nesse cenário como um método que pode comprovar raciocínio científico, justificando as ações realizadas junto ao paciente[1], possibilitando executar o cuidado de forma integral e com melhor qualidade.

Partindo dessa reflexão, percebi que o uso da metodologia científica na execução do trabalho, através da adoção do PE, pode contribuir para a transformação de um corpo de saberes baseados no conhecimento empírico em ciência, por utilizar na

[1] Ao longo do texto, à medida que discursarei sobre os temas, usarei diferentemente os termos: cliente, paciente e indivíduo. Cabe aqui explicar o motivo das três terminologias utilizadas na definição do objeto de trabalho da enfermagem. Considerarei **cliente**, quando me referir ao usuário do serviço de saúde, numa conotação de cidadão no exercício de seus direitos de assistência à saúde de uma forma digna. Considerarei **paciente**, quando, além da condição de cliente, ele estiver sujeito (consentido) ao recebimento das ações cuidativas, portanto foco desse trabalho. Considerarei **indivíduo**, que a meu ver é a melhor denominação, ao destacá-lo como ser único e individual, com particularidades que formam o todo holístico e complexo ser humano. Essa última aparecerá nos momentos em que esse aspecto precise ser ressaltado, durante as questões de fundo filosófico do texto.

solução de problemas a objetividade, a generalização, a possível verificação, a racionalidade, a sistematicidade na intervenção terapêutica e a aceitação das possíveis falhas. O PE é uma forma de padronizar as intervenções terapêuticas complementares ao cuidado e exige, inicialmente, para sua operacionalização, um domínio de conhecimentos técnicos e científicos acerca do fenômeno do adoecimento, que vão desde os fatores determinantes do desencadeamento da patologia até as possíveis evoluções e intercorrências, visando auxiliar o indivíduo a intervir nas múltiplas relações existentes na sua vida, responsáveis ou coadjuvantes na determinação da doença. Segundo Wanda Horta (1979), o PE é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. A teoria de Horta encaminha-se muito ao encontro da proposta desse estudo, ao revelar um PE flexível e possível de ser adotado nas instituições de saúde com facilidade.

Ainda durante a graduação, visando encontrar respostas e delinear meu perfil como profissional, surgiu o interesse pela iniciação científica. Busquei, com a experiência da pesquisa, alternativas de solução que levassem ao aprimoramento das atividades exercidas pela enfermagem, sendo-me proposto, pelo orientador, a possibilidade de criar protocolos[2] de intervenções de enfermagem para inserir no Sistema de Apoio à Decisão no Planejamento e Prescrição de Cuidados de Enfermagem (SAD-PPCE) e operacionalizar a PEI.

O Sistema de Apoio à Decisão (SAD) é uma ferramenta computacional de apoio ao atendimento do cliente e caracteriza-se pela possibilidade de tratar um grande volume de dados, realizando recuperações, combinações, tabulações, cálculos e

estatísticas simples. A linguagem utilizada pelo sistema é o *Access 1.10*, em plataforma *Windows*, por ser uma linguagem específica de banco de dados, que oportuniza um melhor gerenciamento do grande volume de informações advindas do sucessivo arquivamento dos protocolos assistenciais elaborados para cada problema, em particular (LUNARDI FILHO et. al., 1995). Segundo Évora (2002), a introdução de sistemas informatizados nas organizações de saúde no Brasil vem tornando-se um desafio, pois a adoção de novos equipamentos leva à maior automatização e a necessidade de redesenho do processo de produção, além da reorganização do fluxo de informação, por meio de um raciocínio lógico e o repensar de rotinas para racionalizar as tarefas/serviços.

Nesse projeto, já participaram bolsistas de iniciação científica, enfermeiros e professores do curso de enfermagem, desde sua criação em 1994, resultando em trabalhos que desenvolveram estudos e protocolos de intervenções de enfermagem para a unidade materno-infantil (RIBEIRO, 2002), para o paciente cirúrgico (DANTAS, 1998) e para a Unidade de Terapia Intensiva - UTI – (COSTA, 2003; FERREIRA, 2002), dentre outros. Segundo Lunardi Filho (1997), a finalidade do projeto consiste no emprego de uma ferramenta computacional e no desenvolvimento de protocolos assistenciais como método de planejamento das intervenções adequadas a problemas específicos, com possibilidades de contribuir para modificações e inovações na prática assistencial, com repercussões nas formas de administrar a assistência e de cuidar do cliente. Entretanto, com a realização deste estudo, esta foi a primeira vez que se foi

[2] Conjunto de intervenções de enfermagem possíveis de serem realizadas em um determinado problema de saúde apresentado pelo paciente. A seleção das intervenções contidas nos protocolos gera a prescrição de enfermagem.

além da elaboração dos protocolos, chegando-se, embora ainda de modo apenas experimental, à implantação e avaliação da PEI, usando o SAD.

Durante a iniciação científica, ao realizar a coleta e análise dos dados para a elaborar os protocolos de intervenções de enfermagem da unidade de internação materno-infantil, surgiram novos questionamentos que deixaram de ser sanados com a pesquisa inicial (RIBEIRO, 2002). Foram encontrados mais de cem intervenções relacionadas apenas ao parto normal e ao abortamento, além de serem levantados muitos outros problemas que necessitariam de protocolos, surgindo novas dúvidas: Como a metodologia científica do PE auxiliaria no trabalho? Quais as intervenções que realmente seriam inseridas na construção da PEI: as rotinas, as condutas profissionais ou as intervenções direcionadas ao biológico? Seria real ou utópico inseri-la no contexto da instituição de saúde?

A primeira resposta veio com o início da minha prática como profissional no Hospital da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, onde me deparei com situações que colocaram à prova saberes, envolvendo tomadas de decisão, liderança e iniciativa, aflorando traços de personalidade necessários para firmar com competência o conhecimento do profissional enfermeiro. Assim, entendi que essa metodologia científica seria uma forma de planejamento que auxiliaria a organizar o trabalho, de forma que o fazer do profissional enfermeiro fosse mais evidenciado e respeitado.

O planejamento, ao conceber uma assistência para promover cuidados de qualidade, através da facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade, pode constituir-se em mecanismo para a avaliação da assistência prestada. Desse modo, podemos esperar que a prescrição informatizada de intervenções de enfermagem possa assegurar à profissão melhores condições de registrar e contabilizar, qualitativa e

quantitativamente, sua atuação junto à sua clientela, além de oportunizar o desenvolvimento de conhecimentos e pesquisas sobre toda a sua complexidade, em contraposição à simplicidade que o senso comum lhe atribui (LUNARDI FILHO, 1997).

Havia saído da graduação esclarecida de que os saberes adquiridos nesse período de tempo seriam ainda insuficientes para me instrumentalizar em todos os aspectos da vida profissional. Hoje, percebo que, no exercício da enfermagem, é preciso mais do que saber cuidar do problema de saúde apresentado pelo paciente. É preciso saber manejar situações de crise, utilizar estratégias de uso do conhecimento, de negociação e articulação política, além de saber trabalhar coletivamente e de forma interdisciplinar.

No mesmo hospital, participei da construção das rotinas do serviço de enfermagem para a emergência, pois a unidade tinha poucos meses de funcionamento e o desenvolvimento de suas ações ainda não se apresentava normatizado. As atribuições de cada função foram divididas e organizadas, articulando-as com os demais serviços como os de Nutrição, Limpeza, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Segurança, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), corpo clínico e demais unidades. Com a participação desses serviços, o atendimento ao cliente, desde a chegada até a saída da unidade, foi especificado claramente, pois foram descritos todos os procedimentos que deveriam ser realizados. No final dessa construção, houve grande melhora no relacionamento entre os funcionários e proporcionou ainda uma maior motivação para o trabalho, uma vez que passaram a visualizar a importância da sua função no bom atendimento ao cliente.

Concluída essa fase de organização administrativa da assistência, havia em mim uma inquietação em relação ao trabalho que demonstrava indícios da necessidade de

uma organização mais específica: a do cuidado direto do paciente através do uso do PE. As questões administrativas de ordem burocrática acabavam por exigir grande parte do tempo do enfermeiro e os auxiliares de enfermagem restringiam suas ações ao cumprimento das prescrições médicas, ficando o cuidado de enfermagem fragilizado. Percebi que essa realidade vem se repetindo ao longo dos anos e é extensiva a muitos outros hospitais. Então, concluí que o uso do PE poderia auxiliar a evidenciar e a qualificar o fazer da enfermagem, resultando em uma assistência individualizada e integralizada ao paciente.

No fazer dos enfermeiros, durante sua jornada de trabalho e em seus locais de atuação, observa-se a inserção da prescrição médica numa posição de centralidade para o fazer da enfermagem, colocando o trabalho que realiza numa posição de extrema dependência dos atos médicos. Esta postura vem conferindo às prescrições médicas um conteúdo que, por si só, parece adquirir um caráter organizador e informativo, percebido como suficiente e exclusivo para direcionar a atuação assistencial do conjunto dos trabalhadores da enfermagem, especialmente a do enfermeiro (LUNARDI FILHO, 1998).

Um trabalho organizado, sistematizado pode demonstrar a força existente na categoria em produzir novos saberes, dirigir e planejar com autonomia o seu fazer. O condicionamento do trabalho à prescrição de outra categoria profissional traduz uma crise de identidade profissional, sendo necessária e urgente a construção de novos conhecimentos que configurem independência e autonomia para a enfermagem.

Partindo dessas considerações, com a realização desse trabalho tive como **objetivo geral** construir coletivamente um instrumento metodológico para o trabalho, a

partir do conhecimento da realidade e da interação dos indivíduos. Para tanto, busquei atingir os seguintes **objetivos específicos**:

1. conhecer os problemas de enfermagem mais freqüentes apresentados pelos pacientes da UTI;
2. investigar as intervenções recomendadas na literatura para os problemas identificados, adaptá-los à realidade da UTI e inserir no banco de dados do SAD;
3. instrumentalizar a equipe de enfermagem para o manejo adequado dessa ferramenta computacional, através da elaboração de um manual de operação do SAD;
4. aplicar o processo de enfermagem construído, prescrevendo as intervenções de enfermagem através da ferramenta computacional;
5. conhecer a opinião da equipe de enfermagem em relação à experiência, buscando contribuições para futuras modificações do método construído.

## 2. O CAMINHO PRELIMINAR À PRESCRIÇÃO INFORMATIZADA

A busca da construção da prescrição informatizada aconteceu em todos os momentos da elaboração do estudo, inclusive durante a revisão bibliográfica expressa nesse capítulo, quando a descoberta dos diferentes autores impulsionou a idealização de um método de trabalho que pudesse ser adaptado à realidade atual. Assim, esse caminho percorreu três momentos:

1. analisou as tendências do **(des)uso** da metodologia da assistência nas instituições de saúde e na academia, ressaltando em igual importância, o fator motivacional do indivíduo que desempenha o cuidado como profissão, numa postura de valorização do indivíduo cuidado, através da adoção desse método;
2. visibilizou o Processo de Enfermagem como um método de trabalho que, se aplicado, pode proporcionar uma melhor **qualidade** na assistência, ao trazer consigo uma proposta de padronização das ações realizadas com o cliente;
3. mostrou as possibilidades de inserir esse método no contexto atual do modelo de assistência à saúde vigente no Brasil, o Sistema Único de Saúde, no qual, dentro de uma visão holística de atenção à saúde, consegue atender o princípio de **integralidade**, ainda que direcionado à solução dos problemas de ordem psicobiológica do indivíduo.

## 2.1 O (des)uso do Processo de Enfermagem no contexto educacional, ético e institucional

Nessa parte da revisão, são apresentados os motivos encontrados na literatura para a quase total inexistência de adoção do PE na prática profissional, trazendo, na discussão do problema, as dificuldades de sua Implantação. Esses motivos são apresentados dentro de três subtemas principais, vistos sob o prisma dos aspectos éticos, educacionais e institucionais, considerando-os pertinentes para o esclarecimento da existência e constituição do PE. Além do apontamento dessas problemáticas, vislumbrei encontrar possibilidades de inserção dessa metodologia da assistência nesses contextos.

Dentre os motivos apontados por Leifert (2000) que podem dificultar a implantação do PE nas instituições de saúde, encontram-se: a) os **aspectos institucionais** (o número insuficiente de enfermeiros, a ausência da normatização do serviço, a administração desconhece o papel do enfermeiro e tem receio dos custos do PE, a instituição acredita que o enfermeiro não dá o retorno esperado e a alta rotatividade de pessoal); b) os **aspectos educacionais** (os cursos de graduação não valorizam o PE, dificuldade de interpretação teórica, medo/insegurança do PE, resistência do médico ao PE (desconhecimento), medo do desafio profissional e enfermeiro receia reação ao PE); e c) os **aspectos éticos** (o desconhecimento da lei/código de ética, acomodação/ passividade do enfermeiro e falta de motivação).

Quanto aos **aspectos institucionais** referidos no estudo de Leifert (2000), ao serem agrupados, os fatores de ordem institucional e administrativa dos sistemas e serviços de saúde compõem as principais dificuldades de implantação do PE. A falta de

recursos humanos, a (des)organização do trabalho e a busca da redução de custos, ainda que em detrimento de uma assistência mais qualificada, são reflexos da falta de credibilidade por parte da instituição, na importância do trabalho do enfermeiro. A desvalorização, já cultural do enfermeiro, pode ser nitidamente percebida na relação instituição-funcionário, partindo, muitas vezes, do próprio enfermeiro, quando esse refere medo/insegurança e desconhecimento acerca do PE. Sendo assim, tanto a própria instituição como os demais membros que dela fazem parte, dentre eles os médicos, assumem essa postura facilmente.

No contexto institucional, essa cultura de desvalorização dos trabalhos da enfermagem e do enfermeiro e supervalorização dos atos médicos, muitas vezes, viola até mesmo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que, no capítulo II, artigo 8º, refere, entre os direitos do enfermeiro: “Ser informado sobre o diagnóstico provisório ou definitivo de todos os clientes que estejam sob sua assistência”. Entretanto, ainda há instituições em que esse profissional sequer tem acesso ao prontuário do paciente, constituindo-se numa assistência fragmentada, sem uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Contudo, a falta de acesso ao prontuário dos pacientes não inviabiliza o PE, porque o diagnóstico médico não é indispensável para a realização do PE e a evolução poderia (mas não deveria) ser registrada em um livro distinto. Mesmo assim, fazer uso do prontuário para os registros de enfermagem e conhecer a patologia não garantem a valorização do cuidado, se a infra-estrutura das instituições estiver desviada dos critérios de *qualidade* e desorganizada, no sentido de alcançar essa finalidade.

Caldas Faria (1997) verificou como os enfermeiros percebem a importância do PE, apontando os fatores que interferem na implementação do histórico e do

diagnóstico. As causas encontradas para a não realização do histórico, na admissão dos pacientes na emergência, foram: falta de tempo (82,4%); pouca interação enfermeiro/paciente (17,6%); falta de organização (11,8%). É perceptível a ligação direta das três causas achadas, pois a baixa porcentagem referida para a *desorganização* revela, por trás desse dado, a importância da otimização do tempo (82,4%), uma vez que serviços planejados adequadamente para uma assistência qualificada podem dispor de um tempo maior na dedicação ao atendimento das necessidades dos clientes. Ainda, a pouca interação do profissional cuidador e do ser cuidado pode ser justificada pela escassa disponibilização de tempo, mas vale ressaltar a possibilidade de existirem outros fatores que possam estar implicitamente agindo nesse processo, como a desvalorização do humano e a desumanização do cuidado.

Sendo o fator principal que dificulta a implantação da PE, a desorganização do serviço, inversamente poderia ser revertida com o auxílio da PE. A adoção de normas, rotinas e do PE possibilita que haja uma programação do fluxo contínuo das atividades exercidas no local, permitindo também que outros serviços como lavanderia, limpeza e nutrição possam programar suas ações, a partir das necessidades emergidas na unidade. Essa forma de atuação pode auxiliar a demonstrar o número de funcionários necessários para atender ao cuidado com qualidade. Utilizando esse método de trabalho, é possível enxergar, a partir do número de leitos e da rotatividade de pacientes, a capacidade física, material e de recursos humanos do local.

Atualmente, no Brasil, poucos trabalhadores de enfermagem das instituições de saúde desempenham as atividades assistenciais através do PE. Por meio de um levantamento realizado no setor de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), entre os anos de 1997 e 1999, contatou-se que, em 82%

das 5 mil instituições de saúde públicas e privadas deste Estado, o enfermeiro exerce predominantemente atividades burocráticas, em detrimento da assistência ao paciente, que é delegada a outros profissionais, não realizando, portanto, o PE (LEIFERT, 2000).

Ao que parece, o trabalho da enfermagem nos hospitais direciona as suas atividades ao cumprimento de exigências normatizadas, como o seguimento das prescrições médicas e preenchimento de formulários. A rigidez da estrutura institucional e a separação dos indivíduos por cargos e funções em organogramas mostram o trabalho burocratizado das instituições de saúde, no qual uma minoria detém o poder de determinar as ações e o comportamento dos indivíduos que nelas estão inseridos. Nessa divisão de funções privilegiadas, a ausência da prescrição de enfermagem pode servir como indicador e sinalizador do problema, pois demonstra a posição da enfermagem dentro das instituições, frente às demais profissões da saúde, uma vez que a prescrição de enfermagem é uma forma de registro que denota autonomia, criatividade e conhecimento científico.

Essa forma de agir pode distanciar o trabalho do enfermeiro da assistência, dificultando o planejamento das intervenções, a avaliação do paciente e a implementação das ações adequadas às suas necessidades. Para Lunardi Filho (2001, p. 6), “ao serem priorizados, esses procedimentos decorrentes das prescrições médicas parecem configurar-se como a essência da assistência, deslocando para a marginalidade as demais práticas cotidianas de cuidado e caracterizando como algo rotineiro”. Segundo esse autor, o próprio controle das ações de cuidado parece que se resume à checagem dos itens que compõem as prescrições médicas em seu conjunto, de forma explícita e em atenção às exigências normativas institucionais. Ao associar os dois focos do texto: valorização e organização do trabalho, conclui-se que, se existir

uma valorização do cuidado como imprescindível à saúde das pessoas por parte da instituição, a organização do trabalho denota o comprometimento em direcionar ações nesse sentido. Então, só haverá organização posteriormente à valorização do humano e, conseqüentemente, também do trabalho.

Quanto aos **aspectos educacionais** das justificativas apresentadas pelos profissionais enfermeiros no estudo de Leifert (2000), a mais preocupante é a dificuldade de interpretação teórica. Entende-se que as informações a respeito do assunto estão, em grande parte, disponíveis e ao alcance daqueles que se interessarem e desejarem essa forma de atuação e, ainda, mobilizarem seus esforços para o desempenho dessas atividades pelo serviço de enfermagem. No entanto, além da interpretação de informações, para ocorrer uma mudança significativa no modo de fazer atual, faz-se necessária uma tomada de consciência acerca dos valores éticos, morais e estéticos substancialmente presentes na utilização de uma metodologia embasada em conhecimentos científicos sobre o trabalho. A academia tem a função de estimular essa conscientização e preparar para a transposição do referencial teórico na prática profissional.

Portanto, as instituições de formação universitária cumprem um papel importante na determinação das condutas posteriormente assumidas pelos egressos, uma vez que é nesse espaço onde são oportunizadas discussões acerca da relevância do PE para suas vidas profissionais. Constatada a dificuldade de adequação da teoria apreendida com a prática na realidade de atuação profissional, deve-se partir para um entendimento sobre a participação da academia no preparo dos profissionais, frente às diferentes possibilidades de enfrentamento das dificuldades do mundo do trabalho.

O ensino desse método de trabalho, nas escolas de graduação, normalmente dá-se inicialmente nas disciplinas fundamentais e após é exigido durante as disciplinas práticas. Dell'acqua (2002) diz que o PE, se inserido de forma mais efetiva nos currículos dos Cursos de Graduação, pode ser um método que, se utilizado de maneira crítica e reflexiva, poderá contribuir com a resolução dos problemas do paciente na prática profissional. Entretanto, o aumento no nível de exigência não garante sua adoção posterior por parte dos estudantes, pois depende da estrutura institucional para sua operacionalização, exigindo do profissional, saberes que vão além da simples aplicação do método.

O ensino de enfermagem no Brasil foi reproduzido a partir da enfermagem americana que, no início do século XX, apresentava um ensino com pouco conteúdo teórico e enfocava a repetição de tarefas, sem a esperada compreensão dos fenômenos. A partir dos anos noventa, foi possível flexibilizar a operacionalização do currículo de graduação, permitindo às Instituições de Ensino Superior que componham seu próprio projeto pedagógico, de acordo com a sua realidade (DELL'ACQUA, 2002).

Com isso, a academia pode exercer maior autonomia na escolha dos assuntos a serem propostos nas disciplinas e na abordagem metodológica que melhor favoreça a assimilação de conteúdos. Essa ampliação facilitou a abertura de espaços para discussão acerca do enfrentamento de situações vivenciadas no mundo real, que só poderá ser transformado através da ação conjunta entre academia e sociedade, partindo das necessidades apresentadas pelo meio ambiente na formação de conhecimentos que possibilitem construir estratégias, a fim de operar essa realidade de forma mais adequada.

O mundo do trabalho precisa de profissionais preparados para desenvolver ações em conjunto com os outros, pessoas capazes de se relacionarem de forma saudável, de compartilhar conhecimentos, com habilidades de negociação, compreensão e paciência. Essa visão humanizada e política da educação é antagonista da ideologia fomentada em muitas academias, que visualiza apenas o preparo técnico para competir no mercado de trabalho. O enfrentamento da realidade, o uso de estratégias de negociação e articulação política, bem como a utilização de meios de persuasão, ao demonstrar conhecimentos concretos sobre os reais benefícios alcançados por essa prática, são saberes outros, além dos técnicos, que elucidam as necessidades da sociedade atual.

Esses saberes são importantes porque muitas instituições de saúde cultivam uma cultura de desvalorização do cuidado e, conseqüentemente, do trabalho da enfermagem, que se atém apenas à exigência da execução de procedimentos, como administração de medicamentos, ficando, muitas vezes, a cargo do enfermeiro, predominantemente a solução dos problemas de ordem burocrática. Sendo assim, o profissional somente terá condições de reverter esse quadro, quando fizer uso do conhecimento das estratégias de negociação e articulação política para elucidar a importância do seu fazer.

Tradicionalmente os conteúdos com que estamos familiarizados são estudados de modo obscuro ou abstrato ou, então, o conteúdo acadêmico é apresentado num discurso com pouca relação com a realidade. Os conceitos que usamos em nossa formação intelectual e em nosso trabalho estão distantes da realidade da sociedade. Se o currículo do curso é iluminador, ele ativa a potencialidade criativa, na medida em que se vincula a outros esforços para modificar a sociedade, uma vez que a história

apresenta limites e tarefas para a transformação (FREIRE, 1986). Assim, a academia, além de apresentar a situação ideal, precisa trabalhar também as estratégias possíveis de serem utilizadas para alcançá-la.

As abordagens educativas precisam valorizar as potencialidades humanas e estimular o autoconhecimento do estudante, pois, é através dele que desenvolverá sua capacidade de interagir com os outros, de forma construtiva, aumentando sua habilidade de estabelecer o relacionamento interpessoal. O aprendizado, enfocando a autonomia, exige uma motivação intrínseca do estudante, variando muito a partir de sua subjetividade e pode levar um tempo diferente do preconizado pelo currículo tradicional, para que conheça a necessidade de utilizar saberes que servirão como instrumentos para atuar na realidade criativamente e coletivamente, transformando-a.

Essa forma de ensinar exige também uma visão subjetiva da realidade, ao invés apenas da objetiva que lhe é apresentada, com respostas prontas e padrões a serem copiados e reproduzidos. O uso da subjetividade depende de estímulos prévios, como a análise de fenômenos por diferentes olhares, localizando-o no tempo e no contexto social, buscando os mais diversos fatores relacionais a interagir para que aconteça, bem como as possíveis repercussões futuras que possa abranger.

Esses estímulos podem se dar nas academias de formação universitária, se houver espaços para o diálogo. As pedagogias inovadoras podem contribuir para essa ruptura da percepção superficial da realidade, partindo de uma análise mais aprofundada, através do diálogo. No ensino do PE, seria necessária uma nova construção coletiva a cada novo grupo de estudantes que experiencia a sua aplicação, abordando as suas dificuldades e facilidades, quando só então a reprodução seria substituída pela construção de novas formas de PE, conforme a realidade vivenciada.

A referência aos **aspectos éticos**, no estudo de Leifert (2000), circunda o desconhecimento da lei/código de ética, a acomodação/passividade do enfermeiro e a falta de motivação. Quanto ao desconhecimento do código de ética, a informação está acessível e é disponibilizada pelos CORENs ou até mesmo pode ser compartilhada através da comunicação informal no diálogo entre colegas. Todavia, a acomodação e a desmotivação podem ter diversas origens e uma delas é o olhar posto por esse profissional no seu trabalho, quando deixa de enxergar a importância do cuidado.

Para entender a importância do planejamento em enfermagem como estratégia de promoção do cuidado humanizado e valorização profissional, torna-se necessário reconhecê-lo como uma função administrativa, na qual o enfermeiro aplica seus conhecimentos técnico-científicos a serviço do paciente, identificando sua prática profissional e contribuindo na definição de seu papel. Esse reconhecimento está previsto na Lei do Exercício Profissional (LEP), alínea j do artigo 11 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, a qual reza que a prescrição da assistência é uma de suas atividades privativas. Ainda, o decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987, em seu artigo 3º, assegura que a prescrição é parte integrante do programa de enfermagem.

Atualmente, a resolução do COFEN nº 272/2002 define, em seu artigo 2º, que a implementação do PE deve ocorrer em toda a instituição de saúde, pública e privada. Ainda na mesma resolução, o artigo 4º define que os CORENs, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de enfermagem na implementação do PE. As instituições de saúde e os CORENs deveriam assumir a responsabilidade da

legitimação desse artigo, promovendo a fiscalização do cumprimento da lei e a educação continuada para os profissionais.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem apresenta um compromisso com a melhoria da *qualidade* da assistência à saúde da população e uma maior preocupação com o trabalhador, trazendo em seu preâmbulo que leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito da Assistência de Enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização, pressupondo que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade, sem riscos e acessível a toda a população. O código de ética da enfermagem, além de proteger o usuário dos serviços de saúde, enfoca também os *profissionais*, sendo todos cidadãos, possuidores de direitos e deveres. Entretanto, a atual racionalidade *político-econômica,* associada a interesses privados e corporativistas, influencia a operacionalização do atual sistema de saúde brasileiro, o SUS, atendendo as necessidades de saúde da população de forma desigual e discriminatória, desfavorecendo a todos, usuários e trabalhadores do sistema, que são obrigados a trabalhar sob condições físicas precárias, com recursos escassos e mal remunerados.

Segundo Cohen & Segre (1999), para ser ético**,** não basta ter-se o conhecimento do código de ética, pois a pessoa poderá atuar apenas de um modo moralista; são necessários a assimilação e o amadurecimento de certos conceitos do que é ser um *"ser humano"* para que a pessoa evolua e se humanize. Para os autores, a diferença entre ética e moral é que a moral é imposta e a ética, para assim ser reconhecida, requer ser apreendida pelo indivíduo, vinda de seu interior (a moral é imposta, a ética é percebida), pois não é a punição, normalmente prevista para os infratores desses

códigos, que modificará o indivíduo e o transformará em um ser ético: provavelmente ele não voltará a infringir o código por temor, não se tratando da experiência de um aprendizado ético. Antes mesmo do cumprimento desses códigos, é preciso uma sensibilização dos profissionais e das instituições, acerca do compromisso em promover um atendimento de qualidade, que valorize o humano e sua atuação como cidadão.

Um dos principais indicadores da qualidade no planejamento e na gestão dos serviços de saúde deve ser o respeito aos direitos dos cidadãos, como usuários desses serviços (FORTES, 1994). Qualidade na assistência envolve fundamentalmente o respeito à cidadania, à dignidade do indivíduo como cidadão e usuário dos serviços de saúde e aos preceitos éticos e legais dos direitos da pessoa.

As dificuldades do SUS podem também estar na cultura institucional vigente nos serviços públicos e na falta de um *compromisso social e ético* da maioria dos servidores com a saúde da população (CARVALHO apud GERMANO, 1996). Trabalhar, seguindo os preceitos éticos, exige uma reflexão crítica acerca da realidade social do país, para ser possível entender a repercussão na qualidade da assistência dispensada aos usuários. Muitas vezes, a falta de recursos não justifica a desorganização e o atendimento de má qualidade, e sim o descompromisso por parte dos profissionais e da instituição em assegurar a assistência merecida pelo cidadão, podendo representar uma infração até criminal.

Conforme Oguisso (1985, p. 188), a lei prevê que “todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental constitui uma lesão corporal” e pode ser cometida por ação ou omissão. Ainda, no art. 35 do Código Penal, constitui

crime de maus tratos “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis” (OGUISSO, 1986, p. 189). Diz ainda que, na situação hospitalar, o pessoal de enfermagem pode incorrer nesse crime, não auxiliando, não ministrando as intervenções de cuidados indispensáveis de higiene e tratamentos, não assistindo às necessidades de eliminações, acarretando, com isso, não apenas mal estar e desconforto, mas, por vezes, infecções, sofrimento intenso ou agravamento de sua moléstia.

As possibilidades de inserção do PE extrapolam o apontamento de culpados ou inocentes, porque todos são envolvidos no processo. A busca da qualidade e da organização do sistema dos serviços com o PE é o resultado de uma equação entre os órgãos e profissionais responsáveis em direcionar esforços na preservação dos direitos da pessoa humana. Para tanto, é preciso existir a discussão interdisciplinar, trazendo uma reflexão coletiva e contínua da estruturação de políticas e estratégias que visem à construção de uma nova ordem social, na qual haja valores que respeitem a vida, através do compromisso ético das instituições de saúde, de educação, do profissional e da sociedade. O que precisa emergir significativamente é o compromisso com a vida e a valorização humana.

## 2.2 Qualidade no cuidado de enfermagem

Qualidade é um atributo aplicado a ações e processos, ao ambiente e à vida. Atribuir a faculdade qualitativa a um objeto real ou abstrato requer do avaliador, além do inter-relacionamento dos fatores responsáveis pela titulação – que incluem os sensos

de utilidade, estética e satisfação plena das necessidades – uma percepção de sua essência, insuficiente, se limitada apenas à congruência desses julgamentos. Para Nogueira (1994), qualidade é um atributo de valor e tem como condição necessária à sua existência o julgamento humano, sendo esse subjetivo e dependente da forma de apreensão das propriedades objetivas pelo indivíduo. Cada propriedade de um determinado produto, seja ele palpável ou imaginário, pode corresponder a um juízo, contudo, o veredicto de qualidade provém de aspectos múltiplos, sendo a síntese dos juízos sobre as propriedades dos produtos.

Em relação ao cuidado, a qualidade é o alcance pleno dos objetivos propostos nessa ação, sendo o estabelecimento do equilíbrio, através de um relacionamento efetivo entre o ser cuidador e o ser cuidado. Se a ação de cuidar conseguir atingir realmente a melhora na condição de vida humana, então, pode-se dizer que é de qualidade. Para Waldow (2001), o cuidado humano é aquele que prioriza o eu em relação a si próprio como ser existencial na sua condição de ser relacional, que faz parte de um contexto maior. É um existir pleno de responsabilidade, um compromisso com o estar no mundo e contribuir para o bem estar geral, para a construção da história, do conhecimento, da vida. É um processo de crescimento e amadurecimento que está permeado por valores e princípios. Nesse sentido, envolve além do cuidado de si, o cuidado pelo mundo e sociedade.

Conforme Donabedian (1984), a qualidade na assistência está relacionada às condições estruturais – envolvendo os recursos humanos e materiais e o ambiente, enquanto área física e clima institucional para o trabalho – ao processo assistencial, nesse caso, o PE e os resultados alcançados na perspectiva de satisfação, principalmente do cliente, mas também, do profissional e da instituição. Muitas

instituições públicas brasileiras apresentam grandes dificuldades de implantar um sistema de gerenciamento voltado para a qualidade, constituindo-se em um fator determinante no comprometimento da saúde da população.

Na listagem de justificativas apresentadas por essas instituições, a maioria está direta ou indiretamente relacionada com o financiamento fornecido pelo atual sistema de saúde brasileiro, interferindo na disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros para o desenvolvimento do trabalho. Certamente, muitas dessas afirmações vão ao encontro da realidade atualmente vivenciada dentro desses ambientes, porém a alocação de recursos depende, primordialmente, da seleção de prioridades levantadas pelos administradores institucionais e municipais de cada região.

A discrepância entre as instituições públicas e privadas evidencia um referencial de desigualdade social na sociedade moderna. A escassez da oferta de serviços faz com que os usuários do SUS procurem atendimento, muitas vezes, na única instituição hospitalar com leitos disponíveis na sua região. A ausência de competitividade no setor de saúde pública faz com que a meta de muitos hospitais, implicitamente, seja apenas atender à demanda, cumprindo seu propósito de existência na sociedade, comprometendo-se com as atividades de prestação de serviços quantitativos, ao invés de apresentar resultados qualitativos. Sob esse prisma de análise, concordo com Nogueira (1994, p. 51), ao considerar que

> para as instituições públicas, por exemplo, os objetivos de Qualidade são mal definidos enquanto não forem correlacionados com a missão ou objetivos políticos-institucionais – não basta estabelecer o que fazer com a Qualidade, mas por que fazê-lo no escotopo de uma política que tem que privilegiar objetivos de interesse público (...) num hospital público, a melhoria da Qualidade do atendimento precisa se situar, num plano estratégico, em relação a suas funções hierárquicas dentro da rede e se subordinar à missão político-institucional de promover a eqüidade no conjunto dos serviços oferecidos (...) a força motriz que pode arregimentar os funcionários públicos na direção da

> qualidade resulta do instinto de subsistência diante do esgotamento do modelo de financiamento incondicional pelo Estado.

A padronização das ações realizadas pela instituição pode ser considerada a forma principal de alcançar a qualidade. Ao escolher, antecipadamente, a melhor estratégia para alcançar um determinado objetivo, aumenta-se a probabilidade de sua eficácia, constituindo-se um dos fatores de qualidade. Esse método de gestão também proporciona a otimização da aplicação de recursos, ao permitir a previsão de gastos de acordo com as ações pretendidas, redirecionamento às possíveis mudanças e priorização daquelas que realmente garantem a qualidade da assistência. Com isso, provavelmente, melhora a produtividade dos serviços, ao trazer satisfação para o cliente, assim como para o trabalhador.

No hospital, grande parte dos funcionários compõe o serviço técnico, entre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. A enfermagem é o grupo operador mais direto e responsável pela execução do serviço esperado pelo cliente. Nas unidades de internação clínica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica, a maioria das ações de prestação de serviço é realizada pela equipe de enfermagem, pois as outras categorias profissionais normalmente realizam visitas de avaliação do paciente e o tempo integral é dedicado pela enfermagem, justificando, então, a importância do trabalho da enfermagem ser subsidiado por um método que auxilie no atendimento qualificado.

No atual sistema de saúde brasileiro, a otimização de recursos fundamenta-se como condição necessária para a prestação de serviços. O enfermeiro, ao planejar as ações constituintes do cuidado, pode comprovar a necessidade de prover o setor com recursos humanos e materiais para a sua realização, resultando em um trabalho realmente eficiente. Pode-se afirmar que as atividades desempenhadas pela

enfermagem somente serão consideradas eficazes se houver a escolha correta dos objetivos a serem alcançados com a assistência prestada, trazendo reais benefícios ao consumidor. Todavia, a seleção de objetivos depende, primordialmente, de uma análise sistemática dos problemas apresentados pelos clientes, exigindo o desenvolvimento das etapas do PE, pois, sem a concretização desses passos, torna-se difícil avaliar se a assistência está sendo efetiva.

Na enfermagem, a assistência pode envolver uma relação indireta ou direta com o paciente. *Indiretamente*, ao proporcionar os meios indispensáveis para que outras ações sejam realizadas, provendo o local de atendimento com recursos humanos e materiais, através do planejamento, coordenação da equipe, supervisão e a realização de outras atividades administrativas. *Diretamente*, ao estabelecer um vínculo dialógico com o paciente, conhecendo sua história, suas necessidades e também na realização de procedimentos.

Entretanto, a qualidade do cuidado direto ou indireto fica prejudicada ao ser realizado de forma não organizada, com o planejamento das ações que, efetivamente, atenderão as necessidades específicas dos indivíduos. Nesse contexto, o PE traz uma valiosa contribuição, ao buscar atingir um maior grau de satisfação do cliente, através da execução de ações já programadas.

O PE é um dos métodos de assistência utilizando o planejamento, sendo realizado a partir da SAE. Visa selecionar as melhores estratégias para alcançar o atendimento das necessidades do cliente e solucionar ou amenizar os problemas apresentados, em decorrência das patologias apresentadas. Ao buscar estratégias

mais eficazes e eficientes[3], traduz a responsabilidade em promover um atendimento de qualidade. Além dessas vantagens, contribui, inclusive, para o direcionamento dos recursos de acordo com as intervenções realizadas no serviço, devido ao fato de o enfermeiro possuir conhecimentos administrativos e a incumbência de organizar a unidade provida de recursos humanos e materiais, além de ser o único profissional, juntamente com sua equipe, que assiste o cliente em tempo integral e conhece as suas necessidades, assim como as do ambiente de trabalho.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo publicou um artigo em sua página eletrônica, trazendo a opinião de administradores municipais e hospitalares a respeito da otimização de recursos em saúde, buscando algumas soluções, a fim de promover um atendimento com qualidade, na rede pública de atenção. A alternativa mais referida como uma das formas de solução do problema foi a aplicação do PE. Sua contribuição está na eliminação de desperdícios, na utilização de padrões e protocolos técnicos que possibilitam um aproveitamento mais racional dos recursos, melhorando o aproveitamento de medicamentos, materiais descartáveis e exames de apoio ao diagnóstico, colaborando no planejamento de materiais e equipamentos de cada setor, utilizando também processos organizacionais referentes a estatísticas, relatórios, definição de funções e fluxograma de etapas administrativas, com indicadores para qualificar a assistência (www.corensp.org.br/revista).

[3] Na linguagem da ciência administrativa, existem divergências entre os conceitos de eficiência e eficácia. Eficiência traduz-se na capacidade de produzir resultados esperados de acordo com os recursos, correspondendo coerentemente com a força de trabalho e o tempo dispensado. Um trabalho eficiente utiliza o mínimo de recursos disponíveis, trazendo um rendimento produtivo aos resultados. A eficácia, em contraste, implica na escolha dos objetivos corretos e na capacidade de alcançá-los, ou seja, fazer a coisa certa, pretender realizar uma ação que realmente traga benefícios ao consumidor, sendo por ele considerada útil e satisfatória.

Percebe-se que a visão dos administradores em relação ao PE se resume principalmente ao controle e redução de gastos com material, como apenas uma via de planejamento, deixando de lado os reais benefícios para o cliente, que merece receber um atendimento individualizado e humano. Certamente que o controle de gastos com material nos serviços públicos de saúde brasileiros é uma atitude de respeito aos direitos do cidadão contribuinte, mas outras questões merecem ser destacadas, pois esse pouco entendimento a respeito do assunto leva também os gerenciadores a acreditar que a inviabilização desse método decorre do número cada vez menor de funcionários nas instituições.

Para alcançar a qualidade, é necessário muito mais do que o aumento dos recursos humanos. É o investimento no ser humano prestador e recebedor de cuidado, através da educação permanente, a fim de desenvolver o conhecimento e o senso de cuidado, bem como resgatar a auto-estima dos trabalhadores, a fim de que se sintam úteis, prestigiados, equilibrados como pessoas e como profissionais, para poderem exercer suas funções com qualidade. As relações de cuidado extrapolam as barreiras da prática direta com o cliente, porque também compromete quem o executa e o ambiente que o cerca. Os sentimentos de participação, cooperação, envolvimento e comprometimento precisam ser trabalhados em benefício de uma consciência crítica e responsável na colaboração com o trabalho. Ainda dentro desse contexto, é imprescindível trabalhar a cultura institucional, uma vez que a simples programação linear é ineficiente para o redirecionamento do funcionamento institucional.

Dei Svaldi (2000) considera que, na enfermagem, uma estratégia possível seria a Gestão da Qualidade Total – GQT[4], pois possibilita a inovação do gerenciamento de enfermagem, permitindo a concentração de energias/saberes na especificidade da profissão, visando oferecer melhor assistência aos clientes, melhores condições de trabalho a seus profissionais e garantir a própria sobrevivência da instituição. Na GQT, considerar, respeitar e resgatar a valorização do ser humano são pontos fundamentais, uma vez que tudo emerge da sua ação. Ao ser cogitada a GQT para apoiar no administrar/gerenciar de um serviço de enfermagem, é necessário, antes de tudo, verificar o contexto (cultura institucional), principalmente, quanto às pessoas, como pensam, que expectativas têm, que valores e crenças desenvolvem. Na pesquisa realizada pela autora, nesta mesma instituição onde foi desenvolvido o presente estudo, verificou que a maior freqüência de problemas estava relacionada aos métodos.

Segundo Nogueira (1994), tanto Deming quanto Ishikawa consideram que, para a implantação da qualidade, faz-se necessário contrapor às pressões econômicas do mercado, forjando, acima dele, uma determinação política e estratégica, mesmo quando as circunstâncias econômicas da empresa e do seu entorno pareçam preconizar vias “mais realistas”. Para eles, é evidente a importância dos elementos ideológicos e políticos na implantação da qualidade, pois, na sua experiência, a

[4] O surgimento da GQT está diretamente relacionado com a evolução do capitalismo. Historicamente, o mecanismo de compra e venda foi marcado por dois estágios distintos: pré e pós-capitalismo. Na fase pré-capitalismo, os comerciantes faziam parte da burguesia e a comercialização de produtos era uma atividade que garantia status. Devido ao número reduzido desses profissionais no mercado, os clientes eram sujeitos a procurar e buscar a mercadoria. Com a ascensão do capitalismo, as relações comerciais modificaram-se, aumentou a competitividade e as relações de poder foram invertidas: o cliente passou a ser o foco de atenção. O surgimento da GQT, após a segunda guerra mundial, marcou essa transformação. A teoria da GQT defende, segundo seus autores pioneiros, a qualidade como a satisfação do consumidor (DEMING, 1990) e como a adequação ao uso (JURAN, 1997).

sociedade mostrou-se capaz de motivar-se por valores como o nacionalismo e o humanismo.

Um estudo chamado “Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro”, realizado em 2001 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), revelou aspectos que serão mais valorizados pela sociedade até o final da década em hospitais: os valores sociais sobre a saúde[5], os aspectos econômicos[6] e os recursos humanos[7]. Os administradores podem utilizar essas previsões para programar futuras ações nos serviços de atendimento aos usuários do sistema (www.corensp.org.br/revista). O aumento do nível de exigência pelo consumidor pode resultar numa maior preocupação em atender as suas necessidades, mas o sistema de saúde deve operar fora do método estímulo-resposta, direcionando suas ações a esses aspectos por outros motivos, como a conscientização do real compromisso com a saúde da população.

Diante dessa tendência na direção da qualidade nos serviços de saúde, encontra-se, no manual que Johnston (1999) elaborou para treinamento de funcionários em uma indústria petroquímica brasileira, fatores que envolvem a qualidade em atendimento. Segundo o autor, as dimensões do atendimento envolvem:

1. *confiabilidade* - serviço desempenhado com consistência e precisão;

---

[5] Os três atributos mais valorizados no setor da saúde serão, pela ordem: qualidade técnica, respeito aos direitos do paciente e eqüidade.· As políticas setoriais darão mais ênfase à promoção da saúde e à prevenção de doenças.· A maioria dos especialistas consultados acredita que nos próximos anos serão aprovados dispositivos legais e mecanismos que vão assegurar a autonomia do paciente, direito de acompanhamento, internação e acesso ao próprio prontuário.

[6] Continuidade do crescimento do dispêndio nacional com saúde. O gasto privado deverá crescer em ritmo superior ao gasto público. Há pessimismo quanto à eficácia das estratégias de contenção de gastos. · A maioria acha que no setor público haverá separação entre as funções de financiamento e compra de serviços e as de gerência e provisão.· As transferências financeiras do Governo Federal para Estados serão diretas, regulares e automáticas. · 70% dos pacientes utilizarão serviços gratuitos.

[7] Crescerá o mercado de trabalho para médicos generalistas, tanto no setor público quanto na área privada. · Redução gradual do regime de estatutos no setor público, substituído por formas alternativas de contratação de mão-de-obra, como terceirização e cooperativas. Exigência de titulação específica

2. *presteza* - rapidez e espontaneidade dos funcionários da empresa de serviço na solução de problemas dos consumidores;
3. *competência* - funcionários possuem habilidades e conhecimentos para a execução do serviço;
4. *acesso* - facilidade de contatação e uso dos serviços;
5. *cortesia* - funcionários corteses e respeitosos para com os consumidores;
6. *comunicação* - serviço descrito acuradamente na linguagem do consumidor;
7. *credibilidade* - empresa preza os interesses do consumidor, sendo digno de sua confiança;
8. *segurança* - serviço não oferece perigo, risco ou dúvida;
9. *compreensão*/*conhecimento* - esforço para a compreensão das necessidades do consumidor pelos funcionários;
10. *tangibilidade* - evidências físicas do serviço que projetam a sua qualidade.

O processo de trabalho em enfermagem pode atender a esses fatores citados por Johnston (1999), sendo o cuidado holístico e singular ao indivíduo, considerando a sua própria dinâmica de adoecer e recuperar-se, numa abordagem sócio-histórica e relacional. Entretanto, uma pequena parcela de suas ações fundamenta-se na realização de procedimentos que seguem uma determinada rotina em sua estrutura básica, pois grande parte de todo trabalho realizado em qualquer instituição consiste em tarefas repetitivas.

---

para o exercício de funções de direção nos estabelecimentos públicos de saúde, principalmente nos de maior porte. *Fonte - IPEA/OPAS , 2001.*

O cumprimento de procedimentos operacionais padrão, ao contrário de suprimir a criatividade do executor, serve como estrutura para dar suporte às melhorias, pois um bom padrão é aquele que sofre melhorias constantes, a partir da experiência daqueles que o utilizam, sendo necessário:

> um sistema gerencial que parte do reconhecimento das necessidades das pessoas e estabelece padrões para a satistação das necessidades. Em seguida, busca manter os padrões, assegurando assim que estas necessidades serão sempre satisfeitas, e melhorar continuamente os padrões, para garantir que as pessoas continuarão precisando e desejando o produto ou serviço prestado (NOGUEIRA, 1999, p. 12). A padronização é o instrumento que garante a manutenção da qualidade. A grande importância da **padronização** é fazer com que a realização do trabalho rotineiro, repetitivo, seja uniforme, de acordo com passos previamente estabelecidos, para que se possam obter produtos finais uniformes e resultados previsíveis (NOGUEIRA, 1999, p. 58).

Sabe-se que em saúde é impossível obter produtos finais uniformes, pois cada objeto de trabalho é infinitamente diferente um do outro. O que se espera com a padronização é que os resultados operacionais do serviço atendam igualmente a todos e, a partir das divergências, o processo possa ser avaliado e reformulado constantemente. Certamente que, por exemplo, se aplicarmos um procedimento padrão, durante a realização de um curativo, os resultados e os sentimentos variarão entre os pacientes, mas só assim será possível fazer comparações com o resultado biológico esperado e constatar os desvios.

A tentativa de manter os mesmos padrões de atendimento resulta automaticamente na construção do sentimento de confiabilidade pelo cliente, uma vez que passa a crer na prestação do serviço prometido, com segurança. Entende-se que um atendimento que transmita instabilidade gera insegurança, devido à ausência de ordem e linearidade no ambiente. Procedimentos realizados de forma aleatória pelos funcionários podem gerar sentimentos de incerteza, desconfiança. Muitas vezes, o

cliente já traz idealizado consigo, a partir de suas observações e histórias pregressas, um modelo de atendimento que atenda as suas necessidades.

A satisfação do cliente provém do encontro entre suas expectativas e suas percepções acerca do atendimento recebido. As expectativas são as crenças sobre o produto que servem como pontos referenciais. A percepção é o processo em que as pessoas selecionam, organizam as fases que antecedem e sucedem o atendimento e interpretam informações para formar uma dada imagem. A qualidade é atingida ao serem equiparados ambos julgamentos ou, ainda, quando as percepções superam as expectativas (JOHNSTON,1999).

Assim o PE pode contribuir na oferta de um atendimento confiável, preciso, seguro e embasado em conhecimentos técnicos e científicos regularmente atualizados, atingindo pontos fundamentais, como os já citados, para ser alcançada a qualidade. As relações afetivas, embora não descritas explicitamente no PE, devem permear todas as ações que envolvem o contato com o cliente.

Em concordância, Cianciarullo (1998, p. 77) considera que “qualidade em enfermagem caracteriza-se por um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional, com conhecimento, habilidade, humanidade e competência, objetivando o atendimento das necessidades e expectativas de cada paciente”. Entende-se que para a enfermagem, um atendimento de qualidade prestado pela equipe envolve muito mais do que recursos adequados, precisão, conhecimento técnico e afetividade. É importar-se com o outro, interessar-se, investir nas capacidades do indivíduo cuidador e do indivíduo cuidado, estabelecer uma relação de respeito e confiança mútua.

## 2.3 A integralidade no Processo de Enfermagem

Pretendo discutir acerca de alguns conceitos sobre saúde-doença, visando seu entendimento para posteriormente explicar como o PE se insere na rede de atenção à saúde. Partindo da premissa que o processo saúde-doença é complexo e que o sistema de atenção à saúde no Brasil, vigente desde 1988, está organizado em sistemas hierárquicos diferentes para atender a essa complexidade, tornou-se fundamental discutir como a teoria do PE pode acompanhar e adaptar-se às modificações ocorridas.

O PE, entendido como se constituindo parte do processo de trabalho da enfermagem, desempenha funções interventivas no processo saúde-doença. É uma forma de padronizar procedimentos necessários à ação de cuidar e envolve múltiplas relações, por exigir um conhecimento maior da forma como se desenvolve o fenômeno do adoecimento na vida do indivíduo.

O processo saúde-doença é o acontecimento dinâmico da vida dos seres vivos que inclui, em seu aparato histórico, uma gama de fatores e causas relacionadas a uma teia complexa. A passagem de um estado ao outro é composto por propriedades diversas que se fundem aparentemente, mas, na verdade, a distância que as separam é extremamente sutil. Essa percepção é mostrada por Canguilhem (1982), ao dizer que há um limite impreciso entre o normal e o patológico, mas preciso para um único indivíduo, pois a norma é flexível, de acordo com as condições individuais. Embora o limiar traçado entre a saúde e a doença não seja nítido, ao se considerar uma amostra grande de sujeitos, é explícita no ser único.

Se o normal é um julgamento de valor do indivíduo e do seu meio social, ultrapassa aqueles dados estatísticos que estabelecem uma norma definida em laboratórios. Para Canguilhem (1982), a vida apresenta polaridade dinâmica, ou seja, trocas constantes com o meio, acompanhadas de adaptação que denomina normatividade, pois, ser saudável é ser normativo e ter a capacidade de resistir à inconstância e à dinâmica do meio. Segundo ele, a doença é uma norma rígida de vida, a qual o indivíduo condiciona-se a viver, necessitando para seu entendimento, uma compreensão holística. Na sua visão de saúde-doença, considera o doente como um todo, sem supervalorizar a célula ou o órgão, mas o ser humano em seu universo complexo de estar acometido de uma patologia, sofrendo inclusive, as influências do meio.

Para Mendes Gonçalves (1994), a normatividade que define o normal e o patológico varia ao longo da história, do tempo. As doenças adquirem mudanças de caráter cultural, dentre as quais varia a forma de viver a doença nas grandes épocas históricas. Frente a essa variação, a organização do trabalho em saúde está sujeita a adaptar-se a essas normas coletivas e, com essa propriedade, ter melhores subsídios para articular-se no contexto.

Segundo Pereira (1995), existem diversos modelos para representar os fatores etiológicos das doenças. A abordagem sistêmica em saúde trata esse processo como constituído de causas ligadas a diferentes sistemas de organização, onde quanto mais no centro estiver localizada a busca de determinantes, maior a redução da explicação do evento a aspectos biológicos e quanto mais distante do centro, gradativamente, são incorporados aspectos sociais, utilizando-se uma visão holística.

A visão holística em saúde é a pretensão do modelo brasileiro de atenção à saúde, uma vez que visa atuar nos fatores determinantes encontrados além do limite orgânico do corpo humano, abrangendo as ações curativas e preventivas no indivíduo e coletividade. A ação holística e unificada abrange o indivíduo nas suas dimensões psicológicas, biológicas, sociais e inter-relacionais com o meio e si próprio, de forma integral, no que se refere ao atendimento das carências de saúde.

Dessa forma, opõe-se à concepção mecanicista, fragmentária e reducionista originárias nos séculos XVI e XVII, quando ocorreu a Revolução Cientifica. Assim, na tentativa de suprir grande parte dessas necessidades, a organização do trabalho transforma-se em aspecto crucial para a cobertura dos diferentes níveis, sendo o planejamento o meio em que ocorre a distribuição ordenada das ações nas diferentes dimensões do cuidado.

O modelo de atenção vigente do SUS preconiza que determinadas causas/efeitos devem ser tratadas no nível de atenção, de acordo com a competência do serviço, exigindo para tanto, sua organização, objetivando a assistência integral, devido aos múltiplos fatores que circundam o processo saúde-doença. Pereira (1995) descreve os fatores inerentes ao homem - herança genética, anatomia e fisiologia do organismo humano e estilo de vida – e ao meio ambiente físico, biológico e social, interagindo mutuamente. Mostra, ainda, que múltiplos fatores podem estar operando e interagindo para a produção de uma rede de causas associadas a variados efeitos, representando as situações complexas envolvidas no processo. Paralelamente a essa rede de causas, está a rede de atenção à saúde, atuando na intervenção.

Segundo Mattos (2002, p.57), “a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na

organização anteriormente dada". A tentativa de suprir todas as necessidades apresentadas pelo paciente em seu período de hospitalização, foco central do PE nesse estudo, com efetiva resolutividade, parece inadequada, pois existe a "integralidade focalizada", uma preocupação de cada profissional e da equipe de cada serviço, pois "a integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é o objetivo da rede" (CECÍLIO, 2002, p. 116).

De acordo com o artigo 8º, do capítulo III, da lei federal número 8.080, de 19 de setembro de 1990: "As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente" (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 26). O SUS propõe uma mudança no modo de organizar as ações e serviços de saúde e o princípio da integralidade requer essa organização, a fim de atender as necessidades populacionais, partindo desse princípio. Complementarmente ao que regulamenta essa lei, Barros (2002, p. 34) apresenta que:

> isso não quer dizer que todas as unidades devem oferecer todos os tipos de ações, mas sim que cada uma delas deve estar comprometida com esse objetivo e integrada a uma rede de serviços que assegure o acesso, através de um sistema de referência eficiente, que permita a cada unidade encaminhar sua clientela a outros estabelecimentos para os atendimentos que precisar.

Para esse princípio ser concretizado, existe o nível primário, secundário e terciário de atenção. Segundo essa divisão, os serviços devem ser organizados em nível de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada, com definição da população a ser atendida, o que implica a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de

assistência, bem como o acesso a todo o tipo de tecnologia disponível (DENEM, 1999)[8].

Castiel (1994, p. 194) considera o adoecimento humano como “um sistema complexo, múltiplo, que envolve diferentes níveis de organização e hierarquias, sendo fundamental a abordagem singular do indivíduo”. A divisão sistemática das ações nesses diferentes níveis hierárquicos precisa de uma definição sólida, determinando a abrangência de cada nível de atenção, ao reconhecer o indivíduo singularmente.

No nível de atenção classificada pelo SUS como terciária, enfoque desse estudo por ocorrer em uma UTI, encontram-se os serviços de alta complexidade e resolutividade dos problemas de saúde: são as ações executadas no âmbito hospitalar. Essas também precisam ser dinamizadas de forma planejada e sistemática, visando assegurar a assistência através da execução de ações padronizadas. Com esse intuito, o PE, em meio a esse emaranhado de fatores e causas na passagem da doença para a saúde, pode intervir com medidas terapêuticas direcionadas para a evolução da patologia a reincidências ou a complicações, através da instituição de ações adequadamente planejadas que visem atingir esse objetivo.

O processo terapêutico se realiza através da execução de procedimentos administrativos, informacionais e daqueles que manipulam os corpos dos indivíduos. É onde os agentes encontram-se diante de um trabalho composto de maior número de atividades, portanto mais complexo, além de exigir melhor qualidade durante todo o seu desenvolvimento (LEOPARDI,1999). Devido à variedade de ações de saúde que

[8] O fato de a rede de serviços estar organizada de forma hierarquizada e regionalizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar (DENEM, 1999).

compõem o trabalho na instituição hospitalar, principalmente as atividades desempenhadas pela equipe de trabalho da enfermagem, surge a real contribuição fornecida pelo PE, ao garantir, pelo menos em parte, a concretização das etapas envolvidas no processo assistencial e terapêutico, organizando essa variedade de ações.

Considero o PE como um elemento da rede complexa de determinação da saúde-doença, pois, embora possuidor de propriedades singulares, encontra-se inter-relacionado com toda a trama dimensional da rede de relações envolvidas. Essa rede complexa possui diferentes níveis organizacionais de atenção e variados campos específicos de atuação profissional, onde em cada um detém-se o conhecimento e habilidades para a intervenção. No hospital, o PE tem a função de auxiliar a resolver os problemas de saúde, em sua maioria decorrentes do desequilíbrio biológico, que não foram resolvidos em outro nível de atenção.

O PE pode ser considerado como um instrumento metodológico que usa o método científico, inserido na dinâmica do processo de trabalho em enfermagem. O trabalho da enfermagem abrange atividades assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa, nos diferentes níveis de atenção à saúde, requisitando em todas elas o uso do planejamento como um método incluído da totalidade das ações terapêuticas de cura.

A palavra método deriva do grego e significa caminho para chegar a um fim. Nas ciências, métodos são os instrumentos básicos que ordenam os pensamentos em sistemas, traçando um modo de proceder ao longo de uma investigação para alcançar um objetivo predeterminado. Método científico é um meio que conduz à formação de um corpo de conhecimento, através da elaboração organizada e formal de uma

determinada questão, com verificação e análise dos resultados do fenômeno observado, frente aos objetivos da investigação científica. Portanto, pode-se dizer que, para a enfermagem, método científico é um instrumento básico para o desenvolvimento da profissão como ciência, cuja essência é cuidar. O método se concretiza nas diversas etapas ou passos executados na busca da solução para um problema. O conjunto dessas etapas é denominado de processo (CIANCIARULLO, 1996).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde pode ser definido como aquele processo que:

> tem como finalidade a ação terapêutica de saúde, como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças, como instrumental de trabalho os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que *é saber* de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999, p. 32).

Assim, dentro do processo de trabalho da enfermagem, pode-se definir PE como um instrumento metodológico, por utilizar o saber materializado em método científico para a solução de problemas. A busca de instrumentos adequados para a realização do trabalho na saúde inicia pela apreensão e compreensão da necessidade apresentada, de modo que o processo de trabalho originado daí seja determinado para a realização daquilo que possa satisfazer tal necessidade.

Segundo Mendes Gonçalves (1994), ao identificar as características do indivíduo e com isso permitir a visualização do produto final, realiza-se a “apreensão”, que opera com um saber e, assim, devem ser compreendidos os instrumentos do trabalho como um momento da operação do saber, só em seu contexto compreensíveis e operantes. A operação do saber da enfermagem concretiza-se na realização do PE e vale-se desse

instrumento para atingir o objetivo de intervir nesse complexo processo que envolve múltiplas relações.

O método científico operacionalizado pela equipe de enfermagem hospitalar, pode atuar diretamente nas causas geradas pelo desequilíbrio biológico, usando o PE e atuar nos níveis psico-sócio-culturais e espirituais através de condutas assumidas pelos profissionais, independentemente de haver o PE. Integra ao seu fazer, com características peculiares de promoção da saúde, todo o contexto do indivíduo enfermo, não ocorrendo isoladamente, mas limitado ao nível de atenção decorrente da organização do SUS. Essa ação terapêutica em saúde, organizada através do PE, é considerada um elemento, por fazer parte de um sistema maior de atenção à saúde.

Dessa forma, assume essas características e pretende atingir os mesmos objetivos do SUS. Cada ação realizada no nível hospitalar possui essas propriedades e até o mais ínfimo gesto de observação, contido na prescrição de enfermagem, está carregado de conotações exaustivas do processo de adoecer humano. Essa propriedade é definida por Morin (1997) como hologramática, na qual um ponto contém praticamente toda a informação do objeto, quer dizer que a parte está dentro do todo e o todo está no interior das partes.

Além disso, o profissional precisa estar preparado para atuar num sistema de saúde de acordo com sua realidade, proveniente de recursos escassos, num país em vias de desenvolvimento, onde a promoção da saúde envolve diversos setores e não pode ser centralizada em um único local. O trabalho da enfermagem idealizado por suas teoristas – Lydia Hall, Dorothy Johnson, Ida Orlando, Ernestine Wiedenbach, Roy e Horta – na rede pública hospitalar demandaria um número maior de funcionários para sanar a indisponibilidade de tempo, em um atendimento especializado, com a finalidade

de solucionar problemas não emergenciais. Devido à escassez de recursos disponíveis, tornar-se-ia extremamente dispendioso para a instituição e, também, para o sistema como um todo, desenvolver atividades que extrapolam a realidade do sistema ao qual está inserido, pois esse se mantém com recursos provenientes de verbas tributárias populares.

Quanto ao financiamento do SUS, a maior parte provém de contribuições sociais de empregadores e empregados, recursos do Fundo de Mobilização Social e, mais recentemente, de recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) arrecadados pela União. O total de recursos para a assistência à saúde é transferido pela União a municípios e estados, limitados pelo teto financeiro calculado, considerando-se a população, a extensão e complexidade da rede de serviços (RADIS, 2001).

Além do melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e organização da assistência em diferentes níveis de atenção, ao analisar os demais fatores que determinam a limitação das intervenções da equipe de enfermagem, constata-se também que a permanência cada vez mais reduzida do paciente na instituição hospitalar pode justificar a priorização de intervenções direcionadas apenas à solução dos problemas patológicos. Lunardi Filho (1997) refere que, principalmente em decorrência da carência de recursos para o setor saúde, há a necessidade de serem buscadas e desenvolvidas estratégias, com vistas à diminuição do tempo de incapacitação ou permanência de pacientes hospitalizados. Segundo o autor, a diminuição do tempo de hospitalização é uma estratégia que objetiva enfraquecer a possibilidade da incidência de infecção hospitalar, o retorno precoce do paciente às

suas atividades normais e redução dos gastos com a hotelaria, otimizando a aplicação dos recursos destinados às despesas na permanência diária do paciente.

A organização do sistema de saúde compromete sua funcionalidade, quando a limitação de cada nível de atenção não é esclarecida. Pode-se constatar tal assertiva ao observar inclusive os questionamentos existentes no histórico de enfermagem que, freqüentemente, abordam situações próprias de resolução na atenção primária, numa tentativa de sanar grande parte das necessidades do sistema de saúde, abrangendo intervenções que fogem do seu domínio. É o que acontece, por exemplo, durante a investigação aprofundada no histórico de enfermagem sobre os antecedentes da patologia, das condições de saneamento e moradia, da renda familiar e execução de exames preventivos periódicos.

No nível básico de atenção, a etapa de coleta do histórico do paciente envolve esses aspectos e, para Laurel (1983), ao analisar o paciente, significa que sua história social assume importância, porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que prejudique sua saúde. A partir dessas informações, é que serão desenvolvidas estratégias de ação, visando à prevenção de futuros agravos à saúde do paciente e/ou comunidade.

Essas associações simbióticas de atenção ao individual e ao coletivo, no mesmo processo, podem resultar em efeito inverso, sendo prejudiciais à eficácia das ações de uma e de outra. A dificuldade de distinção pode ser superada, através da adequação aos critérios de organização dos serviços de saúde propostos pelas diretrizes do SUS. Nesse contexto, o PE precisa ser direcionado à solução dos problemas biológicos do indivíduo hospitalizado, sendo, para isso, primordial a reformulação temática dos seus conteúdos, analisando a real finalidade a que se destina. Além disso, é fundamental o

seu entendimento como um elemento da teia complexa formada pelo processo saúde-doença, ao atuar nos fatores de prevenção secundária e terciária, estando ligado aos demais elementos da cobertura à saúde da população.

É comum visualizar-se trabalhos acadêmicos trazendo relatos de experiências sobre o ensino para o cuidado após a alta, abrangendo ações tardias à hospitalização dentro dos serviços de atenção terciária. Deveria o paciente atender as necessidades de educação para a saúde, reabilitação e prevenção de doenças nesse nível hospitalar? Em uma cidade que não possui boa cobertura pré-natal, seria viável dispensar os serviços da enfermeira ou das acadêmicas de enfermagem para realizar palestras envolvendo o cuidado com o recém nascido, na unidade de internação, para uma mãe que não foi preparada para tal? Esses são apenas alguns questionamentos acerca da postura, muitas vezes assumida pela enfermagem, numa tentativa de ajudar o paciente, conforme referido por Pelzer e Arejano (2000, p. 139), quando justificam o motivo de trabalhar educação em saúde na unidade hospitalar: “este interesse surgiu pelo fato das políticas públicas não fornecerem acesso universal e igualitário”.

Frente a esse problema, parece que a instituição hospitalar, desde seu aparecimento, no final do século XVIII, ainda apresenta dificuldades quanto à organização dos serviços, pois, nessa época, a sua principal finalidade era afastar da sociedade a visibilidade das deficiências do sistema político e econômico representado na ausência de solução aos problemas sociais. Urge analisar, nesse aspecto, se as ações de enfermagem realizadas nos âmbitos hospitalares deveriam atender a esse tipo de problema, pois parecem ser uma tentativa de tomar para si as atribuições exclusas dos demais níveis organizacionais.

As mudanças no cenário de saúde apelam para um referencial mais prático e humanista, sendo lamentável poucos autores terem se preocupado em analisar de forma mais profunda e honesta o PE, além de Barnum, Henderson e Peterson que relacionam e contrastam esse processo com filosofias e modelos que lhe são auferidos como dando suporte e embasamento. Da mesma forma, o fazem com o contexto, com a realidade de saúde, com os comportamentos das pessoas envolvidas, suas crenças e valores (WALDOW, 2001).

Fagundes (2001, p. 30) defende também que, “ao organizar o sistema de saúde e o processo de trabalho nos serviços, é preciso incluir ações em todos os âmbitos, tarefa complexa e viável apenas na rede em seu conjunto”. Frente a essas afirmações, evidencia-se a impossibilidade de o PE, sendo ele um elemento dessa rede complexa de atenção à saúde – que envolve a multifatorialidade e multicausalidade - ir além das ações terapêuticas biológicas, cumprindo toda a integralidade proposta pelo sistema. Quanto às críticas ao PE, Waldow (2001, p. 284) refere que:

> apontam o processo de enfermagem como uma metodologia mecanicista e objetiva que fragmenta, rotula e despersonaliza o cuidado ao cliente. [Apesar] da pretensa característica holística (se é que é possível dentro do modelo biomédico regido pelo paradigma positivista).

O direcionamento do PE hospitalar para a solução de problemas biológicos não pretende reduzir o indivíduo à concepção cartesiana e reducionista. Esse método traduz a padronização de procedimentos e divisão do trabalho na equipe de enfermagem, tendendo a garantir a execução das atividades complementares ao processo de cura. As demais relações envolvendo o cuidado - como a escuta, compreensão do paciente como indivíduo holístico, psicológico/social e humanização do atendimento - excedem o limite de atuação do PE. A amplitude e subjetividade do

cuidado, impossibilitam sua sistematização dentro do PE. A forma de abordagem do paciente envolve questões pessoais na conduta profissional de cada enfermeiro, na presença ou ausência de uma assistência sistematizada.

Com todas essas justificativas, a reflexão feita pretendeu colocar em evidência a contribuição do PE no processo saúde-doença, mostrando que o desenvolvimento das ações terapêuticas em saúde, de maneira sistematizada, organizada, garante o atendimento individualizado, integral e singular, inter-relacionado a uma rede de fatores complexa. Ao adequar o PE na realidade prática do profissional, dentro do sistema de atenção à saúde vigente no Brasil, destaca-se a sua verdadeira função, quando imerso na rede assistencial, ao respeitar o sujeito emocional, espiritual e social, sem supervalorizar o aspecto biológico, mas direcionando a atenção à solução dos problemas emergentes na situação hospitalar.

## 3. PILARES CONCEITUAIS DO ESTUDO

Entre os conceitos e pressupostos que fundamentam esse trabalho, os mais significativos, na concepção de George (1993), estudiosa das teorias de enfermagem, que influenciam e determinam a prática na enfermagem incluem: o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Para complementar, foram incluídos os conceitos de cuidado e de protocolos para desvelar as expressões utilizadas no transcorrer do texto. Os conceitos estão presentes em todos os momentos desse estudo, pois o processo de enfermagem se direciona ao **cuidado** do **ser humano**, recebe as influências do **ambiente**, visa à promoção da **saúde** e é exercido pela **enfermagem**, através do auxílio de **protocolos de enfermagem**.

A construção dos pilares foi iniciada após uma reflexão sobre a vida, o mundo, o universo e a contribuição desse trabalho no contexto mundial. Percebi, com essas reflexões e com o auxílio das disciplinas teóricas cursadas no mestrado, o desenvolvimento de uma percepção cósmica, evolucionista (os acontecimentos são em busca do equilíbrio) e holística. Defini mundo como um complexo de situações e relações que se estabelecem em um espaço e universo como todas as relações possíveis no tempo e espaço.

Além do referencial teórico do processo de enfermagem ser fundamentado na teoria de Wanda Horta, trago no marco conceitual também suas definições de ser humano e enfermagem. Entretanto, os outros conceitos exigiram a busca de autores

que permitiram a complementação conceitual, sendo selecionados, a meu ver, os melhores representantes para as definições. Para definir saúde, escolhi Georges Canguilhem, para ambiente, Enrique Leff, para cuidado, a teorista de enfermagem Madeleine Leininger, e para protocolos, Paulina Kurcgant. A seguir, exponho inicialmente meus pressupostos e posteriormente a explanação dos referidos autores.

## 3.1 SER HUMANO

O ser humano é uma espécie animal, dotada de raciocínio, em fase de evolução na busca do equilíbrio com o universo, que se dá através da relação com seu ambiente interno e externo. O ser humano é parte integrante do universo e está sujeito a estados de desequilíbrio no tempo e no espaço, devido à constante interação em dar e receber energia.

Os desequilíbrios desencadeiam estados de tensão conscientes ou inconscientes que levam o ser humano a buscar a satisfação das suas necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, sendo também a causa do desequilíbrio em seu próprio dinamismo. O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e poder unir passado, presente e futuro. Estas características permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade (HORTA, 1979).

## 3.2 ENFERMAGEM

A enfermagem é uma ciência que subsidia o ser humano na busca pelo equilíbrio, utilizando meios técnicos, científicos e holísticos, que lhe proporcionem a capacidade de desenvolver as habilidades necessárias para aproximar-se do equilíbrio. A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio, pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, procurando sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isso, o auxílio profissional e todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado ao ser humano, isto é, como atendê-lo em suas necessidades básicas (HORTA, 1979).

## 3.3 CUIDADO

É a ação que exige relação e troca de energia e subjetividades entre o ser cuidador e o ser cuidado, com a finalidade de proporcionar condições necessárias ao equilíbrio, constituindo-se como fator determinante para a sobrevivência de algumas espécies, inclusive a humana[9]. O cuidado é a ação de benefício mútuo estabelecida na

[9] Manifestam-se diferentes formas de cuidar entre os seres vivos, porém em todas prevalece a finalidade de auxiliar o indivíduo a alcançar o equilíbrio do meio ambiente interno com o externo. Na inexistência do fluxo de energia e da necessidade de equilíbrio, quando da morte do ser humano, o cuidado tem o propósito de preservar os valores e a cultura não somente do indivíduo, mas também de sua coletividade, ultrapassando além do cuidado físico, do corpo biológico, para a relação interpessoal que transcende os limites do tempo. O cuidado também assume outras formas, quando dispensado a elementos do meio

relação entre seres vivos e não vivos, seres vivos de mesma espécie e de diferentes espécies. O cuidado, segundo Leininger apud George (1993, p.288 ), “são os fenômenos relacionados com o comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou por outro indivíduo (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana”.

## 3.4 SAÚDE

É um estado pleno de equilíbrio físico, mental, social e espiritual, em que a distância que separa o equilíbrio do desequilíbrio é extremamente sutil, quase que fundidos aparentemente. O processo saúde-doença é o acontecimento dinâmico da vida dos seres vivos que inclui, em seu aparato histórico, uma gama de fatores e causas relacionadas a uma teia complexa, pois, se o normal é um julgamento de valor do indivíduo e do seu meio social, ultrapassa aqueles dados estatísticos que estabelecem uma norma definida em laboratórios. A vida apresenta polaridade dinâmica, ou seja, trocas constantes com o meio, acompanhadas de adaptação que se denomina normatividade, pois, ser saudável é ser normativo e ter a capacidade de resistir à inconstância e à dinâmica do meio. A doença é uma norma rígida de vida a qual o indivíduo condiciona-se a viver (CANGUILHEM, 1982).

---

ambiente físico, pretende manter a sua conservação, estética e utilidade (ao cuidar de um afluente, por exemplo, zela-se pela sua conservação e beleza, tornando-o mais útil aos demais seres).

## 3.5 AMBIENTE

São as relações internas e externas ao ser humano, sejam físicas, mentais, sociais ou espirituais. Leff (2001, p. 147) conceitua ambiente como “um objeto complexo, integrado por processos de ordem natural, técnica e social, cujas causas e objetivos não podem ser absorvidos num modelo global, por complexo, aberto e holístico que pretenda ser”.

Sendo o foco principal desse estudo a organização do trabalho da enfermagem, o ambiente relacional em que ele se desenvolve constitui-se um importante fator determinante das ações possíveis de serem realizadas nesse espaço. A organização do trabalho no ambiente de uma UTI possui peculiaridades próprias, uma vez que se trata de uma especialidade em que serão prestados cuidados que exigem o emprego de uma grande força de trabalho. O ambiente específico de UTI é composto por uma linguagem própria, pelo isolamento físico com o ambiente externo, pelo uso excessivo da tecnologia na forma de aparelhagem e ainda pelo constante sentimento estressante de morte iminente.

A organização do trabalho, com o uso da prescrição de enfermagem computadorizada, precisa ser adequada ao ambiente, trazendo reais benefícios que contemplem o suprimento das carências percebidas no cotidiano das múltiplas ações realizadas. A UTI está inserida em um ambiente institucional, exercendo e recebendo dinamicamente influências contínuas, por meio de sua construção cultural, expressa através da forma de administração concebida. O entendimento desses ambientes facilita conhecer as possibilidades de dinamização da SAE no trabalho da enfermagem.

## 3.6 PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O protocolo de intervenções de enfermagem é um conjunto de ações possíveis de serem realizadas em um determinado problema de saúde apresentado pelo paciente, em que a seleção dessas intervenções gera a prescrição de enfermagem. Os protocolos de cuidados são uma alternativa para sistematizar e padronizar a prática, enquanto reúnem conhecimento atual e a pesquisa. Têm como finalidade auxiliar os enfermeiros nas tomadas de decisão, com segurança sobre o cuidado que deve ser prestado ao paciente, pois integra a evidência prática e a pesquisa. Os protocolos são constituídos pelas condutas de avaliação dos pacientes, pelos cuidados com a medicação e pelos procedimentos específicos de cada patologia. É uma importante ferramenta na avaliação da assistência e para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões com embasamento científico, além de dar o suporte para a elaboração da prescrição de enfermagem informatizada.

As normas e rotinas têm procedência no método burocrático de administrar, inerente a muitas instituições de saúde. Mesmo após a emergência dos métodos contemporâneos de administração, os manuais contendo o regulamento, regimento e as normas da instituição, são largamente utilizados. O uso de protocolos padrão de procedimentos e de ações normatizadas atualmente são um critério fundamental a ser cumprido pelas organizações que desejem receber as certificações nacionais de qualidade.

Segundo Kurcgant (1991), o manual do serviço de enfermagem poderá conter, entre outros elementos, o regulamento do hospital, o regimento do serviço de enfermagem, a filosofia do serviço de enfermagem, a descrição das funções que cada

elemento da equipe deve realizar, as normas, as rotinas, os procedimentos (descrição da realização) e a descrição de cuidados de enfermagem, de acordo com os diagnósticos, ou seja, os protocolos. Para a construção de normas e rotinas, é importante que a instituição também deseje operar de forma mais regrada e obtenha anteriormente a esse processo um regulamento geral do hospital para, posteriormente, serem criados os manuais dos serviços.

Partindo desses esclarecimentos, concluo que o protocolo e a rotina são formados por normas e ambos constituem a sistematização da assistência de enfermagem. A diferença é que a rotina é uma norma a ser repetida freqüentemente na unidade, independentemente do paciente e o protocolo é a descrição das intervenções de enfermagem, realizadas com embasamento científico, para a solução dos problemas de enfermagem em determinadas patologias.

## 4. O PROCESSO DE ENFERMAGEM DE WANDA HORTA

A fase principal constituinte da SAE é o cuidado prestado a partir do PE, que pode ser considerado o fim de um ciclo composto por diversas ações já planejadas e estruturadas previamente. A maior dificuldade existente nesse método é a adaptação do que existe nas teorias de enfermagem com a realidade das instituições de saúde brasileiras.

Escolhi, então, como modelo a ser utilizado para a implantação da PEI, a teoria do processo de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, por ser flexível e fundamentado na solução de problemas, permitindo a construção do processo de enfermagem simplificado. A autora teve participação efetiva quanto ao ensino do Processo de Enfermagem no Brasil, nas escolas de graduação e também em cursos de pós-graduação, na década de 70. Em 1972, na Escola Ana Néri, participou da construção do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem do Brasil.

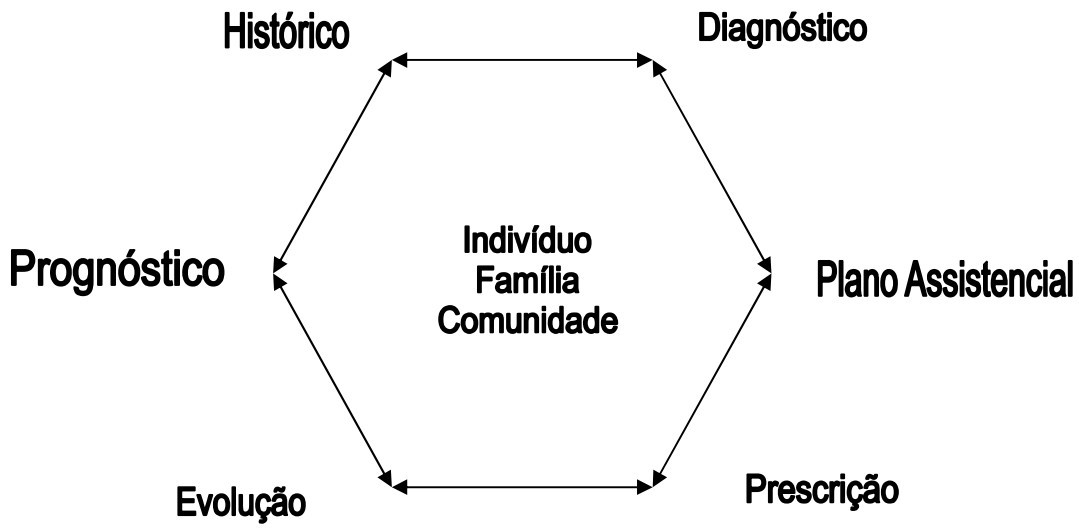
Dell'Acqua e Miyadahira (2002) descreveram como é oferecido o ensino do PE nas Escolas de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo, trazendo que o referencial teórico mais citado e utilizado como suporte é o de Wanda Horta, sendo o modelo teórico mais conhecido no Brasil. Por esse motivo e após analisar as propostas de outras teoristas – Lydia Hall, Dorothy Johnson, Ida Orlando, Ernestine Wiedenbach, Roy – nas quais o PE era constituído por três, quatro e cinco fases, optei pelo proposto por Horta. Esse referencial seria o melhor caminho, pois correspondia às expectativas

de aplicar o PE na prática, além de com isso também valorizar os conhecimentos produzidos nas instituições de ensino do Brasil, evitando importar idéias estrangeiras. Acrescentando, trago a seguinte assertiva de Horta (1979, p. 62):

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

O conceito proposto por Horta (1979) defende que PE é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos, que são: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Cuidados, Evolução e Prognóstico (Fig. 2).

Fig. 2 – Modelo do Processo de Enfermagem de Wanda Horta (1979, p. 35)



Nesse aspecto, é visível a flexibilidade existente nessa dinâmica, sendo aceitável que as fases se fundam e se complementem. Por acontecerem de forma sistemática, podem seguir uma ordem aleatória dos seus passos, dependendo das necessidades existentes no serviço e/ou expressa pelos pacientes.

### 4.1. Histórico de Enfermagem

Para Horta (1979, p. 42), o PE inicia com o Histórico de Enfermagem, que se constitui em um roteiro sistematizado para o levantamento de dados. Deve ser feito na admissão, isto é, no primeiro contato com o cliente, o que pode ocorrer no quarto, na sala de admissão clínica, no ambulatório, no domicílio. Precisa possuir as seguintes características:

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

A coleta de dados, durante a hospitalização, ao ser concisa e objetiva, evita o desgaste emocional do paciente e dispêndio do tempo do enfermeiro em questionar assuntos que não direcionarão para a solução dos problemas através das intervenções de enfermagem específicas do nível hospitalar. As informações servirão de suporte para intervir a curto prazo, sendo desnecessário abordar questões de interesse pós-hospitalar, quando o paciente já está sob a assistência de outro nível de atenção à

saúde, ou seja, a rede básica. O histórico de enfermagem deve contemplar os seguintes itens: os dados de identificação; a percepção e as expectativas (experiências prévias, sentimentos, problemas, preocupações, o que sabe sobre a doença, o que espera da equipe de saúde); o atendimento das necessidades básicas (alimentação, hidratação, eliminação, sono e repouso, cuidado corporal, recreação, espirituais); exame físico; problemas ou padrões de comunicação, conforme a Fig. 3.

Convém salientar que grande parte dos dados de identificação já está contida no prontuário do paciente, podendo ser reaproveitados. O histórico não deve duplicar informações. Nesse caso, é desnecessário questionar novamente informações já levantadas e registradas por outro profissional, já que o enfoque a ser dado precisa ser inter e transdisciplinar.

Fig. 3 – Histórico de Enfermagem de Horta

Nome:_____Registro:_____Enf.:_____Leito:_____
Identificação: nome, idade, sexo, cor, estado civil, número e idade dos filhos, religião, escolaridade, ocupação, profissão, naturalidade, procedência, data de admissão, residência fixa ou temporária.
Diagnóstico médico:
Por onde foi admitido:

1. Percepções e Expectativas:

-necessidades sentidas, o que incomoda, preocupações, queixas, problemas, o que sabe sobre o tratamento, experiências anteriores com doenças, tratamentos e hospital.
-O que espera da equipe de saúde e de enfermagem?
-Quanto tempo pretende ficar no hospital?
-Quer receber visitas?

2. Necessidades Básicas (hábitos, ritos, freqüência , características, problemas que a doença trouxe no atendimento):

-sono e repouso;
-alimentação e hidratação;
-eliminação (intestinal, urinária, outros);
-recreação, religião;
-habitação (condições de saneamento básico).

3. Hábitos de Saúde: exame médico e odontológico periódico, imunizações, alergias, fumo, álcool, outros.

4. Exame Físico.

Fonte: Horta, 1979, p. 55.

No histórico proposto por Horta, observa-se que o questionamento acerca das expectativas do paciente em relação à equipe, pode ser desnecessário, uma vez que é quase unânime a esperança de ser desenvolvido um trabalho voltado para seu benefício, assim como investigar o tempo que o paciente gostaria de ficar no hospital pode estimular sentimentos de angústia e ansiedade, uma vez que ele se sente fragilizado em relação ao restrito domínio que tem sobre a sua condição de saúde.

Informações sobre a habitação, condições de saneamento, hábitos de cuidado com a saúde (imunizações, exames médico e odontológico periódicos), são de responsabilidade da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, devendo ser trabalhado em outro nível de atenção à saúde, conforme argumentado no segundo capítulo deste estudo.

A informação sobre as internações anteriores tem o objetivo de identificar se já detém alguma experiência prévia com internação hospitalar. A partir disso, serão fornecidas orientações sobre a rotina do hospital, podendo ser desnecessário deter-se a extensas histórias de patologias pregressas. As informações sobre recreação e prática religiosa interessam à enfermagem somente em casos muito específicos, quando solicitado pelo próprio paciente. O modelo de histórico de enfermagem construído, a partir dos argumentos anteriormente expostos (Fig. 4), contém apenas quatro aspectos a serem seguidos pelo enfermeiro. Na realidade de uma UTI, os itens 1 e 2 são abordados com menos freqüência, em função dos pacientes, muitas vezes, apresentarem déficit de consciência.

Fig. 4 – Histórico de Enfermagem Simplificado

Nome:_____Registro:_____Enf.:_____Leito:_____
Identificação: nome, idade, sexo, data de admissão e por onde foi admitido.
Diagnóstico médico:
1. Percepções e expectativas:
-queixas, o que sabe sobre o tratamento, visitas (se possui familiares, estabelecimento de contatos e horários), se é 1ª internação ou não.
2. Necessidades Básicas (hábitos, freqüência , características, problemas trazidos pela doença):
-de sono e repouso;
-alimentação;
-eliminação (intestinal, urinária, outros).
3. Exame físico dos sistemas, incluindo a comunicação.

## 4.2. Diagnóstico de Enfermagem

Após a coleta de dados, o próximo passo é a identificação dos problemas de enfermagem, através do Diagnóstico de Enfermagem. Segundo Horta (1979):

> Na aplicação do processo de enfermagem, observou-se que a enfermeira encontra grande dificuldade em estabelecer o diagnóstico de enfermagem, esta dificuldade tem sido relatada e sentida nas instituições de saúde que já aplicam o processo em todas as suas fases (p. 62). (...)Verifica-se, entretanto, que este diagnóstico é de composição complexa e extensa, pois enumera as necessidades básicas que estão alteradas em natureza e extensão. Por esse motivo, estudam-se e investigam-se síndromes de enfermagem que mais concisamente incluirão a interligação de necessidades básicas comuns e sempre presentes em certas condições do ser humano (p. 64).

Um diagnóstico é, basicamente, uma declaração de um problema real ou potencial, ou seja, identifica a existência de um estado indesejável, detectado a partir de inferências sobre os dados coletados no histórico de enfermagem/exame físico e são a base para a seleção de intervenções de enfermagem (IYER, 1993)[10]. Atualmente, a adoção dessa etapa na prática de execução do PE apresenta dificuldades, pois o enunciado do diagnóstico exige o uso de orações que traduzam os padrões de reação

[10] O diagnóstico de enfermagem deve conter na formulação do seu enunciado, as características definidoras, identificadas também com sinais e sintomas, e uma ou mais etiologias, chamadas também, de fatores relacionados ou de risco (IYER e COL. 1993).

humana às doenças, fatores relacionados, explicação dos sinais e sintomas que levaram a enfermeira a evidenciar tal fenômeno e à justificativa plausível, determinando a causa identificada como desencadeadora da situação.

O detalhamento das palavras, como “relacionado com” e “devido a”, o seguimento da seqüência nas partes do enunciado visa evitar falhas na comunicação entre os membros da equipe e constitui outro fator. Se realizado dessa forma, o diagnóstico pode restringir a criatividade do enfermeiro, reforçada ainda pela existência de uma taxonomia internacional, padronizando as respostas humanas às diferentes formas singulares de adoecer. Por esses motivos, não será usada a taxonomia da Associação das Enfermeiras Norte-Americanas (NANDA).

Horta (1979, p. 39) centra as atividades do enfermeiro na satisfação das necessidades básicas dos clientes, utilizando a teoria das necessidades humanas básicas (NHB) de Maslow e João Mohana. Conceitua NHB como “estados de tensões, conscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”. Já os problemas de enfermagem são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional”.

Nesse estudo, a proposta do modelo de PE é fazer uso do termo problemas de enfermagem ao invés de diagnósticos de enfermagem, pois, “quando a necessidade se manifesta, o faz por sinais e sintomas que em enfermagem, por enquanto, denominam-se problemas de enfermagem” (HORTA, 1979, p. 40). A partir dos problemas de enfermagem detectados foram elaborados protocolos, visando intervenções direcionadas para a sua solução, buscando dirimir os entraves associados ao receio da interpretação dos dados e elaboração da linguagem diagnóstica incorretos. Foram

considerados problemas de enfermagem toda situação com risco real ou potencial de agravo à saúde.

### 4.3. Plano Assistencial

Nessa teoria, é utilizado um sistema de classificação, de acordo com o grau de dependência da assistência de enfermagem pelo paciente, porém tem pouca influência na totalidade do PE, sendo descartado nesse modelo juntamente com o Plano Assistencial. Para Horta (1979), é um plano de assistência envolvendo ações de encaminhamentos, supervisão, orientação, ajuda e execução de intervenções. Acredito que o plano de assistência seja o somatório de todas as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente hospitalizado, dispensando sua elaboração formal, nesse modelo.

Outro motivo é que o plano assistencial é resultante da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem , as necessidades afetadas e o grau de dependência. Como esse modelo não pretende utilizar o diagnóstico de enfermagem nem o grau de dependência, torna desnecessário o seu uso.

### 4.4. Prescrição de Enfermagem

O próximo passo do PE de Horta (1979, p. 66) é a Prescrição de Enfermagem que “é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”. No modelo proposto, partiu-se do princípio de que todas as intervenções

de enfermagem prescritas são prioritárias, existindo apenas aqueles procedimentos emergentes, mas tudo que envolve a saúde do ser humano é prioritário. Entretanto, Horta (1979, p. 66) apresenta que:

> a prescrição de enfermagem deverá ter como base os cuidados prioritários, mesmo que estes não estejam escritos; poderá existir uma folha somente para a prescrição de enfermagem ou esta usará a própria folha de prescrição médica, desde que seja norma estabelecida pela instituição.

Nesse modelo, a elaboração da prescrição de enfermagem foi auxiliada pelo SAD, com o qual o enfermeiro pôde selecionar as intervenções relacionadas aos problemas identificados e lançar no sistema, gerando uma PEI; retomar a prescrição de um paciente, modificá-la ou re-prescrever, quando preciso. Quanto às características da prescrição, Horta (1979, p. 67) afirma que:

> a prescrição precisa ser concisa, clara e específica. Quando for prescrita mudança de decúbito, deverão ser explicitadas as posições indicadas com os respectivos horários; assim também serão prescritos os locais para a injeção intramuscular, obedecendo ao rodízio, quando assim for necessário. As prescrições deverão ser checadas quando realizadas. Sempre que necessário será feita e anotada a observação referente à avaliação do cuidado prestado.

As rotinas dos procedimentos precisam ser previamente estabelecidas na SAE para suprir essa carência de detalhamento da ação em cada prescrição. No caso da mudança de decúbito, por exemplo, e no rodízio das injeções, precisa haver previamente descrito no manual de rotinas como isso deve acontecer. Essa organização prévia é a parte que, somada ao uso do PE, resulta na SAE, sendo imprescindível para o bom andamento do PE e vice-versa, pois dá o suporte de padronização aos procedimentos prescritos.

## 4.5. Evolução

A Evolução de Enfermagem é a última fase e, segundo Horta (1979, p. 67) “é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional”. Complementa com algumas características:

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

A evolução proporciona uma avaliação da assistência prestada no turno de trabalho. É importante iniciá-la colocando as queixas do paciente, depois as informações observadas objetivamente pelo enfermeiro, constando as intercorrências durante a realização dos procedimentos. O modelo de redação baseado na ordem: subjetivo, objetivo e conduta (SOC) tem-se mostrado muito eficaz na prática diária do PE na UTI. Entretanto, repetir na conduta as intervenções realizadas é desnecessário no modelo aqui proposto, pois já estarão registradas na PEI.

Na realidade da instituição em estudo, as enfermeiras redigem a evolução em um livro separado, que serve também como um guia para registrar as intercorrências relevantes para serem mencionadas, durante a passagem do plantão entre uma equipe de enfermagem e outra. Especificamente na unidade de internação dessa pesquisa, além do livro, o outro local de registro da evolução é o prontuário do paciente.

Para Horta (1979), da evolução poderão advir mudanças na prescrição de enfermagem para melhorar a assistência prestada ao cliente e, conseqüentemente,

elevar o nível de atendimento em quantidade e qualidade. A evolução exerce um verdadeiro controle sobre a qualidade e a quantidade do atendimento, fornecendo também dados para a supervisão do pessoal auxiliar.

### 4.6. Prognóstico

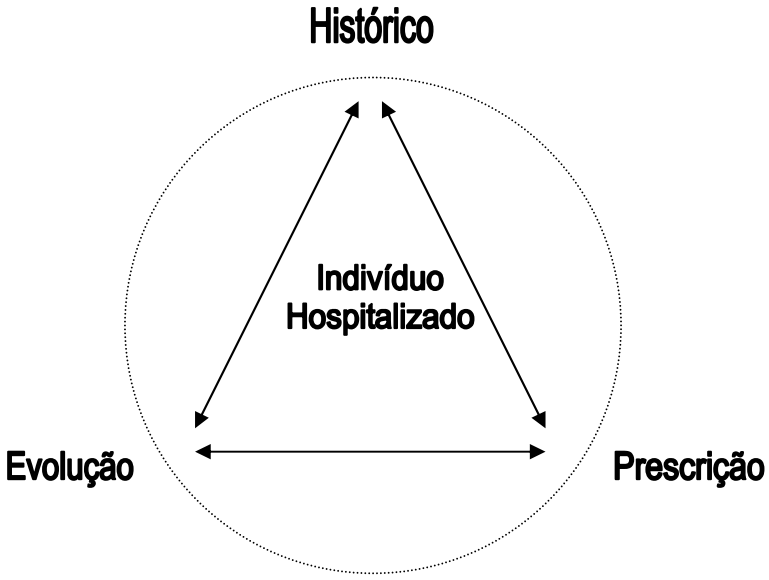
Além dessas fases, a autora acrescenta uma sexta, intitulada Prognóstico de Enfermagem, que tem a finalidade de indicar as condições que o cliente atingiu na alta médica, em relação ao grau de dependência atingido: “Um bom prognóstico é aquele que leva ao autocuidado, portanto, à independência de enfermagem; um prognóstico sombrio é aquele que se dirige para a dependência total” (HORTA, 1979, p. 68).

Novamente, ressalta-se o desuso, nesse estudo, do grau de dependência de enfermagem e conseqüentemente da previsão de resultados, por meio de prognóstico. Mais importante ainda é levar em consideração os sistemas de referência em saúde, para que seja garantido o acompanhamento pós-alta do paciente em outro serviço a contemplar as demais formas de cuidar, como a adaptação ao novo modo de vida, prevenção de reincidências e desenvolvimento da independência e auto-cuidado.

No modelo de PE proposto, podem existir etapas explícitas e implícitas. As explícitas são aquelas que poderão ser comprovadas pelos registros de enfermagem: o histórico, a prescrição e a evolução, contidos no prontuário do paciente. A chegada até os problemas de enfermagem ficarão implícitos, pois servirão como meio para a elaboração da prescrição, fazendo parte dos processos mentais de raciocínio lógico necessários ao desempenho destas atividades, dispensando execução comprobatória.

Através do uso do histórico constituído por apenas quatro questões norteadoras, da identificação de problemas biológicos, ao invés do diagnóstico de enfermagem, da PEI com intervenções objetivas e da evolução concisa, acredito que esse modelo de PE simplificado (Fig. 5) tenha mais aplicabilidade tanto na academia quanto na prática de enfermagem. Além dessa vantagem, apresenta também grande chance de resolutividade nas necessidades de saúde dos indivíduos hospitalizados, uma vez que direciona as ações para o tratamento dos problemas advindos do motivo de internação.

Fig. 5 – Modelo do Processo de Enfermagem Simplificado



## 5. A CONSTRUÇÃO DA PRESCRIÇÃO INFORMATIZADA NA PRÓPRIA CAMINHADA

O mundo em que vivemos está em constante transformação. A participação dos seres humanos nesse processo de transformação ocorre por meio da construção contínua do conhecimento que conduzem a melhorias e à evolução. Essa construção é plural e, mesmo quando realizada em espaços individuais, estamos inseridos em uma rede de relações com os outros e cada ação reflete em repercussões externas ao indivíduo, sendo o mundo, portanto, uma construção coletiva.

Para tanto, é importante entender o modo como os indivíduos constroem o mundo em que vivem de forma holística, seguindo os princípios de valorização das experiências prévias dos participantes, da interação social para a construção do conhecimento e a relevância dos esquemas individuais de percepção da realidade. Partindo desses princípios, para desenvolver um método de trabalho, a partir de uma prática assistencial, é necessário construí-lo juntamente com todos aqueles que estão envolvidos no processo e são responsáveis pela sua execução. Assim, optei por realizar um estudo do tipo convergente-assistencial, que propõe, a partir do reconhecimento da realidade local, a sua modificação coletiva, resultante da soma de esforços de todos.

A pesquisa convergente-assistencial caracteriza-se como "um trabalho de investigação, porque propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto", podendo incluir construções conceituais inovadoras. Esse

tipo de estudo mantém uma estreita relação com a situação social, articulando a prática com o conhecimento teórico, canalizando seus resultados para a solução de problemas existentes nas situações práticas (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A prática assistencial e a pesquisa têm características próprias, mas são convergentes e dependentes. A prática assistencial pode estar baseada nos resultados da pesquisa que, por sua vez, recebe introvisões da prática. “A ‘dança’ da pesquisa convergente se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência” (TRENTINI e PAIM 1999, p.79).

Foi pretendido com os resultados deste tipo de pesquisa apontar possíveis mudanças nos métodos de trabalho de uma unidade, a partir das percepções do contexto estudado tomadas pelo grupo. Ao mostrar uma mudança de opinião e comportamento dos participantes, cria uma nova realidade, baseada em entendimentos negociados, a partir da realidade anterior.

## 5.1 O ambiente do caminho

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a chefia do Serviço de Enfermagem do HU, na qual foram explicados o objetivo e a proposta do trabalho, para conhecer o interesse em utilizar a prescrição de enfermagem computadorizada e solicitar a autorização por escrito para sua realização na UTI geral da instituição (Anexo F). Foi também solicitada a autorização para instalar o Sistema de Apoio à Decisão no Planejamento e Prescrição de Cuidados de Enfermagem (SAD-PPCE) no computador

existente na unidade, para serem inseridos os protocolos que seriam previamente confeccionados e aperfeiçoados.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU). Tive dois motivos para escolher esse hospital. Primeiro, por ter me formado e estar cursando o mestrado na Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), já que pretendo contribuir com os conhecimentos construídos nesse trabalho, para a melhoria da assistência à saúde e, em especial, a assistência de enfermagem prestada à comunidade rio-grandina nesse espaço, retribuindo a oportunidade que me foi dada de estudar em uma universidade pública, gratuita e de qualidade. Depois, por conhecer o funcionamento e a estrutura organizacional da instituição, pois foi meu campo de estágio durante a graduação.

O atual prédio do HU juntamente com a área acadêmica foi adquirido em 1995. Inicialmente, funcionava em área restrita pertencente à Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, após recebeu o prédio novo, contendo ampla área acadêmica destinada ao funcionamento dos cursos de Enfermagem, Medicina, Residência Médica e demais Cursos de Pós-Graduação na área da saúde. É um hospital geral, com 125 leitos distribuídos em seis unidades de internação: Unidades de Terapia Intensiva (UTI Geral e UTI Neo-natal), Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica. Ainda, conta com o Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, atendimento ambulatorial e o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), 24 horas ( www.mec.gov.br/Sesu/hmigu.shtm ). Possui o serviço de atendimento ao portador de HIV/AIDS, sendo referência na Região Sul do Estado, além de ter recebido recentemente o título de Hospital Amigo da Criança. Os enfermeiros deste hospital, docentes e assistenciais, juntamente com alunos estagiários e bolsistas realizam a consulta de enfermagem em diversos programas como: saúde da

mulher, do qual fui bolsista, triagem de soropositivos para o HIV e, ainda, visitas domiciliares a puérperas e aos pacientes com AIDS.

Dos atendimentos prestados nessa instituição, grande parte se dá através do credenciamento pelo SUS, além de possuir convênios particulares. Serve como campo de prática para os alunos dos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação da Universidade. Possui residência médica nas áreas de medicina interna, cirurgia, obstetrícia, pediatria, patologia e medicina da família. Como se pode perceber, o cenário do hospital é constituído por uma variedade muito grande de pessoas e uma rotatividade de alunos intensa, reforçando a necessidade de serem estabelecidas rotinas e procedimentos operacionais padrão no atendimento à saúde da população.

Iniciar um trabalho de construção e implantação da PEI foi e continua sendo um grande desafio. Por isso, o melhor caminho foi escolher apenas uma unidade de internação para construir esse trabalho. Escolhi a UTI, primeiro por conter uma grande variedade de ações de enfermagem, envolvendo o cuidado intensivo em patologias que também são comuns às outras unidades, podendo contemplar o sistema computacional com um maior número de dados. Segundo, por ser um local com reduzido número de leitos, possibilitando uma visualização mais detalhada dos benefícios resultantes da aplicação da PEI.

A UTI visa assistir pacientes agudos, em situação de risco, abrangendo problemas de saúde como: Infarto agudo do Miocárdio, Angina, Arritmia, Edema Agudo de Pulmão, Tamponamento Cardíaco, Crise Hipertensiva, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Infecção Respiratória Aguda, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda, Embolia Pulmonar, Coma Metabólico, Encefalopatia Portossistêmica, Cetoacidose Diabética, Insuficiência Renal Aguda, Desequilíbrio Hidroeletrolítico, Sepse, Tétano,

Pneumonia Nosocomial, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Hemorrágico, Traumatismo Crânio Encefálico, Convulsões, pós-operatório de cirurgia de grande porte, Choques Anafilático, Cardiogênico, Neurogênico e Hipovolêmico, além de queimaduras graves, Eclâmpsia, oclusão arterial aguda, Toxemia Gravídica, intoxicação exógena e hemorragias graves (MENNA BARRETO,1993) .

As patologias de maior ocorrência na UTI do HU são, segundo Costa (2003): insuficiências respiratórias, emergências hipertensivas, lesões cerebrais, cardiopatias, alterações hormonais por diabetes e pós-cirúrgicos graves. Esta unidade apresenta-se de forma retangular, com janelas para circulação de ar e iluminação natural, posto de enfermagem centralizado e um expurgo. Foi inaugurada em 2000, localiza-se no andar térreo, próximo ao Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Centro de Material e Esterilização (CME). Devido ao recente concurso público, ingressaram novos funcionários nessa unidade, permanecendo ainda um ambiente de adaptação e inovação.

O **quadro funcional** é composto por cinco enfermeiros(as) efetivos e uma substituta de folgas, quatro técnicos de enfermagem e quatorze auxiliares de enfermagem, embora todos já tenham concluído o curso técnico. No turno da manhã e tarde, trabalham uma ou duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e nas noites 1 e 2, uma enfermeira, uma técnica e três auxiliares de enfermagem.

## 5.2 Os participantes da caminhada

Para a construção e implantação da prescrição de enfermagem, foi necessário o envolvimento dos sujeitos no planejamento e execução do PE, ou seja, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem da UTI do HU. A participação desses profissionais tornou-se fundamental, principalmente, pela sua decisão na elaboração, no caso dos enfermeiros, e interpretação e execução, no caso dos auxiliares e técnicos. Por sua vez, as suas opiniões acerca das facilidades e dificuldades encontradas com a experimentação da PEI, reveste-se de grande importância para o seu constante aperfeiçoamento.

Foram convidados os cinco enfermeiros da unidade em estudo para realizar a revisão dos protocolos de cuidados construídos pela pesquisadora. Depois, toda a equipe de enfermagem recebeu um convite de participação (Apêndice A) para utilizar a prescrição de enfermagem como método de trabalho em suas ações diárias. E, por último, foram convidados para as entrevistas de avaliação da prescrição, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, previamente escolhido por seus colegas para representá-los, em cada turno, contemplando as recomendações de Trentini e Paim (1999), de que a amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos e, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo.

Em respeito aos princípios éticos, os sujeitos foram esclarecidos, através do convite de participação, acerca do objetivo e metodologia do trabalho, sendo garantido ainda o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como em devolver-lhes os resultados

do estudo, tão logo se finde. Foi solicitado aos entrevistados que assinassem o Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), ressaltando que, se durante o estudo, por algum motivo, sentiam-se impossibilitados de continuar participando, seria garantido a todos a possibilidade de parar a qualquer momento. Para garantir o anonimato nas entrevistas, foram usados pseudônimos escolhidos pelos próprios participantes, entre os elementos da natureza, por serem elementos que constituem o todo que forma a teia da vida: Ar, Água, Terra, Fogo, Pedra, Sol, Lua e Estrela. As fitas gravadas durante as entrevistas ficarão arquivadas em local seguro, por até cinco anos após a conclusão do estudo, quando serão extraviadas.

### 5.3. Passos na construção dos protocolos assistenciais: Método de coleta, registro e análise dos dados

A coleta de dados começou com a **observação sistemática** dos problemas de enfermagem apresentados por pacientes internados na unidade, utilizando uma planilha de coleta de dados (Apêndice B). Chizziotti (1998, p. 53) refere que, na observação sistemática, “pode-se observar eventos no contexto em que se dão e observar a relação com outros atos e as circunstâncias que influenciaram a sua ocorrência e permitir uma análise mais compreensiva dos dados”. Segundo o autor, a análise dos eventos observados deve produzir descrições que se fundamentem na freqüência das incidências. Como esta forma de investigação não enfocou os estados de saúde de seres humanos em particular, nem sequer busca agora divulgá-los, houve o entendimento de ser desnecessária a solicitação do consentimento daqueles que os apresentavam, uma vez que as intervenções de enfermagem daí derivadas poderiam

ser aplicadas universalmente a outros pacientes internados ou que internarem nesta mesma unidade ou em outras unidades com características semelhantes.

A busca dos problemas durou uma semana, alternando a observação do exame físico diário e da dinâmica de trabalho local com a **pesquisa documental**. A pesquisa documental visou utilizar informações documentadas sobre os problemas apresentados pelos pacientes e que iam ao encontro dos objetivos desta pesquisa, pois foram estes que determinaram que tipo de documentos convinha reunir e analisar. Assim, foram consultados a evolução de enfermagem, a prescrição médica, o livro de intercorrências da enfermagem, o prontuário do paciente e a planilha geral dos problemas (Anexo E) (Chizziotti, 1998).

Concluída essa etapa, passei para a **consulta bibliográfica** das intervenções de enfermagem possíveis de serem realizadas para os problemas detectados. A proposta inicial era formar grupos de pesquisa com os enfermeiros, mas foi inviável, devido à indisponibilidade destes profissionais, pois muitos trabalham em dois empregos e em turnos diferentes, ficando difícil reunir todos. Essa etapa durou um tempo maior do que o esperado, devido à variedade de informações encontradas e também porque houve dificuldade em encontrar intervenções de enfermagem para alguns problemas na bibliografia disponível.

Visando adaptar as intervenções sugeridas na literatura com as presentes na realidade da unidade e ainda acrescentar outras que eram realizadas, usei como **estratégia** para obtenção de dados a **revisão** pelos enfermeiros, do conteúdo dos protocolos elaborados, com o intuito de validá-los. Além de uma estratégia para obtenção de dados, foi também uma alternativa de aproximar a teoria da realidade do

contexto da prática, tão fortemente marcada nesse tipo de pesquisa convergente-assistencial.

A **análise** foi realizada juntamente com a coleta de dados, corroborando Trentini e Paim (1999), quando dizem que a coleta de dados ocorre simultaneamente à análise. Neste estudo, todas as cinco fases de construção da PEI foram permeadas por esse princípio. A organização das informações facilita a codificação, ou seja, o reconhecimento das palavras, frases, parágrafos ou temas-chave, que persistem nos dados. Para identificar códigos, é preciso ler, reler, refletir sobre as informações, a fim de unir informações comuns relatadas pelos participantes, para posteriormente formar categorias, concluindo o processo de análise (TRENTINI e PAIM, 1999, p.104-105).

Na análise final, foi possível formar definições sobre a construção do conteúdo da prescrição de enfermagem, sua estrutura e constituição. As categorias formadas nas entrevistas foram: contribuições da prescrição na organização do trabalho, na supervisão, na valorização da enfermagem, dificuldades na burocratização das ações e sugestões para o aperfeiçoamento da PEI.

A próxima etapa, após a análise, foi a **interpretação,** composta por síntese, teorização e transferência. Na síntese, foram realizadas as associações das informações; na teorização, foi desenvolvido um esquema teórico próprio; e na transferência, foi criado um modelo de adequação do que foi construído para outras realidades e desenvolvimento de um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. A transferência do modelo criado é a própria aproximação da teoria com a prática, pois, partindo do modelo criado, visou-se sua adequação para outras realidades.

### *5.3.1 Primeiro Passo – aproximação com a realidade*

O período de observação foi imprescindível, já que minha inserção na realidade local foi apenas pela ligação com a pesquisa. Frente a esse problema,

> é oportuno salientar que se torna quase impossível conduzir uma pesquisa do tipo convergente-assistencial sem ter familiaridade com o contexto social em estudo, pois este objetiva introduzir mudanças no ambiente; nada impede que um pesquisador externo (que não atua na área) desenvolva este tipo de pesquisa, desde que se insira na prática assistencial do local escolhido, e para isso, o pesquisador necessitará, evidentemente, de tempo e paciência somados à habilidade de se fazer aceito pelo pessoal interno (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 152).

A busca dos problemas através da **observação sistemática** e da **pesquisa documental** resultou em 83 problemas identificados. A consulta a evoluções de enfermagem de até quatro dias anteriores, tornou possível ampliar a gama de problemas identificados, indo além daqueles que seriam coletados apenas na situação atual do paciente no dia da coleta. A consulta à prescrição médica serviu para buscar as medicações usadas e ainda evidenciou a solicitação da realização de intervenções de enfermagem, o que poderia futuramente também ser modificado com a adoção definitiva da prescrição própria para a enfermagem, já que no período de experimentação nenhuma mudança nesse sentido foi observada.

Para partir em direção à consulta bibliográfica, tornou-se necessário agrupar os problemas de acordo com a *similaridade* apresentada na intervenção recomendada pela literatura, pois se o número de problemas e a repetição de intervenções forem reduzidos, facilita a construção dos protocolos. Por exemplo, os problemas sudorese, sialorréia (salivação excessiva), halitose, secreção nasal foram aderidos ao problema: higiene precária, pois seu protocolo de intervenções é amplo e os contempla. Houve

alguns itens que acabaram sendo excluídos por exigir, predominantemente, a intervenção medicamentosa ou não apresentaram uma proposta relevante de ação, que necessitasse conter na prescrição de enfermagem da UTI. São eles: taquicardia, cefaléia, uso de antitérmico, de coagulante, de noradrenalina e de creme para lesões. No final do processo de síntese, dos 83 problemas iniciais, resultaram apenas 64.

Dessa síntese inicial, partiu-se para a categorização na classificação e inserção dos problemas em subsistemas. Nessa visão, os problemas foram identificados dentro dos subsistemas corporais afetados, conforme acontece durante o exame físico diário. Nesse sentido, pôde-se concluir o modelo de PE proposto, que embora tenha seus princípios na teoria de Horta, utiliza problemas de enfermagem dentro de subsistemas corporais, ao invés das necessidades humanas básicas afetadas.

Os subsistemas foram associados, formando cinco grandes categorias: Cardiorrespiratório, Gastroentérico, Geniturinário, Neuromotor/Pele e Terapêutica. Os subsistemas cardíaco e respiratório foram agrupados pela *relação fisiológica* de interdependência entre um e outro na manutenção da vida. Já os subsistemas genital e urinário foram agrupados pela *localização anatômica*, que também facilita a detecção de sinais e sintomas durante o exame físico. O sistema nervoso, o motor e a pele foram associados por *causa e conseqüência* já que, quando há comprometimento do sistema nervoso, esse afeta diretamente os músculos e também a pele, como no caso do coma que resulta em imobilidade e possível tendência à formação de úlceras de decúbito. Ainda, tornou-se necessário formar a categoria da Terapêutica, que não envolve nenhum sistema corporal específico, mas todos ou alternadamente, a depender da medicação ou droga utilizadas. Com a multiplicidade de drogas manipuladas na UTI, as

intervenções relacionadas aos seus efeitos precisavam dessa classificação especial para aplicar e ampliar os conhecimentos farmacêuticos da enfermagem.

### *5.3.2 Segundo Passo – construção individual dos protocolos*

Na busca de intervenções de enfermagem para construir os protocolos, utilizei trabalhos acadêmicos realizados na própria UTI do HU (COSTA, 2003; FERREIRA, 2002), filtrando as informações semelhantes e associando à dissertação de Marcon (2002). Após, consultei a bibliografia (BRUNNER; SUDDATH, 1998a, 1998b; GAGLIAZZI, 2000; MENNA BARRETO, 1993; SOARES, 2000), buscando contemplar o conjunto de intervenções almejado. Também foram utilizados conteúdos acadêmicos que recebi durante a graduação e o Manual de Rotinas da UTI do HU (SIGILIO e cols. 2003). Esse manual ainda está em construção, mas permitiu conhecer a divisão de tarefas por cada turno e estabelecer o aprazamento da troca de curativos e materiais do paciente nas intervenções pesquisadas.

A busca resultou em 135 intervenções para os 15 problemas referentes ao Subsistema Cardiorrespiratório, 115 intervenções para os 18 problemas referentes ao Subsistema Neuromotor e Pele, 68 intervenções para os 9 problemas do Subsistema Gastroentérico, 46 intervenções para os 14 problemas do subsistema Terapêutico e 13 intervenções para os 3 problemas do Subsistema Geniturinário, totalizando 377 intervenções de enfermagem, embora algumas dessas intervenções repetirem-se para diferentes problemas. Por sugestão do professor orientador, foi modificada a forma de registro de problemas – como no caso de “catéter nasal”, passou a ser “oxigenoterapia por catéter nasal” para, só a partir daí poder ser considerado como um problema

apresentado pelo paciente e que, para sua resolução, necessitava de intervenções de enfermagem. Outra sugestão foi a retirada de intervenções que correspondiam à mera descrição de procedimentos técnicos – como, por exemplo, “abrir a SNG 15 minutos antes da dieta”, reduzindo-se, assim, a 346 intervenções.

Depois de reunidas, as 346 intervenções foram aprazadas, de acordo com o preconizado na literatura e com a rotina da unidade, de maneira a garantir a operacionalização da prescrição em uma escala de tempo determinada. Visando encontrar uma forma de aproximar as recomendações da literatura com o contexto prático, os prazos de 3/3h foram adaptados para serem realizados duas vezes por turno, proporcionando maior flexibilidade na sua execução. O mesmo aconteceu com os procedimentos a serem realizados três vezes ao dia, que passaram a ser estipulados uma vez por turno, recebendo o código : M, T, N – representado o turno da manhã, da tarde e da noite, respectivamente, a ser checado logo após sua execução.

Os aprazamentos com hora fixa 8/8h (08h – 16h – 24h) ou 6/6h (06h – 12h – 18h – 24h) mostraram-se mais adequados para as intervenções existentes no subsistema terapêutico, uma vez que as intervenções relacionadas aos medicamentos precisam ser realizadas antes ou após o horário da administração. As intervenções que são realizadas apenas uma vez por dia (1x/dia) são executadas conforme a rotina de divisão das tarefas entre os turnos. Na UTI do HU, os procedimentos executados 1x/dia com os pacientes que estiverem nos leitos 01 e 02, devem ser realizados no período da manhã, nos leitos 03 e 04, à tarde, e nos leitos 05 e 06, à noite.

Intervenções mais intensivas receberam os prazos de h/h e 2/2h. Rotinas de trocas de materiais e manutenção receberam, em sua maioria, os prazos de 72h (3/3 dias), 48h (2/2 dias), 1x/semana, 20 dias e 60 ou 80 dias. Alguns aprazamentos atípicos

determinaram um limite de prazo admitido para a realização de determinado procedimento, como quando se solicita a realização da intervenção em 2h, em 4h, em 5h, em 6h, em 24h, em 7 dias e “amanhã”.

Embora a literatura discrimine que a prescrição deverá ser válida por 24 horas, em algumas intervenções o aprazamento pode ser maior, continuando a descrição da data nas próximas prescrições. Isso acontece porque as rotinas de troca são admitidas como intervenção de enfermagem, uma vez que previne infecção e lesão no paciente. A troca do curativo do Intracath é exemplo: realizado em 48 horas, recebendo a data do dia de sua próxima troca.

As intervenções que são realizadas somente quando um determinado evento ocorre, recebem o aprazamento “QN”, ou seja, quando necessário. Isso significa a sua validação somente no momento em que o profissional julgar como necessário, fato que ocorre, por exemplo, nas intervenções “aspirar secreções traqueo-brônquicas, registrando cor, volume, consistência e odor”, “estimular a evacuação com supositório de glicerina” e “registrar ECG durante episódio de dor torácica”. Ao ser checada, a intervenção deverá conter a hora da sua realização, facilitando assim, o registro das intercorrências, a comunicação escrita entre os turnos e o fácil fluxo de informações como a hora do infarto, o tempo de acúmulo das secreções traqueo-brônquicas e a freqüência do uso de supositórios.

Outro fato interessante ocorre na mudança de decúbito, contendo as quatro posições mais usadas na UTI do HU (DLE, DD, DLD e Fowler). Seguindo as recomendações de Horta (1979, p. 67) que diz, “quando for prescrita mudança de decúbito, deverão ser explicitadas as posições indicadas com os respectivos horários.” Na prescrição, são descritas doze vezes, a fim de serem checadas e contempladas no

período de 24h: DLE – DD – DLD – FOWLER - DLE – DD – DLD – FOWLER - DLE – DD – DLD – FOWLER. Existe também o aprazamento para as intervenções realizadas próximo a cada refeição, ou seja, no café da manhã, no almoço, no café da tarde, na janta e no lanche, representado por “C-A-C-J-L”.

Outra etapa transposta e também importante na construção da prescrição foi a escolha minuciosa dos verbos que determinam as ações prescritas. O conjunto de verbos utilizado inicialmente foi: avaliar, aspirar, aplicar, aquecer, atentar, aerar, administrar, afrouxar, apoiar, aumentar, conferir, cobrir, comunicar, coletar, colocar, cortar, conter, desativar, desprezar, desobstruir, desinflar, detectar, evitar, estimular, encaminhar, elevar, esvaziar, fornecer, fluidificar, hidratar, implementar, incentivar, instituir, infundir, informar, higienizar, monitorizar, manter, medir, ordenhar, oferecer, posicionar, preparar, proteger, proporcionar, providenciar, registrar, realizar/orientar/auxiliar, retardar, remover, trocar, tracionar, testar e verificar. Essa multiplicidade de verbos e diferentes intervenções com o mesmo significado ocorreu por serem usadas bibliografias variadas na construção das intervenções (BRUNNER & SUDDATH, 1998a , 1998b; GAGLIAZZI, 2000; MENNA BARRETO, 1993; SOARES, 2000). Após a análise do significado e aplicação de cada verbo, foram sendo sintetizados e reduzidos de 54 para apenas 20 verbos diferentes.

Para elucidar melhor esse processo, têm-se exemplos de alguns verbos que foram substituídos por outros, a fim de posteriormente facilitar uma pretensa classificação das ações de enfermagem à luz da teoria de Horta. Os verbos revisar, garantir e conferir foram trocados por *verificar*; o verbo avaliar, quando relacionado à objetos, também foi substituído por *verificar*, ficando reservado à avaliação apenas as intervenções relacionadas ao paciente; da mesma forma, os verbos investigar,

inspecionar e vigiar foram substituídos por *avaliar*; as ações de controle e monitorização receberam o verbo *monitorar*; lavar e limpar foram substituídos por *higienizar*; promover e proporcionar por *estimular*; umidificar e gotejar por *hidratar*, massagear, ordenhar e cortar por *realizar*. Exemplos:

1. avaliar a manutenção do selo d'água no frasco e a constante oscilação do líquido (verbo incorreto).
2. verificar a manutenção do selo d'água no frasco e a constante oscilação do líquido (verbo correto).
3. avaliar competição do paciente com a ventilação controlada (verbo correto).
4. controlar fluxo de oxigênio, conforme concentrador da máscara (verbo incorreto).
5. verificar fluxo de oxigênio, conforme concentrador da máscara (verbo correto).

Um verbo muito encontrado nas prescrições e na bibliografia foi "observar". Evitou-se a sua utilização nesse modelo, porque na observação, a ação se restringe à constatação de uma informação. Entretanto, na avaliação, espera-se que o profissional além de constatar, processe essa informação de maneira a transformá-la em uma outra ação. Então, optou-se por substituir o verbo observar por *avaliar* ou *verificar*.

Nesse modelo, o uso da classificação dos verbos por **grau de dependência** não foi adotado, pois entende-se que a natureza da assistência já está expressa no próprio verbo que inicia a intervenção. Quando o objetivo é, por exemplo, movimentar os membros do paciente, o profissional que cumprirá a prescrição irá avaliar as condições do paciente. Se o paciente puder realizar sozinho, ele deve apenas estimular, se precisar ser ajudado, deve auxiliar e se precisar que faça por ele, o verbo é realizar.

Assim, seguem outros exemplos de como as intervenções foram construídas, visando promover essa flexibilidade:

1. realizar/orientar massagem circular abdominal, da direita para a esquerda;
2. realizar/auxiliar higiene oral com solução antisséptica.

Essa flexibilidade oferece maior autonomia a quem executa a prescrição, ou seja, o enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem. Com isso, estimula-se a avaliação prévia do paciente, antes de ser instituída a intervenção, justificando o não uso da classificação por grau de dependência, proposta por Horta (1979). Para a autora, o grau de dependência pode ser total, que compreende tudo que a enfermagem faz pelo ser humano, quando este não tem condições de fazer por si, ou parcial, quando a assistência de enfermagem situa-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento. No final da análise, foi possível classificar os verbos quanto à natureza da assistência, segundo a proposta de Horta, reforçando que o grau de dependência pode ser expresso apenas pelo verbo, conforme Fig. 6.

Fig. 6 - Verbos quanto a natureza da assistência

| FAZER | AJUDAR | ORIENTAR | SUPERVISIONAR |
|---|---|---|---|
| Realizar<br>Administrar<br>Aspirar<br>Encaminhar<br>Esvaziar<br>Evitar<br>Fluidificar<br>Hidratar<br>Higienizar<br>Implementar<br>Manter<br>Trocar | Auxiliar<br>Estimular | Orientar | Verificar<br>Monitorizar<br>Avaliar<br>Comunicar<br>Registrar |

Segundo Horta (1979, p. 67), “a prescrição precisa ser concisa, clara e específica”. Ao serem selecionados problemas, estes devem conter intervenções sintetizadas e concisas, evitando prescrições extremamente longas e detalhadas. Partindo dessas premissas, uma preocupação na construção da prescrição foi analisar cada uma das intervenções, buscando repetições e informações semelhantes encontradas nas bibliografias. Assim, algumas intervenções foram agrupadas pela similaridade das ações e por possuírem o mesmo aprazamento. Abaixo, o exemplo de uma das intervenções analisadas:

1. observar se o plug do respirador está bem encaixado -1X turno.
2. observar se a válvulas redutoras de O2 e ar comprimido estão com o mesmo valor de pressão: entre 3,5 e 4,0 – 1xturno.
3. observar se os parâmetros do ventilador estão de acordo com a programação, principalmente a Fi O2 –1x/turno.

Após análise, as três intervenções foram representadas por uma só:

1. verificar: igual pressão nas válvulas redutoras de O2 e ar comprimido (entre 3,5 e 4,0), parâmetros do respirador (FiO2), encaixe do plug do respirador – 1x/turno.

Frente às 346 intervenções, a exclusão e simplificação de muitas delas foi um avanço na sua construção. Escolheu-se, entre elas, as que representavam com mais clareza a solicitação prescrita. Algumas representantes dessa nova etapa de síntese foram as intervenções: entre “desobstruir e higienizar vias aéreas superiores” e “aspirar secreções de oro e nasofaringe”, optou-se pela segunda; entre “manter cabeceira elevada” e “posicionar paciente em FOWLER alta (90º)”, optou-se pela primeira; entre “oferecer líquidos com freqüência  em pouco volume” e “estimular ingesta hídrica de 2-3

litros ao dia, em pequenas porções (200ml ou um copo) – 2/2h ou 3xdia", optou-se pela segunda, principalmente por ser mais específica e detalhada.

Outra alternativa encontrada foi o "protocolo de rotinas", agrupando em uma só intervenção, todas as demais. O problema "contenção mecânica" recebeu como intervenção: "Implementar protocolo de rotinas para contenção mecânica: verificar circulação sanguínea nas extremidades, afrouxar contenção e exercitar os membros e extremidades – 2x/turno". Além desse, também foram formados protocolos de rotinas para: desmame do respirador, uso de sonda nasoentérica, recuperação do tônus vesical, hemoterapia, úlcera de decúbito, óbito, pré-operatório, adaptação à colecistectomia e à gastrostomia. Com isso, ficou mais próximo o objetivo de construir prescrições concisas, através da redução e simplificação das intervenções.

### *5.3.3 Terceiro Passo – construção coletiva com enfermeiros*

Foi entregue a cada um dos cinco enfermeiros, um polígrafo com protocolos (Apêndice C) contendo o subsistema corporal (gastroentérico, neuromotor/pele, cardiorrespiratório, genitouninário ou terapêutica) de sua escolha, para realizar a revisão escrita das intervenções. Todos tiveram acesso aos demais polígrafos, pois eram passados nos plantões para ser entregue à pesquisadora. Demonstraram muito entusiasmo e boa receptividade à proposta e entregaram, em média, após uma semana. Essa etapa resultou na modificação de aproximadamente 50 intervenções**,** incluindo algumas exclusões, inclusões, correção das medidas e aprazamentos, além da adaptação à linguagem escrita da unidade.

Mesmo com a modificação escrita dos enfermeiros, ainda suscitavam dúvidas em relação ao correto aprazamento e a real funcionalidade das intervenções, pois nas revisões emergiram sugestões diferentes entre os enfermeiros. Após um novo processo de revisão, realizado através de uma reunião com o enfermeiro chefe da unidade, foram identificadas as intervenções que apenas reproduziam parte da rotina diária, o que abalaria a credibilidade da prescrição de enfermagem, se inseridas no sistema. Após mais essa minuciosa seleção, contemplou-se finalmente o conjunto de 176 intervenções.

A maneira como ocorreu essas modificações e os critérios adotados são descritos a seguir, categorizados com adjetivos criados pela pesquisadora, correspondentes às justificativas de exclusão das intervenções pelos enfermeiros: **irrelevantes**, as intervenções que determinam ações em desuso na unidade, pois são realizadas nas outras unidades; **rotineiras**, as que acontecem independentemente de haver prescrição de enfermagem; **imprevisíveis**, as que se referem à situações inusitadas ou de urgência/emergência; **disfuncionais**, as que invadem o limite de atuação de outros profissionais.

Foram classificadas como **rotineiras** 29 intervenções, representadas na Fig. 7. Algumas intervenções descrevem a rotina diária de trabalho possibilitando e garantindo que ela seja lembrada e executada, porém, outras foram excluídas por conter uma rotina que não precisava ser lembrada com tanta necessidade. Uma das funções da prescrição de enfermagem é operacionalizar a SAE, através da adoção de rotinas no seu conteúdo. Apesar de alguns autores recomendarem (BRUNNER; SUDDARTH, 1998a, 1998b; GAGLIAZZI, 2000; MENNA BARRETO, 1993; SOARES, 2000), as intervenções preferencialmente devem evitar a descrição das técnicas dos

procedimentos (conforme item 2 da Fig. 7), pois apresenta pouca relevância no conteúdo da prescrição, inutilizando seu uso. Entretanto, alguns procedimentos podem se transformar em intervenções, se for considerado importante pelos enfermeiros do contexto onde vai ser implementado. Foi o caso da adoção da intervenção: ”Implementar protocolo de rotinas para SNE: testar temperatura morna da dieta, conferir gotejo de 20 gts/min e lavar com 20 ml de $H_2O$ morna, após cada dieta ou medicamento”.

Fig. 7 – Intervenções Rotineiras

1. manter umidificador na temperatura e nível de água adequados;
2. evitar entrada de ar e obedecer a força da gravidade para administração de medicação ou alimento pela sonda de gastrostomia – considerado descrição de procedimento técnico;
3. cobrir a abertura da sonda de gastrostomia com gase estéril, após as refeições – idem;
4. aguardar 30 minutos após a medicação para reabrir SNG em frasco – idem;
5. alimentar o paciente em Fowler ou DLE e manter por 30 min. após a dieta– idem;
6. aguardar 30 min. após medicação para reabrir sonda em frasco– idem;
7. aspirar a SNG antes de administrar a dieta para verificar se há resíduo gástrico (máximo até 150ml) e injetar novamente– idem;
8. abrir a SNG em frasco 15 min. antes da dieta– idem;
9. trocar adesivo de fixação da SNE/SNG no banho diário– idem;
10. certificar-se da volta do peristaltismo (presença de ruídos hidro-aéreos) antes de administrar alimentação– idem;
11. evitar entrada de ar e obedecer a força da gravidade para administração de medicação ou alimento pela sonda de gastrostomia– idem;
12. retardar alimento até 15-30 min. após insulina regular– idem;
13. instilar de 1 a 2ml de SF 0,9% em cada aspiração no TET, em caso de tampões– idem;
14. estimular o paciente a tossir e respirar profundamente após extubação– idem;
15. avaliar a presença de bexigoma para não esvaziar a bexiga de uma só vez– idem;
16. auxiliar no uso da cumadre e/ou providenciar material para micção;
17. registrar freqüência, volume e aspecto dos vômitos e fornecer material;
18. avaliar resposta da medicação antitérmica cerca de 30 min. após, a depender da via administrada;
19. registrar PA antes e após administrar medicação anti-hipertensiva;
20. avaliar e registrar características da drenagem: coloração, odor, consistência e volume;
21. avaliar e registrar freqüência das evacuações, aspecto das fezes, volume e consistência, odor e cor;
22. avaliar os alarmes de pressão: se mínima, verificar a conexão dos tubos; se máxima verificar sinais de obstrução do TET ou competição do paciente com o respirador (desativar);
23. evitar demora nos horários das refeições em paciente com insulinoterapia;
24. higienizar secreções ressequidas ao nível da junção entre a sonda e o meato;
25. trocar a posição dos eletrodos e adesivos das sondas, após o banho de leito;
26. monitorizar sinais vitais;
27. manter as grades do leito elevadas;
28. realizar balanço hídrico;
29. avaliar a pele e registrar.

As intervenções que prescrevem a rotina de troca de materiais e curativos têm a função de prevenir, com essa medida, o esquecimento e assim a infecção hospitalar. Foi com esse intuito que se incluiu, por exemplo, as rotinas de troca do látex de aspiração, da solução e do equipo das infusões endovenosas, entre outras.

Entre as 23 intervenções consideradas **irrelevantes** (Fig. 8), convém salientar que muitas entraram em desuso por falta de material (item 2), por ausência de normatização (item 3) e outras pelo avanço da tecnologia (item 9). Sabe-se que, em saúde, constantemente estão surgindo novas descobertas científicas, então, um dos requisitos principais para a efetividade da PEI é mantê-la constantemente atualizada e dentro dos padrões científicos em uso. Esse fator estimula o questionamento sobre a qualidade das ações que estão sendo desenvolvidas, se são suficientes ou deficitárias para o objetivo desejado na promoção da assistência.

Nas 18 intervenções classificadas como **disfuncionais** (Fig. 9), entende-se que a prescrição deve evitar a interferência de atuação em outra categoria profissional e respeitar a divisão de tarefas entre os cargos ocupados na instituição. Encontrou-se na literatura, possibilidades de intervenção nas áreas de atuação da nutrição, medicina, farmácia e fisioterapia. Uma alternativa encontrada foi adaptar essas necessidades ao nível de ação dos profissionais da enfermagem, ou seja, ao invés de prescrever “oferecer dieta rica em fibras”, pode-se entender como incumbência da enfermagem solicitar "avaliação para dieta rica em fibras”. Assim, a responsabilidade sobre a dieta é assumida pelos profissionais que lhe cabem.

O mesmo ocorre na solicitação de exercícios físicos. Sabe-se que o plantão do fisioterapeuta é restrito. Cabe, então, esclarecer e normatizar que atribuições da mobilização do paciente poderiam ser assumidas pela enfermagem. O enfermeiro da

UTI possui uma certa emancipação e pode prescrever enema, uso de supositório de glicerina, oxigenoterapia por catéter nasal, hemo-glico-teste de urgência, pomada para hematomas e decidir acerca de alguns curativos. Essas atividades podem ser ampliadas com a padronização dos curativos e demais procedimentos.

Fig. 8 – Intervenções Irrelevantes

1. trocar diariamente a água do umidificador acoplado ao respirador – é trocado junto com o circuito;
2. aumentar a pressão do cuff 20 a 25 mmHg, antes da dieta e aspiração – não há medidor de pressão do cuff na unidade;
3. trocar o frasco coletor (Urofix), 1x/dia – em desuso e não regulamentado no manual de rotinas;
4. trocar látex e frasco coletor da drenagem por SNG, 1x/dia – idem;
5. ordenhar a extensão da SVD, na presença de anúria;
6. avaliar o local em torno do curativo em que a troca ultrapassa 24h, buscando: edema, eritema, umidade e sinais de dor;
7. hidratar a ferida aberta de hora em hora, gotejando SF 0,9% nas compressas – na unidade, o curativo úmido é realizado de 6/6h ou mais freqüente e sem gotejamento;
8. higienizar o frasco do Porto Vac com SF 0,9% ou água esterilizada, caso o tempo de permanência seja prolongado – o tempo de permanência do Porto Vac na unidade é mínino;
9. evitar aumento de espaço morto entre tubos, circuitos e conexões do respirador – os respiradores já possuem esse sistema;
10. implementar protocolo de rotinas para pré-operatório: realizar lavagem intestinal, tricotomizar a área respectiva à cirurgia, remover prótese, grampos dos cabelos – é pouco freqüente a internação de paciente em pré-operatório;
11. implementar protocolo de rotinas para recuperação do tônus vesical: clamplear a SVD e abrir de 2/2h, oferecendo 2/3 litros de água/dia – normalmente realizado na unidade de clínica médica ou cirúrgica;
12. implementar protocolo de rotinas para adaptação do sistema digestivo à colecistectomia: fechar o dreno durante as refeições e depois entre elas, até atingir as 24h sem desconforto – idem anterior;
13. orientar para evitar o sono diário – os pacientes tem pouca noção de tempo;
14. realizar banho morno à noite – idem;
15. avaliar tosse seca à noite – idem;
16. manter decúbito horizontal para anestesia geral ou semi-fowler (30º) se estiver com SNG, em 6h – em desuso;
17. trocar o conjunto cânula interna/externa metálica de taqueostomia, 1x/dia – idem;
18. trocar o SF 9,0% e seringa usado para fluidificar na aspiração – usa-se frascos descartáveis de 10ml para fluidificar secreções;
19. trocar o sistema coletor da drenagem de tórax, 1x/dia – em desuso
20. trocar os circuitos do respirador – entrará em desuso na unidade;
21. trocar solução de Dopamina após 24h – todas soluções são trocadas em 24h;
22. verificar: igual pressão nas válvulas redutoras de O2 e ar comprimido (entre 3,5 e 4,0), parâmetros do respirador (FiO2), encaixe do plug do respirador;
23. estimular ingesta hídrica de líquidos frios e arejar ambiente – medida pouco usada pa hipertermia, normalmente usa-se a medicação e o banho morno.

Ao encontrar na literatura (BRUNNER; SUDDARTH, 1998a, 1998b) uma intervenção posteriormente classificada pelos enfermeiros como disfuncional, por exemplo, o exercício de movimentação dos membros ser de responsabilidade exclusiva

do fisioterapeuta, surge o questionamento acerca das limitações impostas quanto à atuação em outra ciência, como a fisioterapia. Um trabalho em que a essência é o cuidado, qual deveria ser a sua abrangência de ações, dentro da promoção em saúde através da reabilitação ou prevenção de complicações motoras? Tem-se um agravante tanto ao assumirmos atividades de outros profissionais como, por exemplo, aprazando a prescrição médica, mas, também, quando deixamos de assumir as ações cuidativas presentes em outras ciências, como a fisioterapia.

Fig. 9 – Intervenções disfuncionais

1. verificar PAM – deve ser solicitado pelo médico;
2. monitorar PA, ECG, PVC, débito cardíaco, FC, BH – idem;
3. administrar 100 ml de água por sonda a cada 6h – idem;
4. verificar HGT horário, quando insulinoterapia EV – idem;
5. verificar HGT 6/6h – idem, o enfermeiro verifica HGT somente na urgência;
6. realizar exercícios passivos em MI, 1x/turno – deve ser realizada pela fisioterapeuta;
7. estimular exercícios de contração das nádegas – idem;
9. estimular exercícios respiratórios (tossir/respirar profundamente) e de relaxamento a cada 2h – idem;
10. realizar drenagem postural por 20 min. em cada posição ou 5 min. se associado com tapotagem, 1x/turno – idem;
11. realizar exercícios de movimentação das extremidades – idem;
12. realizar/orientar/auxiliar a movimentação dos membros superiores e inferiores – idem;
13. realizar/orientar massagem circular abdominal, da direita para a esquerda – idem;
14. conferir se a dieta é rica em fibras e com suco de ameixa/limão – deve ser realizada pela nutricionista;
15. evitar a ingestão de irritantes vesicais como chá e café, para pacientes com queixa de disúria – idem;
16. verificar se a dieta contém pouco ou nada de açúcar e fibras e alimentos que precipitem diarréia: cafeína, leite, fibras – idem;
17. verificar se a dieta é hipossódica – idem;
18. verificar se a dieta é rica em potássio quando Acetazolamida for combinado com diuréticos – idem;
19. trocar catéter venoso central a cada 20 dias – deve ser controlado pelo médico.

A conservação da identidade profissional deve ser prioridade dentro da enfermagem, tendo em vista os esforços somados na desconstrução de uma imagem rotulada como um profissional religioso, autoritário, extremamente organizado e dentro dos padrões sociais. Além dessas, o mais preocupante ainda é construir a imagem de uma função com desempenho inespecífico. Desconhecer o seu campo de atuação e

assumir tarefas alheias ao cuidado, relegando atividades essenciais, são fatores agravantes para o problema. A imagem da enfermagem como ciência do cuidado deve ser previamente construída e internalizada por cada um dos que a exercem para, posteriormente, ser externalizada para a sociedade. Portanto, a preservação e o fortalecimento desses aspectos são fundamentais para a valorização e reconhecimento profissional.

Foram classificadas como **imprevisíveis** 12 intervenções (Fig.10). Como a Unidade de Terapia Intensiva é um local onde as urgências e emergências têm lugar, a PEI pode se restringir somente aos acontecimentos previsíveis. Contudo, é importante o profissional técnico saber, quando assumir um paciente, se esse apresenta risco de choque ou hemorragia, por exemplo. Os enfermeiros colocaram essas informações como derivadas da passagem de plantão, portanto desnecessárias à prescrição.

A classificação apresentada para identificar se uma intervenção pode ser inserida na prescrição, ou seja, agrupando-a em funcional, previsível, relevante ou não rotineira, pode ser adaptada para selecionar outros conjuntos de intervenções, como as atuais NIC (classificação de intervenções de enfermagem) e CIPE (classificação internacional para a prática de enfermagem). O uso dessa linguagem padronizada deixou de ser adotado nesse estudo porque se pretendia a formulação pelos enfermeiros, de acordo com a realidade do local, proposta da pesquisa convergente-assistencial.

Fig. 10 – Intervenções Imprevisíveis

| |
|---|
| 1. avaliar sinais de choque hipovolêmico: queda de PA, pulso rápido e fraco, tontura, eliminação <30ml\hora, inquietação, agitação, pele fria, pálida e/ou cianótica e sede;<br>2. avaliar complicações da hipertensão: cianose, dispnéia, dor torácica ou perda de consciência;<br>3. avaliar e comunicar sintomas de hemorragia: hematúria, hematêmese, epistaxe, hematomas, hemoptise, melena, sangramento na gengiva;<br>4. preparar paciente para a tomografia abdominal;<br>5. encaminhar amostra de fezes para coprocultura;<br>6. encaminhar amostra de secreção da ferida para cultura e antibiograma;<br>7. encaminhar o catéter central retirado para cultura;<br>8. implementar protocolo de rotinas na admissão: retirar roupas e próteses, orientar o paciente e a família sobre as rotinas da unidade, monitorizar paciente, coletar exames laboratoriais de rotina, HGT e gases sanguíneos arteriais nos primeiros 15-30 min. de admissão e preparar paciente para sondagens e demais procedimentos;<br>9. implementar protocolo de rotinas para admissão: colocar roupas de cama no leito do paciente; conferir a parede montada (fluxômetros, frasco de aspiração, umidificador com água estéril e extensores); a mesa do paciente (água de 500ml, copo descartável e material de higiene oral); a gaveta (luvas, água de 20 ml, sondas de aspiração, cadarço, eletrodos, seringas de 20 ml, agulhas, gases esterilizadas, cateter nasal); testar respirador montado; verificar sinais vitais 2/2h;<br>10. implementar protocolo de rotinas para óbito: fechar pálpebras, retirar sondas, drenos e cateteres, higienizar o corpo e trocar curativos, tamponar os ouvidos e cavidade oral, nasal, uretral, vaginal e anal, recolocar próteses, roupa e fixar maxilar com atadura de crepom e identificar o paciente;<br>11. manter o paciente em decúbito lateral esquerdo, sonda aberta em frasco, na presença de náuseas e vômitos;<br>12. monitorar PA na administração de Estreptoquinase, a cada 15 min. |

## 5.4 Implantação da prescrição informatizada

Na implantação da prescrição de enfermagem, a técnica de coleta de dados foi a **observação participante** que, segundo Trentini e Paim (1999), acontece pela participação social de maneira consciente e com propósito determinado, onde o observador participante se torna parte da situação social, olhando-a no aspecto interno e externo. As autoras recomendam que o pesquisador tenha um diário para registrar suas experiências, incluído idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, problemas, dificuldades e facilidades que surgiram durante a coleta de informações.

A **observação** teve o propósito de conhecer como a prescrição se inseriu na rotina de trabalho da unidade e a **participação,** de auxiliar na elaboração diária da PEI.

Essa parcela de participação é fundamental para a adaptação inicial dos enfermeiros à nova situação, que poderia interromper o bom andamento do trabalho, já que seria mais uma atribuição, entre as outras que o enfermeiro já realiza. Posteriormente, essa participação se restringiu a colocar-se à disposição para auxiliar os enfermeiros da noite na elaboração da prescrição e em visitar outros turnos para sanar possíveis dúvidas (mas que não houve). A prescrição foi elaborada à noite por ser uma estratégia de entrar na rotina da unidade com mais facilidade, pois nesse turno existe uma disponibilidade de tempo maior para essa atividade.

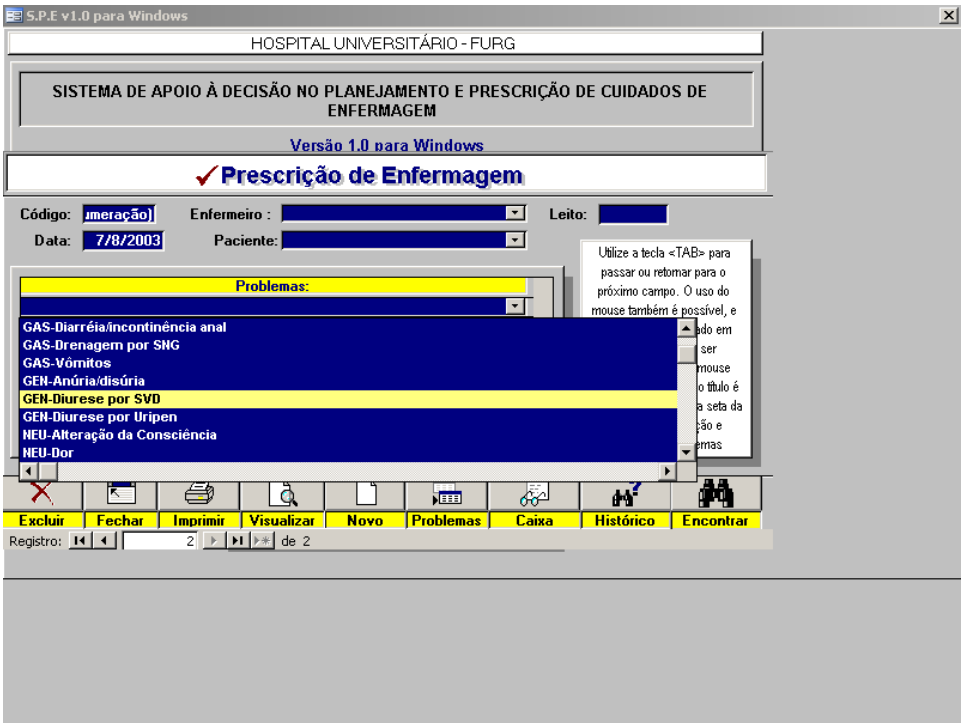
Na semana anterior à implantação, a pesquisadora entregou os convites individualmente a cada participante, explicou sua atuação e mostrou o funcionamento do programa aos enfermeiros. Toda a equipe de enfermagem concordou em participar do projeto. Surgiram muitas dúvidas quanto ao tempo de duração, elaboração e checagem (confirmação da execução das intervenções através do um símbolo "/" sobre o turno correspondente) da prescrição. Iniciou na noite do dia 11 de outubro e a última prescrição foi elaborada na noite do dia 21 de outubro de 2004.

Os enfermeiros da noite, responsáveis pela execução diária da prescrição, manusearam o programa mais detalhadamente. Os enfermeiros da manhã e da tarde aprenderam como cadastrar pacientes novos e a elaborar a prescrição, pois deveriam prescrever para os pacientes que internassem em seu turno ou acrescentar intercorrências relevantes e mudanças no estado da saúde dos pacientes, fato comumente observado em UTI. Eles mostraram-se um pouco receosos em apagar algum dado importante e danificar o programa e surgiram dúvidas quanto às siglas utilizadas no rodízio dos locais de punção subcutânea e quanto aos códigos dos Subsistemas Corporais identificados. Então, foram tranqüilizados com a apresentação

do “Guia para a PEI” (Apêndice E), confeccionado para esclarecer dúvidas e ilustrar didaticamente o manuseio do programa, que ficou disponível para todos na mesa do computador. A Fig. 11 apresenta a tela contendo as siglas dos subsistemas corporais e problemas de enfermagem a serem selecionados pelos enfermeiros:

Com a inclusão dos protocolos no banco de dados do SAD-PPCE, evidenciou-se que o programa ainda não seleciona nem exclui intervenções inadequadas a determinado paciente, contendo na prescrição todas as ações possíveis de serem realizadas. Uma estratégia encontrada foi passar um traço no campo do aprazamento, indicando para anular tal procedimento. O aprazamento das prescrições é feito manualmente (Apêndice F) e cada intervenção já foi inserida no banco de dados com as possibilidades de horário, bastando, apenas, o enfermeiro aprazar conforme seu julgamento clínico.

Fig. 11 – Tela dos Subsistemas e Respectivos Problemas

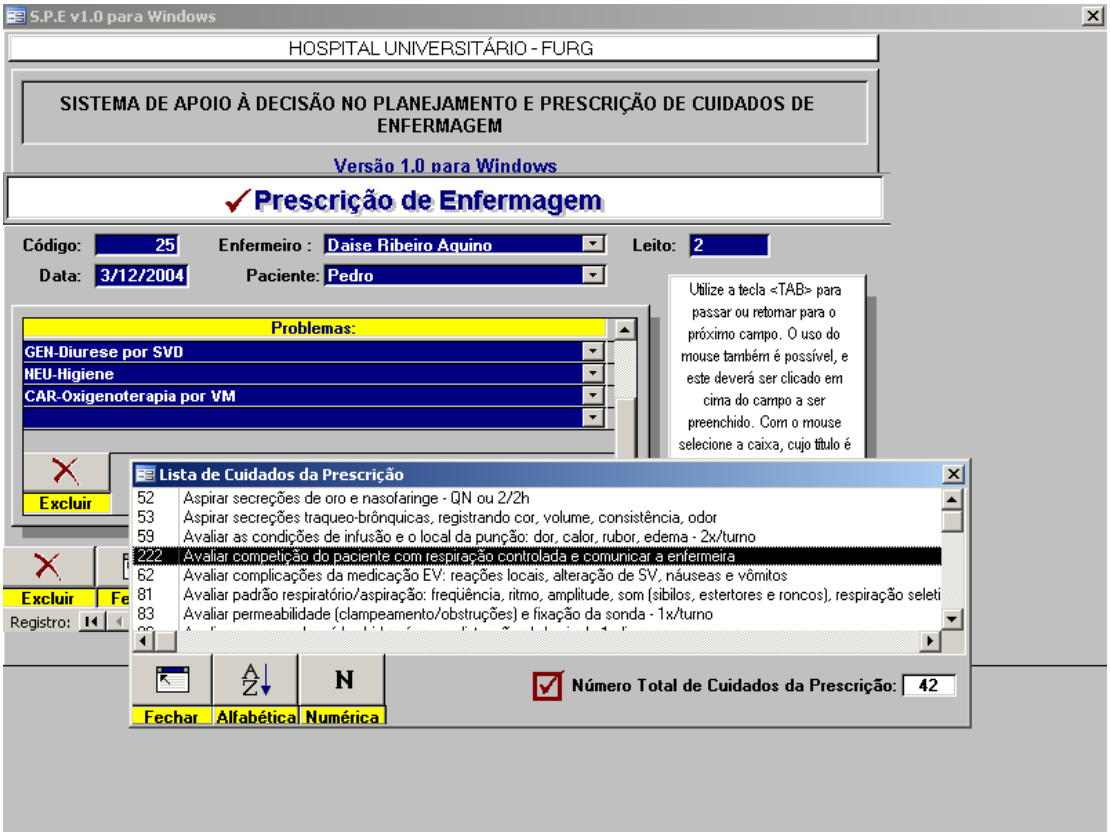


A Fig. 12 serve como exemplo da tela com intervenções para um paciente fictício, em coma e com ventilação mecânica por traqueostomia, onde aparece a “Lista de Cuidados da Prescrição”. Essas intervenções não podem ser alteradas nem mesmo excluídas, permanecendo na PEI o número total de 42, conforme proposto. A intervenção de código 222 está selecionada para exemplificar uma possível exclusão a ser feita. Entre as ações de enfermagem prescritas estarão também:

1. aspirar secreções de oro e nasofaringe - QN ou 2/2h.
2. aspirar secreções traqueo-brônquicas, registrando cor, volume, consistência, odor.
3. avaliar as condições de infusão e o local da punção: dor, calor, rubor, edema.
4. avaliar competição do paciente com respiração controlada e comunicar a enfermeira.
5. avaliar complicações da medicação EV: reações locais, alteração de SV, náuseas e vômitos.
6. avaliar permeabilidade (clampeamento/obstruções) e fixação da sonda - 1x/turno.

A prescrição de enfermagem foi elaborada pela enfermeira e a pesquisadora diariamente, no turno da noite, antes das 22h, prazo limite de validade da prescrição anterior. Essa etapa teve duração de aproximadamente quinze dias. Nesse período, foi possível que as rotinas se concluíssem e se repetissem, possibilitando uma maior evidência de todo o processo. A meta atingida foi o atendimento de todos os pacientes que internaram na unidade, através do uso da PEI. No final de cada período de observação participante, foram realizados registros diários acerca das minhas percepções e sugestões dos participantes para a PEI.

Fig. 12 – Tela das Intervenções de Enfermagem




Pode-se perceber que a prescrição teve boa aceitação na rotina de trabalho desses profissionais, pois era checada diariamente e houve poucos episódios de esquecimento. Um enfermeiro se esqueceu de prescrever a única internação que ocorreu no turno da noite, após a elaboração da PEI. Além disso, nenhuma prescrição foi realizada novamente em outro turno, quando houve intercorrências. Os auxiliares/técnicos na sua maioria, seguiram e mantiveram a PEI checada, entregando-a na passagem de plantão.

Além disso, foi muito gratificante a participação dos profissionais, em especial do turno da tarde, que sempre traziam novas sugestões para que a prescrição pudesse ser melhorada. Entre elas, cito algumas principais:

1. a prescrição é muito extensa, deve-se tentar resumí-la, principalmente quando descreve vários sinais e sintomas que precisam ser avaliados no paciente;
2. deveria conter campos para serem registradas com um “X” as alterações apresentadas pelo paciente durante o plantão, como convulsões, diarréia, sudorese, taquicardia;
3. deveria ter o aprazamento preenchido pelo profissional que executa, ao invés de já vir aprazada, pois pode haver mudanças durante o plantão, como a troca do intracath e corte de unhas antes do prazo prescrito;
4. aprazar mais vezes a higiene oral e a troca de decúbito à noite, pois o turno tem duração de 12 horas e, quando é 2x/turno, na noite deve ser realizado quatro vezes.

Como solução para a sugestão 1 e 2, utilizou-se fazer a checagem em cima da palavra que corresponde ao sinal ou sintoma apresentado pelo paciente, identificando o turno ou o horário que aconteceu, da seguinte forma: convulsões $/^{M}$ $/^{T}$ $/^{N}$. Com esse controle, as alterações apresentadas pelos pacientes são registradas a fim de facilitar o fluxo de informações intra-equipes de enfermagem, bem como com as equipes, médica, fisioterapeuta e outros.

A sugestão 3 foi ouvida e (re)sugerido que fosse checada a intervenção, mesmo num período precoce, porém deveria ser registrada acima da checagem, a data ou o horário realizado para que, na próxima prescrição, essa data fosse considerada e o novo aprazamento ocorreria a partir dela. A sugestão 4 foi auxiliada por um enfermeiro que explicou ao participante sobre a inviabilidade de movimentar os pacientes à noite para a realização de procedimentos.

A prescrição de enfermagem informatizada entrou facilmente na rotina da unidade, ficava na prancheta do paciente, juntamente com a folha de balanço hídrico e prescrição médica. Ao iniciar uma prescrição de enfermagem informatizada nova, a antiga ficava arquivada em uma pasta de documentos do paciente, onde também estavam as evoluções antigas. Alguns auxiliares e técnicos relataram que as checavam somente no final do plantão, após fecharem a folha de balanço hídrico parcial. Observou-se também que os participantes realmente as adotaram como método de trabalho e inclusive as utilizavam para fazer registros nas intercorrências, como ficou registrado: “enema às 16h”, “aumento de secreção oral”, ao lado da intervenção “aspirar secreções”, “paciente sedado e ATENÇÃO” abaixo da intervenção - “observar competição do paciente com o respirador”.

### 5.5 (Re)construção coletiva na avaliação

Para formar um corpo de conhecimentos comum sobre a aplicação prática da PEI em UTI e avaliar a importância do fenômeno estudado, busquei conhecer a percepção dos envolvidos na proposta, tendo em vista deixar emergir as opiniões que se formaram durante a sua implantação. Foram realizadas **entrevistas semi-estruturadas** (Apêndice D) com os enfermeiros e técnicos de enfermagem, direcionadas para a discussão das contribuições da prescrição de enfermagem no trabalho e as possíveis dificuldades e facilidades na sua aplicação e interpretação. O entendimento dessas facilidades e dificuldades provindas da experiência cotidiana, poderá se constituir como proposta para trabalhos posteriores que visem a melhoria contínua desse processo.

Segundo Trentini e Paim (1999), a entrevista semi-estruturada se caracteriza pelo pesquisador buscar saber o que acontece e como acontece, a partir da conversação, descrições e informações que são apreendidas, elaborando um roteiro de temas, no qual a maneira de fazer perguntas dependerá das características do entrevistado, linguagem e nível de interação com o entrevistador. As entrevistas prolongaram-se por aproximadamente 15 minutos e ocorreram durante o turno de trabalho dos participantes. Foram gravadas em fita K7 e posteriormente transcritas (entre aspas e no modelo itálico), analisadas e ratificadas pelo entrevistado.

As entrevistas tiveram o objetivo de verificar as percepções e sentimentos dos participantes em relação à adoção da PEI. Num clima de descontração e liberdade, os mesmos foram estimulados a falar sobre as contribuições e mudanças observadas na organização do seu trabalho, as dificuldades e ainda fazer um balanço entre esses aspectos e concluir se seria viável utilizá-la definitivamente como instrumental metodológico do trabalho. Conhecer a realidade da prática do PE implica em compreender a organização do trabalho de enfermagem, o significado cultural que os profissionais atribuem a essa metodologia de assistência e os fatores que interferem nessa prática (CIANCIARULLO et. al. 2001).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas durante o turno de trabalho, no vestiário interno da unidade. Durante as transcrições das gravações, foram selecionados dados que denotassem tópicos relevantes para a categorização e interpretação dos dados, tais como: a importância da PEI na organização do trabalho, as contribuições na função administrativa de supervisão pelo enfermeiro, as dificuldades quanto à burocratização das tarefas, a valorização do trabalho da enfermagem e novas sugestões para adaptações futuras.

Essa estratégia veio a somar na proposta de uma construção coletiva, pois foi também nesse momento que as pessoas envolvidas puderam ser ouvidas individualmente, expressando suas expectativas e experiências quanto ao uso de uma metodologia que pudesse vir a contribuir muito para o seu trabalho. No que se referiu aos benefícios, surgiram quanto à **organização do trabalho**:

> *"Na correria do teu período de trabalho, tu esquece e, ali, com a prescrição, tu diz: Oh! esqueci de fazer! Ou, senão: 'tô atrasada! Tenho que retornar, tenho que me agilizar porque isso eu ainda não fiz! É como se fosse um lembrete, porque é a tua rotina, é o teu dia-a-dia, mas caba passando. Se deveria ser de duas em duas horas certinho, às vezes passa"* (Terra – Téc. Enf.).

> *"Ajuda a lembrar e a conferir. No final do plantão, tu pode conferir alguma coisa que tenha ficado, mas eu me preocupava em não deixar para checar tudo no final, porque, de repente, se falta alguma coisa, ainda tem mais um tempo"* (Sol – Téc. Enf.).

Através dessas falas, pode-se perceber que o trabalho da enfermagem é composto por uma grande variedade de pequenas ações, mas que são muito importantes no contexto do cuidado, portanto precisam ser organizadas pelo PE. Cianciarullo et. al. (2001) dizem que, considerando a perspectiva como método de organização do trabalho, o PE pode ser entendido como uma ação estratégica, um meio que orienta a realização de cuidados de enfermagem com base em escolhas racionais.

> *"Facilita, dinamiza as atividades de enfermagem tanto do enfermeiro como do auxiliar e do técnico. Tendo uma prescrição padronizada, de acordo com as necessidades de cada paciente, se visualiza o que tem para fazer, pois pode ocorrer esquecimento pelo acúmulo de trabalho"* (Estrela – Enfa.).

Ao serem organizadas as ações, a partir da PEI, evitam-se esquecimentos e proporciona-se ao profissional a possibilidade de gerenciar o seu tempo a partir da visualização de todas as intervenções que ainda faltam ser concluídas durante o turno de trabalho. Assim, a equipe, ao buscar garantir o seu completo cumprimento, oferta

uma assistência mais eficaz e segura ao paciente. Os enfermeiros e técnicos vêem a PEI e o uso do PE em geral, uma forma de **valorizar a profissão**, uma vez que o registro denota uma condição de importância às ações executadas. Nessa perspectiva, foi destacado que:

> *"A prescrição vai reunir o trabalho da enfermeira, dos auxiliares e técnicos. Na grande maioria das vezes, a gente não registra o que faz ou acaba só o enfermeiro registrando na evolução. Acho válido para o restante da equipe também saber o que é feito, podendo recorrer quando precisa e também para valorizar o trabalho da enfermagem. Existe um trabalho muito físico e pouco registrado. Não se tinha uma prescrição que se pudesse registrar o cuidado, se registrava apenas a medicação"* (Lua – Enfa.).

> *"O benefício é que fica demonstrado o trabalho da enfermagem, porque a gente trabalha muito e não aparece. A prescrição de enfermagem vem a favorecer nesse ponto: consegue-se ter registrado tudo o que se faz no dia-a-dia de trabalho"* (Água –Enfa.).

O registro é uma forma de visualizar e, portanto, valorizar um fazer que muitas vezes é comparado ao doméstico e considerado rotineiro. Esta minimização da valorização dos cuidados indispensáveis à vida, bem como sua fragmentação em tarefas, prejudicam tanto a valorização como o reconhecimento social e econômico dos cuidados de enfermagem que, por extensão, reflete-se na profissão como um todo, configurando-a como um trabalho desqualificado, podendo reforçar o mito de sua subalternidade (LUNARDI FILHO, 1998).

> *"Acho importante a enfermagem fazer o seu trabalho baseado em alguma coisa, porque ela se baseia mais pela prescrição médica. Acho que a prescrição de enfermagem ainda poderia ter muito mais coisas. Durante o dia, acontecem algumas coisas que podem ser anotadas"* (Pedra – Téc. Enf.).

Essa assertiva referida por Pedra, mostra o que anteriormente foi citado por Lunardi Filho (1998), quanto à centralidade posta na prescrição médica, ao afirmar que o trabalho da enfermagem mostra-se muito dependente da prescrição médica, a qual parece adquirir um caráter organizador e informativo, percebido como suficiente e

exclusivo para direcionar a atuação assistencial dos trabalhadores da enfermagem. Com o uso da PEI nesse período, as ações puderam ter outro direcionamento, deslocando ou dividindo a importância das atribuições entre a realização das intervenções de enfermagem e a administração de medicações.

Outro benefício destacado pelos entrevistados foi a participação da PEI na concretização da **supervisão** das tarefas executadas pelos auxiliares e técnicos. O enfermeiro, na sua função se supervisor das ações de enfermagem, pode ser auxiliado, se fizer uso desse método, pois:

> *"Consegue ver se foram feitos realmente todos os cuidados que o paciente precisava, porque, às vezes, passa desapercebida alguma coisa que a gente deva fazer"* (Água – Enfa.).

> *"Daí tu tem como controlar se o paciente foi mudado, foi lateralizado, foi hidratado, porque se tem um acompanhamento 24 horas do que foi feito de cuidado com o paciente. Embora dependa muito da característica de cada profissional, pois, de repente, pode ter determinado profissional registrando e não fazendo, mas a grande maioria das pessoas, se registra, é porque faz"* (Lua – Enfa.).

Isso implica poder-se afirmar que, ao planejar ações, a enfermagem define seu papel dentre as profissões da área da saúde e, ao registrar as ações planejadas, através da prescrição de enfermagem, concretiza a conotação existente de que o registro pertence às ações indispensáveis à terapêutica e, por isso, precisa ser consignado por escrito. Com esse planejamento, é possível alcançar um maior controle das ações de enfermagem, supervisionando as atividades pertinentes ao cuidado, observando as que deixaram de ser executadas para avaliar a qualidade e a quantidade dos recursos humanos e materiais disponíveis e, assim, redefinir uma nova organização do trabalho.

> *"Não sei se a enfermeira checou a parte dela. Eu checava só a minha parte, propositalmente, deixava em branco a aspiração. Já deixei propositalmente toda a minha parte em branco, pra ver se ela ia conferir e ela não conferiu ...*

> *Papel aceita tudo. Eu posso dizer pra enfermeira que fiz tal coisa e não fazer ou vice-versa. Eu posso até esquecer de checar, mas sei o que eu fiz. Posso esquecer de passar no plantão pro colega, mas eu sei que eu fiz e é isso que importa"* (Sol – Téc. Enf.).

Segundo Kurcgant (1991), supervisão é um processo educativo e contínuo que consiste, fundamentalmente, em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades, com base em normas, desenvolvendo e capacitando-os, a fim de manter elevada qualidade dos serviços prestados. Como é um processo contínuo, acredito que apenas em dez dias de experimentação parece ser inviável desenvolver a habilidade rotineira de usar a PEI como um instrumento para supervisionar o trabalho e provavelmente esse pode ter sido o motivo da falha da enfermeira referida por Sol.

> *"Às vezes a gente tem colega de equipe que sabe fazer, mas não faz. Um puxa, outro não puxa e vai acumulando... Com a prescrição não varia o cuidado, só o que varia é o paciente"* (Pedra – Téc. Enf.).

Cada profissional tem suas características próprias, sendo um indivíduo com determinadas habilidades e também deficiências. Entretanto, as ações de enfermagem não podem sofrer essas influências e constantes variações no seu modo de fazer. Por esse motivo, as instituições de saúde devem normatizar a assistência e adotar o PE. Com o uso da PEI, ficou comprovado nesse trabalho que as atividades não se flexibilizam de acordo com as peculiaridades de cada profissional e sim, com as do paciente, devendo receber sempre a mesma assistência, independentemente de quem as execute.

As dificuldades expostas pelos usuários da PEI permearam as barreiras administrativas advindas não só do seu uso, mas da sobrecarga de rotinas **burocráticas** que distanciam a enfermagem da sua verdadeira função. Além disso, algumas normas locais, regulamentadas ou não, são seguidas, no sentido de desviar o

trabalho da enfermagem para outras tarefas, dificultando a compreensão sobre a importância da PEI.

> *"É mais um papel. Tem muito papel: prescrição médica, farmácia, almoxarifado, que tem que checar, na hora de guardar o material"* (Terra – Téc. Enfa.).

> *"É mais um papel, mais uma burocracia para preencher. A gente não fica só com o paciente, tem os materiais que a gente leva para o CME, vai à farmácia, atende o telefone e a porta. Acho que agente é muito sobrecarregado, assim...em outras funções. O residente faz gasometria, mas é agente que leva e busca."* (Sol – Téc. Enfa.).

Além do preenchimento desses documentos burocráticos, como requisição de materiais, medicamentos e demais procedimentos (o que ocorre geralmente uma vez ao dia), observa-se que a enfermagem dispende muito do seu tempo realizando funções que são da competência de outros profissionais, porém foi assumida, mesmo ainda que sutilmente, como assim sendo de sua incumbência. Se houver uma reflexão do motivo pelo qual esses profissionais devem completar o trabalho de outros ou preencher o serviço de secretaria, com certeza, não encontraríamos respostas convincentes, porque essas inexistem.

Segundo Lunardi Filho (1997), o afastamento do enfermeiro das funções assistenciais tem como justificativa para os prováveis motivos da ocorrência desta situação a crescente burocratização dos hospitais, onde determinadas atividades administrativas foram, gradativamente, sendo assumidas pelo enfermeiro, personificando o papel esperado em instituições com tal configuração, conduzindo-o a dedicar-se ao desenvolvimento de muitas atividades de caráter burocrático. A prioridade no trabalho deveria ser atingir o objetivo-fim da ação, ou seja, a melhora na condição de saúde do indivíduo e, em segundo lugar, as atividades - meio, como as ações burocráticas.

> *"Fica difícil elaborar a prescrição de enfermagem às 22 horas, porque os pacientes intercorrem ou tem que aprazar a prescrição médica e entregar na farmácia, antes das 21h e, muitas vezes, não dá tempo. Poderia ser como a prescrição médica: feita à noite para iniciar às 8 horas do outro dia"* (Estrela - Enfa).

A prioridade dada à realização do aprazamento da prescrição médica em detrimento da prescrição de enfermagem mostra, mais uma vez, a responsabilidade assumida pelos enfermeiros em cumprir ações de natureza burocrática, a centralidade posta na prescrição médica e a subordinação do trabalho da enfermagem ao trabalho de outra profissão. É emergente a necessidade de conscientização da enfermagem para a sua valorização como profissão do cuidado e de reorganização dos serviços, no sentido de desconstruir gradativamente essas culturas institucionais, buscando a priorização do seu fazer em relação às demais atividades.

Conforme referido por Nogueira (1999), um bom padrão é aquele elaborado pelas pessoas que o porão em execução, devendo partir de consenso grupal, ser simples e baseado na prática. Assim, as **sugestões** para a PEI foram extremamente válidas para seu aperfeiçoamento e melhoria contínua.

> *"A desvantagem foi o tamanho dela, poderia ser mais objetiva, mais suscinta" (Lua – Enfa.).*

> *"a lista de intervenções ficou muito extensa e depende de certo tempo para ler. Às vezes, não se tem tempo em função do trabalho muito corrido, mas, com um resumo, uma adaptação, acho que fica fácil de trabalhar" (Água – Enfa.).*

Mesmo com todas as tentativas de adaptação e concisão, a simplificação alcançada parece ainda insuficiente. Uma nova estratégia seria evitar descrever as intervenções, como por exemplo, solicitar apenas a troca do curativo e retirar a parte de avaliação da hiperemia e do calor na lesão. Para tanto, seria necessário já existir uma assistência normatizada pela SAE, onde estaria descrito um padrão técnico a ser

observado na realização de curativos. Outra alternativa seria usar por mais tempo a PEI, a fim de inserí-la na rotina e, com isso, verificar se o problema seria reduzido com a familiarização dos termos. Dessa forma, as informações de cunho educativo seriam mantidas e os profissionais e alunos seriam beneficiados.

Um aspecto levantado foi a importância do rodízio das punções e aplicação de injeções. Segundo Horta (1979, p. 67), “assim também serão prescritos os locais para injeção intramuscular, obedecendo rodízio, quando assim for necessário”. Nas intervenções que exigiam rodízio, o aprazamento, ao invés de estabelecer o horário, contemplava os locais a serem seguidos, visando evitar lesão no paciente. Ao ser checado determinado local, esse só seria usado novamente após nove aplicações, sendo utilizadas as siglas: D/D – D/E – ABD/D – ABD/E – DORSO/D – DORSO/E – VLC/D – VLC/E – GLU/D – GLU/E.

> *“Tinha paciente com insulina e Heparina. Então, são dois rodízios para serem observados. Uma coisa que eu notei era que não era seguido no outro horário. De um dia pro outro, não aparecia que rodízio foi feito, porque trocava a prescrição”* (Pedra – Téc. Enf.).

O objetivo desse aprazamento é facilitar a comunicação entre os turnos, pois fica difícil saber qual foi o local da última punção realizada, tendo em vista que a maioria dos pacientes apresenta déficit de consciência. Contudo, ainda é necessário checar os locais já puncionados na prescrição nova para evitar punções repetidas, conforme alertado por Pedra.

Por último, quando os entrevistados foram instigados a avaliar todos os aspectos conversados e posteriormente determinar se a adoção da PEI no seu trabalho e conseqüentemente na UTI do HU seria viável, responderam que é possível de ser implantada, apesar de que

> *"Tudo que é novo sempre gera um pouco de desconforto e um pouco de dificuldade, mas, depois, com o tempo, é mais fácil"* (Água – Enfa.).

Na assertiva dessa enfermeira, fica claro o impacto gerado, quando uma nova proposta é admitida em um espaço que contempla uma cultura diferente. A preocupação com o novo é uma constante na vida de todo ser humano, pois traz um mundo de incertezas e desafios ainda desconhecidos, onde se consegue apenas imaginar possibilidades. Uma visão positiva é entender o conflito inicial como uma fase de adaptação, visando chegar a uma nova acomodação e, assim, ao crescimento.

> *"Eu usaria, acho que tudo que a gente faz em beneficio do paciente é válido. Não interessa se é mais trabalho, se é mais cansativo, se tu tá estressada. Não vai mudar, o salário é o mesmo, o emprego é o mesmo, mas eu tento fazer o melhor que posso pelo paciente, para chegar em casa com a consciência tranqüila"* (Sol – Téc. Enf.)

Transposta essa etapa de adaptação, a satisfação em desenvolver o trabalho de forma mais segura para o paciente, pode ser recompensadora do conflito. É o que se pode concluir da assertiva de Sol, quando exprime, de maneira muito espontânea, os seus sentimentos em relação ao compromisso ético e profissional que fundamenta o seu fazer. Corrobora Lunardi Filho e Leopardi (1999, p. 32), quando afirmam que "o trabalho representa algo bem mais amplo do que a simples manutenção da sobrevivência. Pode constituir-se na condição de realização da pessoa humana, na qual ela se exterioriza e se dignifica."

Ao final desses passos pode-se perceber que emergiu, durante os processos de investigação, as características dos sujeitos, a maneira como criam, modificam e interpretam a realidade. Essa trajetória de construção ocorreu em espaços individuais e coletivos, configurando a proposta da pesquisa convergente-assistencial na dança de

aproximação da teoria com a prática da enfermagem, emergindo daí, as concepções dos sujeitos, com suas resistências e possibilidades na adoção da PEI.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos passos iniciais, quando a proposta era conhecer e se inserir na realidade, conhecendo-a e interpretando-a, foi possível perceber as inter-relações objetivas e, ainda, as subjetivas entre o profissional e seu trabalho. Uma delas foi entender porque muda diariamente o auxiliar/técnico de enfermagem que cuida de determinado paciente. Essa rotatividade revela uma tentativa de prevenção ao desgaste emocional, causado pela rotina de repetir diariamente as mesmas intervenções de enfermagem a um paciente que, muitas vezes, não mostra melhora no seu quadro clínico, denotando uma fluidez e invisibilidade do trabalho, conforme referido no diálogo com uma técnica de enfermagem, quando afirma que *"é cansativo demais vir trabalhar, pensando que vai repetir tudo de novo... Desestimula... Quando a gente troca de paciente todos os dias, fica melhor"*.

Visualizo uma importante possível função desempenhada pela prescrição de enfermagem nessa situação, por entender que, com a mudança diária do profissional responsável pela assistência, algumas rotinas podem ser esquecidas ou até ser desconhecida alguma peculiaridade do tratamento. O uso da prescrição de enfermagem pode assegurar que todas as intervenções sejam mantidas independentemente de quem as executa.

A divisão de funções esteve expressa na forma de organização da documentação circulante na unidade: as evoluções médicas e da fisioterapeuta ficavam

no prontuário do paciente, as prescrições medicamentosas de dias anteriores e as evoluções de enfermagem eram armazenadas em uma pasta anexa. Como a prescrição de enfermagem informatizada foi mais um componente desse conjunto, havia uma preocupação em saber que local ela ocupou nesse contexto, se futuramente substituiria alguma outra forma de registro e como isso aconteceria.

Com a pesquisa documental na evolução de enfermagem, na prescrição médica, no livro de intercorrências, no prontuário do paciente e na planilha geral dos problemas emergiram alguns aspectos da inserção da prescrição. O elemento inicial de comparação foi a evolução de enfermagem, que ficava por aproximadamente 24h anexada à prescrição médica, à folha de balanço hídrico e sinais vitais, na prancheta individual do paciente. Após esse período, a evolução era arquivada em pasta anexa. Entende-se que embora fiquem arquivadas separadamente, as evoluções médicas e de enfermagem apresentam igual importância para aqueles que atuam na unidade, pois ambas são consultadas.

Acredito que esse foi apenas um modelo de organização seguido, bem como a PEI também ficou na prancheta diária do paciente por 24h e posteriormente foi arquivada com a evolução. Em muitas unidades, pode-se perceber a separação dos registros de enfermagem dos registros dos demais componentes da equipe de saúde. Convém refletir se essa é apenas uma forma de organização da documentação ou além do registro, a prática pode estar tendendo para a fragmentação interdisciplinar.

Quanto ao fato da prescrição substituir outra forma de registro, talvez as evoluções poderiam ser reduzidas, quanto à descrição das intervenções, uma vez que essas já estariam registradas na prescrição. Outro documento a ser questionado é o “livro preto” de intercorrências da enfermagem, usado durante a passagem do plantão,

que tem a finalidade de registrar os problemas administrativos (como o empréstimo e a desinfecção de materiais) e resumir as principais alterações dos pacientes. Constando essas alterações na evolução, resumida devido ao uso da prescrição, a passagem de plantão poderia ser fundamentada nos registros da evolução e prescrição, ficando o "livro preto" reservado para os problemas de ordem administrativa, quando houvesse. Assim, com o uso da evolução e da prescrição na passagem de plantão, seria otimizado o tempo do enfermeiro dispensado para registros.

A planilha geral de problemas ou "relatório de rotinas" parece ser um elemento organizador que fornece uma visão geral do quadro clínico de todos os pacientes, pois é usado por toda a equipe de saúde. Inclui os diagnósticos médicos, o balanço hídrico total, a medicação usada, o tempo de internação e o tempo/uso de sondas, drenos e cateteres. Para a enfermagem, a listagem de problemas e o tempo/uso de sondas, drenos e cateteres poderiam ser conhecidos e controlados também através da utilização da PEI.

## 6.1 Projeções para o Processo de Enfermagem

Além dessas possíveis mudanças vindas com a adoção definitiva da PEI na UTI, a sua constante reformulação precisará seguir princípios básicos que estabelecem diretrizes para a construção de futuras prescrições, dentro de um modelo que se proponha a ser simplificado:

1. ter como foco a satisfação das necessidades biológicas;
2. conter intervenções realizáveis em uma escala de tempo determinada;
3. conter parte das rotinas e de alguns procedimentos;

4. abranger restritamente o domínio de atuação profissional da enfermagem;
5. estimular a realização das demais etapas do PE;
6. garantir a troca de materiais para a prevenção de infecção;
7. visar a proteção do cliente e do funcionário;
8. ser clara, concisa, objetiva e educativa.

Dos princípios citados, um ainda a ser comentado é o de estimular a realização das demais etapas do PE. Como isso se daria? Horta (1979, p.35), quando afirmou que o PE “caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”, deixou vaga a maneira como o inter-relacionamento se concretizaria. Essa ligação, identificada após a análise minuciosa do conteúdo da prescrição e do PE como um todo, é evidenciada nas intervenções que visam garantir e estimular a execução das demais fases do PE.

Em outras palavras, as intervenções que contém os verbos avaliar, comunicar, verificar e registrar fazem parte da proposta, uma vez que avaliar e verificar implica que o enfermeiro deve realizar o exame físico diário, bem como comunicar e registrar, significa evoluir as intercorrências. Como exemplificação dessa idéia, têm-se as intervenções: "avaliar sinais de infecção do trato urinário: hipertermia, urina turva, hematúria e anorexia" ou "avaliar padrão respiratório e/ou sinais de aspiração – freqüência, ritmo, amplitude, som (sibilos, estertores e roncos), respiração seletiva, produção de escarro e tosse ou avaliar e registrar características da drenagem (coloração, odor, consistência e volume)".

Outro item a ser desenvolvido é a questão das intervenções que, além de visarem promover uma melhora do quadro clínico, devem buscar também proteger a integridade física do cliente e dos profissionais. Pode-se citar por exemplo, as

intervenções para o rodízio nos locais de aplicação da Insulina e Heparina, previnem lesão e necrose tecidual. Quanto ao profissional, algumas intervenções se direcionam também à sua própria proteção, como no caso das que solicitam: “manter precaução respiratória, usando máscara” e “manter precaução entérica e/ou com sangue e fluídos, usando máscara, luva, avental e óculos”. Essas intervenções são formas de prevenção adotadas, principalmente nos caos de atendimento aos paciente com AIDS.

Exigir que a PEI seja um recurso educativo deve ser uma preocupação presente na sua construção. Deve-se descrever a intervenção o mais elucidativa possível, quanto ao problema e aos motivos de sua aplicação. Esse método favorece o entendimento de todos os indivíduos sobre as medidas tomadas para cada paciente, como no caso: avaliar rash, hipersensibilidade, fotofobia e disfunção renal *para paciente em terapia com Levofloxacino* e desinflar o balão da traqueostomia periodicamente *para reduzir o risco de necrose do tecido traqueal*. Assim, o executor da PEI age baseado no raciocínio lógico, ao invés da simples reprodução mecânica de instruções, acrescentando as informações ao seu saber.

Facilita também, o compartilhamento e a construção do conhecimento coletivo, uma vez que todos desenvolveram ações e interagiram, a partir da informação recebida. Acredito que essa é uma das principais funções da PEI: produzir, compartilhar e atualizar conhecimentos para a enfermagem e para a saúde. O conhecimento é um poderoso instrumento do trabalhador, seja para sua desalienação, seja para habilitá-lo para a execução técnica da atividade necessária. Como o saber não tem existência como fato em si, faz-se necessário buscar a sua objetivação em algo concreto, como uma nova estratégia de trabalho (LEOPARDI, 1999).

A PEI serve tanto para manter a equipe de enfermagem atualizada e embasando suas ações no conhecimento científico, quanto para auxiliar no aprendizado dos alunos estagiários do HU. Favorece também o desenvolvimento de pesquisas no campo da informática em saúde, bem como na continuidade de investigações acerca de novas intervenções possíveis.

Durante a implantação, a PEI auxiliou a supervisão de estágios do curso técnico em enfermagem, quando utilizaram suas informações como guia das intervenções e rotinas da unidade. A maioria relatou se sentirem inseguros, sem saber como agir naquele ambiente, pois nunca haviam trabalhado em uma UTI. Usando e checando a PEI, pareciam mais seguros e atuantes na unidade. No período de implantação, também havia uma participante recém admitida e avaliou a experiência como muito válida para a sua inserção no local.

Desse modo, parece que, além dos alunos, inclusive os graduandos em Enfermagem, beneficia também a capacitação de recursos humanos da própria instituição de saúde, pois novos funcionários, ao serem admitidos na unidade, podem se adaptar mais facilmente, usando esse método. Esses participantes indiretos e inesperados no estudo trouxeram a comprovação de mais essa contribuição educativa no uso da metodologia da assistência, principalmente por estar inserida em um hospital de ensino.

A dúvida nesse processo foi um forte elemento incentivador para a busca de maiores conhecimentos. Uma inquietação emergida entre os enfermeiros, durante a aplicação, foi o motivo da existência de intervenções nas quais a responsabilidade pela execução e checagem seria do próprio enfermeiro, pois acreditavam que, assim, estariam prescrevendo para eles próprios. Frente a esse questionamento, fui em busca

da seguinte assertiva de Cianciarullo et. al. (2001, p.192), quando apresentam que “a prescrição de enfermagem é cumprida pelas diferentes categorias funcionais (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) da equipe de enfermagem e o ‘cuidado’ é checado e rubricado por quem o realiza (...)”. Até quando a atividade é realizada pelo paciente e apenas orientada ou supervisionada pelo profissional, pode estar contida na prescrição de enfermagem (GRIFFITH-KENNEY et al. apud CIANCIARULLO et al., 2001).

Mesmo com todo o embasamento teórico, essa e novas dúvidas certamente irão surgir, pois o PE é um instrumento metodológico do trabalho que exige uma experimentação maior para se ter domínio. Esse modo de realizar o trabalho só atingirá sua plenitude em determinado local, com a prolongação do seu uso e com o uso de um referencial teórico, como o de Horta, apoiando sua operacionalização. Para uma implantação efetiva, seria necessário sistematizar a assistência de enfermagem e formar um grupo de estudos somente para a PEI. Havendo uma mobilização conjunta, a SAE estabeleceria padrões técnicos de normas e procedimentos, juntamente com a equipe médica, farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalas (CCIH).

Confirmando essa posição, Cianciarullo (2001) aponta algumas condições para a implementação do PE: a participação da chefia de enfermagem, a quantidade e a qualidade dos recursos humanos adequada para o trabalho em equipe, a padronização de normas e rotinas na unidade, o treinamento dos enfermeiros e a manutenção de um trabalho que permita o aperfeiçoamento da qualidade de enfermagem. Somente com a SAE, as intervenções consideradas irrelevantes, rotineiras, disfuncionais, imprevisíveis, inviáveis teriam um lugar normatizado.

As rotinas, quando registradas, mostram realmente todo o fazer da enfermagem, que não dá conta de ser explicitado por escrito na PEI. Talvez, uma opção para visualizar essas ações seria transcrevê-las no Plano Assistencial proposto por Horta, onde se verificaria e contabilizaria todas as ações realizadas em um turno de trabalho, incluindo, ainda, as intervenções aqui classificadas como imprevisíveis e irrelevantes. Segundo Cianciarullo et al. (2001), no PE do HU da USP, as intervenções rotineiras não fazem parte da prescrição de enfermagem, sendo usados padrões assistenciais para cada unidade, denominados Diretrizes Auxiliares da Assistência de Enfermagem.

Com esse estudo constatou-se que o PE constituído de três etapas, direcionado à solução dos problemas psicobiológicos, classificado por subsistemas corporais, baseado na SAE e auxiliado pelo uso da PEI é viável de ser implementado e pode ser utilizado tanto nas academias quanto nos hospitais. Trabalhando com a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva, pôde-se constatar sua efetividade, pois a maioria dos seus princípios já estava contemplada na forma de trabalho da unidade, expresso na nota de admissão e evolução diária, servindo a PEI apenas para complementar e concluir o processo.

A abordagem interdisciplinar, o direcionamento das ações para o tratamento dos problemas no nível hospitalar e o uso do conhecimento clínico em enfermagem são fatores facilitadores da implantação. Para essa realidade ser transposta a outras, é preciso criar uma visão direcionada às potencialidades dos indivíduos envolvidos, os quais, muitas vezes, pretendem fazer o melhor em seu trabalho, mas podem estar à espera de um estímulo externo, que mostre novas metodologias e experiências.

Acrescida a essa visão está, principalmente, a coragem de experimentar o novo, de estar aberto e acreditar na proposta. O trabalho minucioso de analisar as intervenções uma a uma, para melhor as conhecer, estudar, interpretar, classificar, escolher o melhor verbo, o melhor aprazamento, buscar a clareza na redação, a concisão, o dinamismo e a adaptação à realidade, também é um trabalho artesanal, onde se constrói, desconstrói, molda, acentua curvas, pinta, decora e aprecia, sendo inimaginável essa construção acontecer de outra forma.

## 6.2 À Guisa de conclusão

Ao alcançar o objetivo principal, construir e implantar a PEI, fica o questionamento se o PE simplificado seria viável em outras unidades de internação e em outros hospitais, pois essa construção não pretende ser soberana e única dentro de uma proposta. É, a partir desse ponto, que surgem outras maneiras de enxergar o tema e conseqüentemente, novas razões propulsoras do movimento em busca de respostas.

Os objetivos específicos foram sendo atingidos, à medida que a construção ia perfazendo os caminhos propostos. Conhecer os problemas de enfermagem mais freqüentes foi também uma etapa de aproximação com a realidade, facilitada pela vivência prévia com os atuantes do local em outras oportunidades. Todavia, a investigação das intervenções na literatura foi dificultada pela escassez de bibliografias contendo intervenções de enfermagem específicas ao paciente grave.

A instrumentalização da equipe de enfermagem para o manejo do SAD foi uma experiência bastante positiva, à medida que os enfermeiros se mostravam interessados em conhecer o programa, porém o guia confeccionado não foi utilizado, pois os

enfermeiros não prescreveram os pacientes, conforme solicitado, quando houve alterações no estado de saúde dos mesmos. Todavia, pode-se afirmar que o processo de enfermagem foi realizado em todas as suas etapas, conforme objetivo inicial e que a equipe de enfermagem colaborou bastante, quando expressou suas opiniões a respeito da experiência, inclusive, sugerindo possíveis modificações do método construído.

Conforme indicado por Trentini e Paim (1999), a etapa da transferência consiste em afirmar a adaptação em outras realidades, sendo uma condição indispensável para sua realização, a construção coletiva, a partir da realidade do contexto na qual será inserido. Essa experiência participativa pode acrescentar à enfermagem mais uma peculiaridade no seu fazer: ser coletivo e integrado. A implantação do PE, que antes parecia uma utopia, transformou-se em realidade e, para conseguir esse feito, a principal alternativa descoberta foi, antes mesmo de procurar classificações para as ações da assistência, construir coletivamente.

Assim, falar sobre um processo de construção coletiva, estimula a redesenhar os caminhos percorridos e a analisar as relações envolvidas nesse processo. A seguir pretende-se tornar mais explícito os significados emergidos dessa experiência.

As incertezas que me acompanhavam para propor o uso dessa metodologia, exigiram cada vez mais acreditar no benefício e na utilidade da proposta. Muitas vezes, o desânimo insistia em supor ser a PEI apenas mais um papel com o fim único de tentar demonstrar o valor da profissão. Felizmente, as primeiras tentativas foram correspondidas com uma resposta positiva dos participantes que, sem perceber, me estimulavam e assim também era recíproco. Pensei, então, na possibilidade da prescrição de enfermagem ser mais um papel, porém é o único realmente de total

responsabilidade e privacidade do enfermeiro, uma vez que muitos outros foram e continuam sendo burocraticamente assumidos.

Um dos requisitos solicitados na pesquisa convergente-assistencial é a habilidade do pesquisador em se fazer aceito pelo pessoal interno ao contexto pesquisado. Essa foi uma grande insegurança encontrada, desacreditando da minha capacidade de integração e inter-relacionamento efetivo, pois o medo da reprovação e da avaliação alheia obscurecia um olhar mais positivo. Através dessa experiência, sentimentos como esse foram trabalhados, resultando em uma contribuição muito importante na construção da minha história como pessoa que sente e teme, mas tenta buscar o crescimento.

Foi muito satisfatório ouvir: *"Que bom que tu chegou! Tenho mais um monte de coisas para te falar da prescrição, hoje!"* . Cada um reagiu diferentemente às situações: uns mais introspectivos, outros mais curiosos, contudo, realmente puderam receber a denominação de "*participante*", pois foi assim que se portaram, com muita propriedade.

Embora muitas vezes eu discordasse dos enfermeiros, principalmente ao excluírem intervenções consideradas como rotineiras, a construção coletiva proporcionou a chegada a um consenso, pelo menos favorável à maioria. O diálogo e a liberdade de expressão estimulou o grupo a refletir sobre suas condutas na prática do cuidado e perceber que, em conjunto, é possível operar mudanças na realidade, através de reflexões compartilhadas, buscando o despertar de um profissional mais crítico.

Ao criar a questão problema, imaginava poder descrever inúmeras técnicas de formulação da prescrição de enfermagem, padrões a serem admitidos e sistematizados. Todavia, o caminho tomou o rumo da descoberta, de maneira muito sutil: a resposta

estava na interação com os participantes. A escolha da metodologia convergente-assistencial estimulou essa reflexão crítica, pois buscou transformar a realidade, através de ações conjuntas e do reconhecimento do contexto onde se daria a transformação.

Essa construção coletiva constituiu-se numa experiência singular para quem a vivenciou. A oportunidade de participar dessa construção trouxe um aprendizado mútuo a todos. Foi buscada, na revisão, nos encontros, na implantação e nas entrevistas, nada mais valioso do que a interação humana. É essa a essência que traduz o valor de uma profissão: como as pessoas se unem e buscam o crescimento a favor dela, para ela e para si.

## REFERÊNCIAS


BARROS, E. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.** Material de apoio VERSUS/RS. Porto Alegre: Escola da Saúde Pública, 2002.

BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDDATH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

_____. **Prática de Enfermagem.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

CALDAS FARIA, F. A. **Como enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico de enfermagem num modelo de sistematização da assistência implementado.** 1997. 107f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forence-Universitária, 1982.

CASTIEL, L. D. **O Buraco e o Avestruz:** A Singularidade do Adoecer Humano**.** Campinas: Papirus, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante.** Material de apoio VERSUS/RS. Porto Alegre: Escola da Saúde Pública, 2002.

CHIZZIOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow e cols. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo:Ícone, 2001.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **Indicadores de Qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998. 77p.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o cuidar** – Um desafio para a qualidade de assistência. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/revista> Acesso em: 10 mai. 2003.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Legislação.** Porto Alegre, 2001.

COSTA, Eugênia Teresa Simões da. **A sistematização da assistência em enfermagem dentro do contexto social e político voltado à qualificação e valorização do profissional.** 2003. 57f. Monografia (Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

CROSSETI, Maria da Graça. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov./dez. 2002.

DANTAS, Cilene Nunes. **Tecnologia de cuidado ao paciente/cirúrgico: elaboração de protocolos assistenciais de enfermagem para a implantação e operacionalização de um sistema de prescrição computadorizada de enfermagem.** 1998. 54f. Monografia (Conclusão do Curso de Enfermagem e Obstetrícia) – Departamento de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

DEI SVALDI, Jacqueline Sallete. **Método, ferramentas e técnicas da Gestão da Qualidade Total: aplicação na organização do trabalho em um Serviço de Pronto Atendimento.** 2000. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz e MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p.185-191, mar./abr. 2002.

DEMING, W. Edwards. **Qualidade: a revolução da Administração.** Rio de janeiro: Saraiva, 1990.

DENEM (Assessoria de Políticas de Saúde) . **O que é o SUS?** Cartilha do SUS, 1999.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica.** México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

ÉVORA, Yolanda Dora Martinez e DARLI, Maria Célia Barcellos. O uso do computador como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 55, n. 6, p. 709-713, nov./dez. 2002.

FAGUNDES, S. Viamão: Cidadania em defesa da vida**. Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 24, p. 33-41, out. 2001.

FERREIRA, Carla Rosane. **Protocolos Assistenciais de Enfermagem: Elementos para a Organização do trabalho em um UTI geral**. 2002. 47f. Monografia (Conclusão do Curso de Enfermagem e Obstetrícia) – Departamento de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Qualidade dos serviços de saúde: o planejamento, a gestão e o usuário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (CEBEn), 46., 1994, Porto Alegre, **Anais do CEBEn**. Porto Alegre: ABEn-RS, 1994. p. 133-138.

FREIRE, Paulo e SHOR, Ira. O que é "método dialógico" de ensino? O que é uma "pedagogia situada" e empowerment? In: **Medo e ousadia - O cotidiano do professor**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 121-146.

GAGLIAZZI, Maria Tereza, URASAKI, Maristela B. M., GONÇALVES, Roselane. **Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 2000.

GEORGE, Júlia B. **Teoria de Enfermagem:** Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GERMANO, Raimunda Medeiros. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 4 n. 1, p. 79-86, 1996.

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sisu/hmigu.shtm> Acesso em: 10 mai. 2003.

YER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNACOHI – LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOHNSTON, D. M. **Qualidade no atendimento às necessidades dos clientes. Manual do Funcionário.** Rio Grande: Fundação Universidade – Empresa de Tecnologia e Ciências. Grupo Ipiranga Ltda, 1999.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto:** novos passos para aa qualidade em produtos e serviços. São Paulo: Pioneira, 1997.

KURCGANT, Paulina. **Administração de Enfermagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA., 1991.

LAUREL, A. C. A saúde-doença como um processo social. In: **Medicina Social:** aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-58.

LEFF, Enrique. **Epistemologia Ambiental.** São Paulo: Cortez, 2001.

LEIFERT, R. M. C. A sistematização da assistência como diferencial estratégico para a enfermagem. **Cadernos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 7-12, jul./dez. 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza, PIRES, Denise. **Processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 176p.

LUNARDI FILHO, W. D. et al. **Novas formas de organizar o trabalho em saúde:** Ênfase no trabalho da enfermagem. 2001, 18p. (Projeto de Pesquisa) Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde – NEPES, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

LUNARDI FILHO, W. D. & LEOPARDI, M. T. **O Trabalho da Enfermagem:** sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: EDGRAF – FURG, 1999.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina.** 1998, 343 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enferm.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 90-95, jan./jun. 1997.

_____. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995, 288 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LUNARDI, V. L. **História da Enfermagem: rupturas e continuidades.** Pelotas: UFPEL - Editora Universitária, 1998.

MARCON, Lúcia. **Uma Construção Coletiva: Protocolo de Cuidados de Enfermagem dos Pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico Severo Internados em Unidade de Terapia Intensiva.** 2002. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões. Material de apoio VERSUS/RS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2002.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica.** 1998, 247 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MENNA BARRETO, Sérgio e cols. **Rotinas em Terapia Intensiva.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. **Autocuidado e o adulto portador de asma:** sistematizaçäo da assistência de enfermagem. 2001. 139 p. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MOREIRA, Maria Eliane de Araújo. **Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco:** sistematização da assistência de enfermagem. 2001. 158 p. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MORIN, E. Complexidade, Ética e Solidariedade. In: **Ensaios de Complexidade.** Porto Alegre: Sulina, 1997. p. 15-24,.

NOGUEIRA, R. P. **Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde.** Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OCCHIUZZO, Anna Rosa e Souza. **Sistematização da assistência de enfermagem ao lactente.** 2000. 97 p. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

OGUISSO, Taka. A responsabilidade legal do enfermeiro**. Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 185-189, abr./mai/jun, 1985.

PELZER, Marlene Teda e AREJANO, Vera Lúcia Teixeira. **Instrumentalizando o cliente idoso internado na unidade de clínica médica do hospital universitário para um programa de educação em saúde.** In: Semana dos 25 Anos do Curso de Enfermagem da FURG, 2000, Rio grande. **Anais ...** Rio Grande: Ed. da FURG. 2000. p. 139.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teórica e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RADIS – Programa de Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde Pública. Sistema Único de Saúde: O que é? Como funciona? **Revista Súmula - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)**, São Paulo, n. 81, jul/2001.

RIBEIRO, Daise de Oliveira. **Protocolos Assistenciais de Enfermagem na Unidade de Internação Materno-Infantil**. 2002. 50f. Monografia (Conclusão do Curso de Enfermagem e Obstetrícia) – Departamento de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre: 2000. 151 p.

SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (orgs). **Bioética.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

SIGILIO, Marinacia Ramos; CHAPACAIS, Michele; LISBOA, Liliane. **Rotinas e Técnicas de Enfermagem na UTI do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr.** Rio Grande: Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., nov. 2003.

SOARES, Nelma Rodrigues. **Administração de Medicamentos na Enfermagem.** 1.ed., Rio de Janeiro: EPUB, 2000.

TRENTINI, Mercedes e PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

WALDOW, V. R. O cuidado humano: Reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **R. Enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.284-293, set./dez. 2001.

# APÊNDICES
# E
# ANEXOS

# APÊNDICE A

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**
**MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE**

Prezada (o) Colega:

Como aluna do Mestrado em Enfermagem da FURG, venho, por meio deste, convidá-la (o) a participar da experimentação de uma prática assistencial com a aplicação da Prescrição de Enfermagem Informatizada, através da sua inserção no trabalho diário da unidade, tendo como objetivo construir um modelo de Processo de Enfermagem que atenda as peculiaridades do modo de fazer na enfermagem, de maneira simplificada, destituída de entraves burocráticos que sustentam a tradicional teorização e inviabilização desse na prática.

Asseguro-lhe que em qualquer momento do trabalho será respeitada a sua liberdade em recusar-se a participar da elaboração/execução da prescrição ou em retirar seu consentimento, sem penalidade alguma.

Comprometo-me em garantir o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como em devolver-lhe os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Atenciosamente,

_____

Daise Ribeiro Aquino

Responsáveis pelo trabalho:
Mestranda Daise Ribeiro Aquino
Av. Itália, 2111, Bl $2^{A}$ , Apto. 203
CEP: 96203-000 Rio Grande/RS
Tel: (53) 230 16 34
Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho
Tel: (53) 235 14 48

# APÊNDICE B

**PLANÍLIA DE COLETA DE DADOS - _____ DATA: HORA:**

| Nome, prontuário e problemas clínicos | Sondas,Tubos, Drenos, Punções e Conexões | Medicação, dosagem e aprazamento | Sinais Vitais e Medidas | Eliminação, Nutrição | Problemas de Enfermagem - pele mobilidade conforto | Exames Alterados | Anotações Diversas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

# APÊNDICE C

**Caro colega:**
Estou lhe entregando parte de meu trabalho, que tem como objetivo construir um modelo de prescrição de enfermagem para UTI. Para tanto é necessário adaptar as intervenções pesquisadas na literatura com a realidade da unidade. Gostaria da sua colaboração, corrigindo e mudando aquelas que poderiam ser melhoradas. Em negrito estão as dúvidas principais. Fique à vontade para riscar e complementar o que falta! Muito Obrigada.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PROBLEMAS REFERENTES AO SISTEMA CARDIORESPIRATÓRIO:

Soroterapia/acesso venoso periférico:
-avaliar as condições de infusão e o local da punção: dor, calor, rubor, edema – 6x/dia
-trocar local da punção por abocath a cada 7 dias
-trocar o curativo da punção periférica, inclusive a torneirinha de 3 vias – 48h
-trocar equipo da bomba de infusão (48h) e/ou equipo comum (24h) rotulando com data, hora e assinatura
-trocar todas as soluções EV em 24h**,** rotulando com data, hora e assinatura
-aplicar compressas mornas no local e elevar membro afetado, em caso de infiltração – QN
-avaliar complicações da medicação EV: reações locais, alteração de SV, náuseas e vômitos – QN
-apoiar MS afetado, com articulações em desníveis, mantendo os dedos fletidos por rolo de atadura – QN

Soroterapia/acesso venoso central:
-trocar curativo da flebotomia ou intracath, observando sinais de infecção: hiperemia calor e edema no loca de inserção – 48h ou QN, 1º curativo em 24h
-encaminhar o catéter central retirado para cultura – QN

Desmame Ventilatório:
-implementar protocolo de rotinas para desmame: programar ventilação prescrita, alternado 2h com respirador e 2h com TET no Ayre com O2 a 5lt/min. – 2/2h
-incentivar o paciente a respirar mesmo com o ventilador conectado –1x/turno
-avaliar sinais de hipóxia aguda: taquicardia, taquipnéia, esforço respiratório, cianose, sudorese e baixa saturação de O2 (>80%) –1x/turno
- avaliar sinais de hipóxia cerebral: agitação, sonolência, cefaléia, vertigem/síncope –1x/turno
-trocar filtro do respirador ou extensor do O2, a água do umidificador, nebulizadores e equipamento de aspiração (látex e frasco) – 1x/dia
-trocar os circuitos do respirador – 3/3 dias
-conferir: igual pressão nas válvulas redutoras de O2 e ar comprimido (entre 3,5 e 4,0); parâmetros do respirador (FiO2); encaixe do plug do respirador – 1x/turno
-desativar os alarmes de pressão máxima devido à competição do paciente com o respirador – QN
-trocar cadarço do TET, reposicionando-o na comissura labial – 3X dia e QN

Dispnéia/taquipnéia:
-manter cabeceira elevada - 1x/turno
-estimular exercícios respiratórios (tossir/respirar profundamente) e de relaxamento - QN
-monitorizar oximetria de pulso, gasometria e níveis de eletrólitos –1x/turno
-avaliar a freqüência e o ritmo cardíaco ao administrar Aminofilina – QN
-verificar o nível de água do umidificador, completando-o, se necessário – 1x/turno
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h ou QN
- avaliar sinais de hipóxia aguda: taquicardia, taquipnéia, esforço respiratório, cianose, sudorese e baixa saturação de O2 (>80%) –1x/turno
- avaliar sinais de hipóxia cerebral: agitação, sonolência, cefaléia, vertigem/síncope 1x/turno

Hipertensão:
-monitorizar sinais vitais –2/2h
-registrar PA antes e após administrar medicação hipertensiva – QN
-avaliar sinais de edema –1x/turno
-conferir se a dieta é hipossódica – C – A – C – J – L
-avaliar tosse seca à noite – N
-avaliar complicações da hipertensão: cianose, dispnéia, dor torácica ou perda de consciência – 1x/turno
-avaliar padrão respiratório/aspiração: freqüência, ritmo, amplitude, som (sibilos, estertores e roncos), respiração seletiva, produção de escarro e tosse –1x/turno
-registrar ECG durante episódio de dor torácica e comunicar o enfermeiro – QN
-avaliar e registrar efeitos colaterais de anti-hipertensivos: obstrução nasal, astenia, anorexia, hipotensão ortostática, náusea, boca seca, sonolência, fraqueza, cefaléia –QN

Hipertermia:
-proporcionar resfriamento da pele com banho, compressas na virilha e axilas, caso o paciente não apresente tremores –QN
-estimular ingesta hídrica de líquidos frios e arejar ambiente – h/h
-avaliar resposta da medicação cerca de 30 min. após, a depender da via administrada – QN

Hipotensão:
-elevar membros inferiores, observando se há restrição cardíaca –QN
-aquecer o paciente, principalmente os MI com atadura –1x/turno
-verificar pressão venosa central (PVC) – 6/6h
-avaliar alteração de consciência: diminuição da resposta aos estímulos, sonolência, vertigem/síncope –1x/turno
-avaliar sinais de choque hipovolêmico: queda de PA, pulso rápido e fraco, tontura, eliminação <30ml\hora, inquietação, agitação, pele fria, pálida e/ou cianótica e sede –QN

Hipotermia:
-avaliar presença de cianose nas extremidades –QN
-aquecer o paciente, principalmente os MI com atadura –1x/turno

Oxigenoterapia por catéter nasal:
-manter cabeceira elevada – 1xturno
-manter o fluxo de oxigênio prescrito, observando o limite de 6 litros/min. – 1xturno
-trocar filtro do respirador ou extensor do O2, a água do umidificador, nebulizadores e equipamento de aspiração (látex e frasco) – 1x/dia
-verificar o nível de água do umidificador, completando-o, se necessário – 1x/turno
-trocar seringa de aspiração – 1x/turno
-trocar catéter nasal, alternando a narina, realizando higiene, observando a integridade da pele – 1x/turno
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h ou QN
- avaliar sinais de hipóxia aguda: taquicardia, taquipnéia, esforço respiratório, cianose, sudorese e baixa saturação de O2 (>80%)–1x/turno
- avaliar sinais de hipóxia cerebral: agitação, sonolência, cefaléia, vertigem/síncope –1x/turno
-avaliar padrão respiratório e/ou sinais de aspiração: freqüência, ritmo, amplitude, som (sibilos, estertores e roncos), respiração seletiva, produção de escarro e tosse –1x/turno
-estimular expectoração e eliminação de secreções, deixar escarradeira próxima ao paciente e orientar para não deglutir o escarro –2/2h
-fluidificar secreções: oferecer líquidos, instalar nebulização com água destilada ou soro fisiológico – QN

Oxigenoterapia por máscara de venturi/CIPAP:
-conferir fluxo de oxigênio, conforme concentrador da máscara (4>15 l/min) –1x/turno
-avaliar integridade cutânea no local da fixação de máscara –1x/turno
-monitorar porcentagem de O2, pois acima de 50% em 48h pode provocar intoxicação –1x/turno

Oxigenoterapia por traqueostomia:
-manter cabeceira elevada –QN
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h ou QN
- avaliar sinais de hipóxia aguda: taquicardia, taquipnéia, esforço respiratório, cianose, sudorese e baixa saturação de O2(>80%)–1x/turno
- avaliar sinais de hipóxia cerebral: agitação, sonolência, cefaléia, vertigem/síncope –1x/turno
-avaliar padrão respiratório/aspiração: freqüência, ritmo, amplitude, som (sibilos, estertores e roncos), respiração seletiva, produção de escarro e tosse –1x/turno
-estimular expectoração e eliminação de secreções, deixar escarradeira próxima ao paciente –2/2h
-fluidificar secreções: oferecer líquidos, instalar nebulização com água destilada ou soro fisiológico – QN
-oferecer comunicação alternativa –QN
-aspirar secreções traqueo-brônquicas, registrando cor, volume, consistência, odor – QN
-trocar filtro do respirador ou extensor do O2, a água do umidificador, nebulizadores e equipamento de aspiração (látex e frasco) – 1x/dia
-trocar cadarço –3X dia e/ou QN (Menna Barreto: 2x/dia)
-trocar curativo da traqueostomia – 1x/turno ou QN
-avaliar pressão do cuff mantendo **10 a 15 mmHg** –1x/turno
-desinflar o balão da traqueostomia **periodicamente** para reduzir o risco de necrose do tecido traqueal –**1x/turno**
-trocar o conjunto cânula interna/externa ou **cânula com balonete** a cada 7 dias

-trocar ou higienizar usando técnica limpa, a endocânula da cânula **metálica** de traqueostomia 1X turno
-trocar o conjunto cânula interna/externa metálica – 1x/dia

Oxigenoterapia por tubo orotraqueal em Ayre:
-manter o fluxo de oxigênio prescrito, observando o limite de 6 litros/min. – 1xturno
-manter cabeceira elevada –1x/turno
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h ou QN
-avaliar sinais de hipóxia aguda: taquicardia, taquipnéia, esforço respiratório, cianose, sudorese e baixa saturação de O2 (>80%) –1x/turno
-avaliar sinais de hipóxia cerebral: agitação, sonolência, cefaléia, vertigem/síncope –1x/turno
-vigiar padrão respiratório/aspiração: freqüência, ritmo, amplitude, som (sibilos, estertores e roncos), respiração seletiva, produção de escarro e tosse –1x/turno
-oferecer comunicação alternativa –QN
-aspirar secreções traqueo-brônquicas, registrando cor, volume, consistência, odor- QN
-trocar o SF 9,0% usado para fluidificar na aspiração – 1x/dia (Menna Barreto)
-trocar filtro do respirador ou extensor do O2, a água do umidificador, nebulizadores e equipamento de aspiração (látex e frasco) – 1x/dia
-trocar seringa de aspiração – 1x/turno
-trocar cadarço do TET reposicionando-o na comissura labial –3x/dia e QN
-fluidificar secreções: oferecer líquidos, instalar nebulização com água destilada ou soro fisiológico – QN

Oxigenoterapia por respiração controlada:
-manter cabeceira elevada –1x/turno
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h ou QN
- avaliar sinais de hipóxia aguda: taquicardia, taquipnéia, esforço respiratório, cianose, sudorese e baixa saturação de O2 (>80%)–1x/turno
- avaliar sinais de hipóxia cerebral: agitação, sonolência, cefaléia, vertigem/síncope –1x/turno
-vigiar padrão respiratório/aspiração: freqüência, ritmo, amplitude, som (sibilos, estertores e roncos), respiração seletiva, produção de escarro e tosse –1x/turno
-tracionar o TET, conforme a técnica do procedimento, em caso de respiração seletiva –QN
-oferecer comunicação alternativa –QN
-aspirar secreções traqueo-brônquicas, registrando cor, volume, consistência, odor **QN**
-trocar o SF 9,0% usado para fluidificar na aspiração – 1x/dia (Menna Barreto)
-trocar filtro do respirador ou extensor do O2, a água do umidificador, nebulizadores e equipamento de aspiração (látex e frasco) – 1x/dia
-trocar seringa de aspiração – 1x/turno
-trocar cadarço do TET reposicionando-o na comissura labial – 3X dia e QN
-verificar o nível de água do umidificador, completando-o, se necessário – 1x/turno
-evitar aumento de espaço morto entre tubos, circuitos e conexões do respirador –1x/turno
-avaliar se o suporte do respirador está tracionando a traquéia –1x/turno
-trocar os circuitos do respirador 3/3 dias
-conferir: igual pressão nas válvulas redutoras de O2 e ar comprimido (entre 3,5 e 4,0); parâmetros do respirador (FiO2); encaixe do plug do respirador – 1x/turno
-avaliar os alarmes de pressão: se mínima, verificar a conexão dos tubos; se máxima verificar sinais de obstrução do TET ou competição do paciente com o respirador –QN

-avaliar competição do paciente com a ventilação controlada e comunicar a enfermeira –QN

Tosse:
-realizar drenagem postural por 20 min. em cada posição ou 5 min. se associado com tapotagem – 1x/turno
-estimular expectoração e eliminação de secreções, deixar escarradeira próxima ao paciente e orientar para não deglutir o escarro –2/2h
-fluidificar secreções: oferecer líquidos, instalar nebulização com água destilada ou soro fisiológico – QN

Corrigido por:_____

Assinatura:_____

**Caro colega:**
Estou lhe entregando parte de meu trabalho, que tem como objetivo construir um modelo de prescrição de enfermagem para UTI. Para tanto é necessário adaptar as intervenções pesquisadas na literatura com a realidade da unidade. Gostaria da sua colaboração, corrigindo e mudando aquelas que poderiam ser melhoradas. Em negrito estão as dúvidas principais. Fique à vontade para riscar e complementar o que falta! Muito Obrigada.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PROBLEMAS REFERENTES AO SISTEMA GASTROENTÉRICO:

Alimentação por gastrostomia:
-implementar protocolo de rotinas para adaptação gradual à gastrostomia: 30-60ml de líquido no 1º dia e 180-240ml no 2º, água e leite após 24h – amanhã
**-trocar curativo de gastrostomia – 1x/dia**
-avaliar infiltração de conteúdo gástrico pelo orifício da gastrostomia – 1x/dia

Alimentação por sonda nasoentérica:
-implementar protocolo de rotinas para SNE: testar temperatura morna da dieta, conferir gotejo de 20 gts/min, lavar com 20 ml de $H_2O$ morna – a cada dieta/medicamento
-conferir o **gotejo** da **SNE**, se for contínuo - sempre **(2x/turno? MM TT NN)**
-realizar/auxiliar higiene oral com solução antisséptica – 2x/turno ou 3/3h e QN
-hidratar os lábios com gaze úmida – QN
-trocar a SNE em 60 ou 90 dias
-administrar alimentação VO – C – A – C – J – L

Ascite:
-medir a registrar diariamente e no mesmo horário, a circunferência abdominal – 1x/dia
-instituir e monitorizar restrição hídrica – QN
-monitorar exames laboratoriais para amônia e eletrólitos – 1x/dia
-manter decúbito elevado – 1x/turno

Controle de glicemia capilar – hiperglicemia / hipoglicemia:
-avaliar sintomas de hipoglicemia: tremores, suor, taquicardia, prostração, sonolência, diminuição da resposta aos estímulos, pupilas mióticas, convulsões, desorientação e perda da consciência – 1x/turno
-realizar rodízio no local da punção subcutânea de insulina : D/D – D/E – ABD/D – ABD/E – DORSO/D – DORSO/E – VLC/D – VLC/E – GLU/D – GLU/E
-retardar alimento até 15-30 min. após insulina regular – QN
-evitar demora nos horários das refeições – C – A – C – J – L ou 6/6h (SNE)
-monitorar se a infusão contínua de insulina for passar de 4 horas – QN
-trocar a solução de insulinoterapia EV– 6/6h

Constipação:
-realizar/orientar massagem circular abdominal, da direita para a esquerda – 1x/turno
-estimular ingesta hídrica, inclusive de água morna em jejum e com as refeições – AC – A – C – J – L
-estimular a evacuação com supositório de glicerina – QN

-avaliar presença de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal –1xdia

Desidratação:
-estimular ingesta hídrica de 2-3 litros ao dia, em pequenas porções (200ml ou um copo) – 2/2h
-monitorar exames laboratoriais: sódio potássio, cálcio, uréia, creatinina, hemograma – 1x/dia
-comunicar enfermeiro quando o volume de diurese for inferior a 50ml/h – 1x/turno
-avaliar sinais de edema de glote: cornagens e mudança do padrão respiratório, no caso de paciente com queimaduras de face e região cervical – 1x/turno
-avaliar grau de hidratação: turgor e umidade da pele, mucosa oral e ocular, concentração e débito urinário, perfusão periférica, fraqueza, taquicardia, hipotensão – 1x/turno

Diarréia/incontinência anal/cólicas:
-realizar higiene perineal após eliminações, usando creme protetor – 1x/turno
-aerar períneo para evitar dermatite – QN ou 1x/dia
-avaliar e registrar freqüência das evacuações, aspecto das fezes, volume e consistência, odor e cor – 1x/turno
-avaliar presença de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal – 1x/turno
-avaliar presença e fatores associados à diarréia: febre, calafrios, dor, câimbra abdominal – 1x/turno
-avaliar grau de hidratação: turgor e umidade da pele, mucosa oral e ocular, concentração e débito urinário, perfusão periférica, fraqueza, taquicardia, hipotensão – 1x/turno
-conferir se a dieta contém pouco ou nada de açúcar e fibras e alimentos que precipitem diarréia: cafeína, leite, fibras – C–A–C–J–L
-estimular ingesta hídrica de 2-3 litros ao dia, em pequenas porções (200ml ou um copo) – 2/2h
-implementar protocolo de rotinas para SNE: testar temperatura morna da dieta, conferir gotejo de 20 gts/min, lavar com 20 ml de $H_2O$ morna – a cada dieta/medicamento
-coletar amostra de fezes para coprocultura – QN

Drenagem por sonda nasogástrica:
-realizar/auxiliar higiene oral com solução antisséptica – 2x/turno ou 3/3h e QN
-hidratar os lábios com gaze úmida – QN
-trocar adesivo de fixação da SNE/SNG, no banho diário – 1x/dia *ou QN*
-trocar a SNG para SNE em **7** dias
-avaliar permeabilidade (clampeamento/obstruções) e fixação da sonda – 1x/turno
-avaliar e registrar características da drenagem: coloração, odor, consistência e volume – 1x/turno
-avaliar presença de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal – 1x/*turno*
-avaliar sinais de desidratação: turgor, ressecamento e elasticidade da pele, débito urinário diminuído, fraqueza, taquicardia, hipotensão – 1x/turno
-manter o paciente em decúbito lateral esquerdo, sonda aberta em frasco, na presença de náuseas e vômitos – QN

Vômitos:
-manter o paciente em decúbito lateral esquerdo, sonda aberta em frasco, na presença de náuseas e vômitos – QN
-fornecer material e registrar freqüência, volume e aspecto dos vômitos – QN
-estimular ingesta hídrica de 2-3 litros ao dia, em pequenas porções (200ml ou um copo) – 2/2h

-atentar para os efeitos colaterais dos antieméticos: *metroclopramida* – inquietação, sonolência, fadiga e lassidão; *clorpromazina* – hipotensão e depressão respiratória; *dimenidratom* – secura na boca, sonolência, turvação da visão – QN
-avaliar grau de hidratação: turgor e umidade da pele, mucosa oral e ocular, concentração e débito urinário, perfusão periférica, fraqueza, taquicardia, hipotensão – 1x/turno
-monitorar exames laboratoriais: sódio potássio, cálcio, uréia, creatinina, hemograma – 1x/dia

Revisado por:_____

Assinatura:_____

**Caro colega:**
Estou lhe entregando parte de meu trabalho, que tem como objetivo construir um modelo de prescrição de enfermagem para UTI. Para tanto é necessário adaptar as intervenções pesquisadas na literatura com a realidade da unidade. Gostaria da sua colaboração, corrigindo e mudando aquelas que poderiam ser melhoradas. Em negrito estão as dúvidas principais. Fique à vontade para riscar e complementar o que falta! Muito Obrigada.

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PROBLEMAS REFERENTES AO SISTEMA NEUROMOTOR E PELE:**

Admissão:
-implementar protocolo de rotinas para admissão: colocar roupas de cama no leito do paciente; conferir a parede montada (fluxômetros, frasco de aspiração, umidificador com água estéril e extensores); a mesa do paciente (água de 500ml, copo descartável e material de higiene oral); a gaveta (luvas, água de 20 ml, sondas de aspiração, cadarço, eletrodos, seringas de 20 ml, agulhas, gases esterilizadas, cateter nasal); testar respirador montado; verificar sinais vitais 2/2h
-implementar protocolo de rotinas na admissão: retirar roupas e próteses, orientar o paciente e a família sobre as rotinas da unidade, monitorizar paciente, coletar exames laboratoriais de rotina, HGT e gases sanguíneos arteriais nos primeiros 15-30 min. de admissão; preparar paciente para sondagens e demais procedimentos

Alteração de consciência:
-avaliar nível de consciência: abertura e posição ocular, comparação entre o tamanho das pupilas, reação da pupila à luz, reflexo de retirada, de tosse, sonolência e agitação –1x/turno
-avaliar sinais sugestivos de dor: taquicardia, irritação, sudorese e alteração da PA –1x/turno
-registrar tipo, freqüência e duração das crises convulsivas –QN
-manter as grades do leito elevadas –1x/turno
-orientar paciente no tempo e espaço –1x/turno
-avaliar risco para agressão –1x/turno
-implementar protocolo de rotinas para contenção mecânica: verificar circulação sanguínea nas extremidades, afrouxar contenção e exercitar os membros e extremidades – 2x/turno
-aplicar compressa fria no hematoma e após Hirudoid - QN
-realizar isolamento luminoso e acústico, principalmente para paciente tetânico –1x/turno
-informar freqüência e intensidade das contraturas musculares involuntárias, para paciente tetânico –QN
-avaliar tônus muscular: movimentos voluntários ou involuntários de membros e a rigidez ou flacidez de pescoço –1xturno
-higienizar e proteger região ocular com gaze umedecida –6/6h
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h ou QN

Dor:
-aplicar frio local – QN
-orientar posição antálgica – QN
-aplicar calor local – QN
-registrar ECG durante episódio de dor torácica e comunicar o enfermeiro – QN

Drenagem a vácuo:
**-higienizar o frasco do Porto-Vac com SF 0,9% ou água esterilizada, caso o** tempo de permanência seja prolongado – X
**-trocar o recipiente do Porto-Vac –a cada X dias**
-proteger a pele da secreção drenada com vaselina, óxido de zinco ou de alumínio –1x/dia
-esvaziar o recipiente do Porto-Vac – 3xdia

Dreno de tórax:
-conferir a manutenção do selo d'água no frasco a constante oscilação do líquido –1x/turno
- avaliar complicações na drenagem torácica: ausência de borbulhamento, taquipnéia, cianose, enfisema subcutâneo, hemorragia –1x/turno
-realizar curativo oclusivo na área de inserção e passar antisséptico no dreno –1x/dia
**-trocar o sistema** coletor da drenagem de tórax –1x/dia
-estimular exercícios respiratórios (tossir/respirar profundamente) e de relaxamento-2/2hQN
-verificar a drenagem de tórax de h/h e avaliar o limite de 100ml nas primeiras 8h – h/h
-ordenhar do dreno para o frasco coletor da drenagem de tórax – 6/6h (Menna Barreto: **30/30 min.**)
-conferir se o frasco redutor está com 2L de água e com a haste imersa 15 cm e se o frasco coletor está com 1L de água e com a haste imersa 2cm –1x/turno

Edema:
-medir circunferência abdominal, diariamente, no mesmo horário – 1x dia
-avaliar presença de distensão da jugular e hepatomegalia – 1x/turno
-avaliar alteração dos exames laboratoriais: hemograma, albumina sérica, eletrólitos e densidade da urina – 1x/dia
-implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito: mudar decúbito com movimentação em bloco, proteger a pele com Benjoin/Vaselina massageando proeminências ósseas e estimulando a circulação sanguínea, apoiar com coxins – 2/2h **–** DLE – DD – DLD – FOWLER - DLE – DD – DLD – FOWLER - DLE – DD – DLD – FOWLER
-instituir e monitorizar restrição hídrica –1x/turno
-elevar membros inferiores, observando se há restrição cardíaca –QN

Ferida:
-realizar curativo compressivo – QN
-manter o curativo ocluído –por 24h
-trocar o curativo da incisão cirúrgica, observando as condições das suturas, avaliando e registrando a cicatrização –1x/dia
- trocar o curativo, usando jato de S.F. 0,9% em seringa de 20ml com agulha 40x12, avaliando e registrando a cicatrização –1x/dia.
-hidratar a ferida aberta, gotejando SF 0,9% nas compressas –h/h
-avaliar o local em torno do curativo em que a troca ultrapassa 24h, buscando: edema, eritema, umidade e sinais de dor –1x/turno
-orientar o paciente a apoiar a região da incisão cirúrgica com as mãos ou com travesseiro, durante episódio de tosse, respiração profunda, espirro ou vômito – QN
-encaminhar amostra de secreção da ferida para cultura e antibiograma – QN
-monitorar resultados de exames laboratoriais, principalmente se houver perda sanguínea pela ferida: glicemia, proteínas, hematócrito e hemoglobina, eletrólitos –1x/dia

-tracionar o dreno de penrose a partir do 3º dia e a cada troca diária do curativo –1x/dia
-avaliar drenagem biliosa do dreno de Keer em 300-400 ml e elevar o frasco se ultrapassar 600 ml/dia –1x/turno

Higiene/sudorese/sialorréia/secreção nasal/halitose:
-realizar banho de leito, lavando os cabelos 3/3 dias e fazendo a barba 2/2 dias **– (manhã leito 01, 02, tarde 03 e 04, noite 05 e 06) –1x/dia**
-trocar a posição dos eletrodos e adesivos das sondas, após o banho de leito – 1x dia
-hidratar e proteger a pele, após banho de leito – 1x/dia
-realizar/auxiliar higiene oral com solução antisséptica – 3/3h e QN
-cortar as unhas do paciente 1x semana
-hidratar os lábios com gaze úmida – 1x/turno
-realizar higiene perineal após eliminações, usando creme protetor – 1x/turno
-aerar períneo para evitar dermatite – QN ou 1x/dia
-higienizar e proteger região ocular com gaze umedecida –6/6h
-aspirar secreções de oro e nasofaringe – 2/2h e QN
-verificar sinais vitais 2/2h

Imobilidade/úlcera de decúbito/dermatite:
-manter repouso absoluto no leito – 1x/turno
-manter as grades do leito elevadas –1x/turno
-estimular mobilização, informando restrições com o procedimento cirúrgico –2/2h
-movimentar (realizar/orientar/auxiliar) os membros superiores e inferiores –3x/dia
-realizar **exercícios** de movimentação das extremidades – 4x/dia
-estimular **exercícios** de contração das nádegas –3xdia
-implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito: mudar decúbito com movimentação em bloco, proteger a pele com Benjoin/Vaselina massageando proeminências ósseas e estimulando a circulação sangüinea, apoiar com coxins, manter roupas de cama secas, limpas e esticadas – 2/2h **–** DLE – DD – DLD – FOWLER - DLE – DD – DLD – FOWLER - DLE – DD – DLD – FOWLER
-posicionar paciente em FOWLER alta (90º) – 1x/turno
-evitar contraturas, mantendo alinhamento corporal; queda plantar, mantendo os pés dorsiflexionados; rotação externa de quadril, apoiando os MI – 1x/turno
-avaliar a pele e registrar –1x/turno
-estimular ingesta hídrica de 2-3 litros ao dia, em pequenas porções (200ml ou um copo) –3xdia
-administrar alimentação VO – C – A – C – J – L
-providenciar material para micção e/ou auxiliar no uso da cumadre – QN
-avaliar presença de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal –1xdia
-proteger região ocular com gaze umedecida – QN
-apoiar MS afetado, com articulações em desníveis, mantendo os dedos fletidos por rolo de atadura – QN

Insônia:
-orientar para evitar o sono diário – M e T
-proporcionar banho morno à noite – N

Isolamento por odor/patógeno de risco:
-manter precaução respiratória, usando máscara – QN
-manter precaução entérica e/ou com sangue e fluídos, usando máscara, luva, avental e óculos – QN

Óbito:
-implementar protocolo de rotinas para óbito: fechar pálpebras; retirar sondas, drenos e cateteres; higienizar o corpo e trocar curativos; tamponar os ouvidos e cavidade oral, nasal, uretral, vaginal e anal; recolocar próteses, roupa e fixar maxilar com atadura de crepom; identificar o paciente – QN

Ostomia:
-avaliar condições do ostoma: retração, prolapsos, edema, sangramento, infecção e necrose – 1x/turno
-higienizar região periostomal e ostoma com água e sabão neutro, a cada troca da bolsa coletora – 1x/dia
-esvaziar a bolsa coletora – 6/6h
**-trocar placa aderente, higienizando região periostomal e ostoma com água e sabão neutro – em 7 dias**

Pré-operatório/Jejum:
-implementar protocolo de rotinas para pré-operatório: realizar lavagem intestinal; tricotomizar a área respectiva à cirurgia; remover prótese, grampos dos cabelos, lentes –QN
-orientar quanto ao NPO ou realização de exames – QN
-manter NPO – 1x/turno

Pós-operatório:
-manter decúbito horizontal sem travesseiro por 6 horas para raquianestesia – em 6h
-manter decúbito horizontal para **anestesia geral** ou semi-fowler (30º) se estiver com SNG **– em 6h**
-elevar MI acima do nível cardíaco para reduzir a estase venosa, observando se há restrição cardíaca – QN
-implementar protocolo de rotinas para adaptação do sistema digestivo à colecistectomia: fechar o dreno durante as refeições e depois entre elas, até atingir as 24h sem desconforto – C – A – C – J – L
- avaliar sinais de icterícia nas fezes, urina e pele – 1x/turno
-medir PVC e diurese –h/h

Corrigido por:_____

Assinatura:_____

**Caro colega:**
Estou lhe entregando parte de meu trabalho, que tem como objetivo construir um modelo de prescrição de enfermagem para UTI. Para tanto é necessário adaptar as intervenções pesquisadas na literatura com a realidade da unidade. Gostaria da sua colaboração, corrigindo e mudando aquelas que poderiam ser melhoradas. Em negrito estão as dúvidas principais. Fique à vontade para riscar e complementar o que falta! Muito Obrigada.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PROBLEMAS REFERENTES AO SISTEMA GENITOURINÁRIO:

Anúria/disúria:
-comunicar ao enfermeiro, anúria quando o volume de diurese for inferior a 50ml/24h e oligúria quando o volume estiver entre 100-500ml/24h – QN
-avaliar sinais de choque hipovolêmico: queda de PA, pulso rápido e fraco, tontura, eliminação <30ml\hora, inquietação, agitação, pulsos periféricos diminuídos, pele fria, pálida ou cianótica, sede –QN
-avaliar grau de hidratação: turgor e umidade da pele, mucosa oral e ocular, concentração e débito urinário, perfusão periférica, fraqueza, taquicardia, hipotensão – 1x/turno
-aplicar calor na região perineal para diminuir disúria –QN
-evitar a ingestão de irritantes vesicais como chá e café, para pacientes com queixa de disúria – C – A – C – J – L
-estimular ingesta hídrica de 2-3 litros ao dia, em pequenas porções (200ml ou um copo) – 2/2h
-monitorar exames laboratoriais: sódio potássio, cálcio, uréia, creatinina, hemograma – 1x/dia: *sempre que possível*
-providenciar material para micção e/ou auxiliar no uso da cumadre – QN

Sondagem vesical:
-avaliar e registrar características da drenagem (coloração, odor, consistência e volume) – 1x/turno
-avaliar permeabilidade (clampeamento/obstruções) e fixação da sonda – 1x/turno
-remover secreções ressequidas ao nível da junção entre a sonda e o meato – QN
-esvaziar a bolsa coletora para reduzir o risco de infecção urinária –1x/turno *e QN*
-trocar a sonda vesical a cada 20 dias
-avaliar sinais de infecção do trato urinário: hipertermia, urina turva, hematúria, anorexia – 1x/turno
-implementar protocolo de rotinas para recuperação do tônus vesical: clamplear a SVD e abrir de 2/2h, oferecendo 2/3 litros de água/dia

Uripen:
-trocar Uripen durante o banho de leito, observando sinais de colonização bacteriana na glande e prepúcio –1x/dia
-avaliar sinais de garroteamento no local de fixação do Uripen –1x/turno
-realizar tricotomia da área de fixação do Uripen –QN
-trocar o frasco coletor (Urofix) – **QN**

Assinatura:_____

**Caro colega:**
Estou lhe entregando parte de meu trabalho, que tem como objetivo construir um modelo de prescrição de enfermagem para UTI. Para tanto é necessário adaptar as intervenções pesquisadas na literatura com a realidade da unidade. Gostaria da sua colaboração, corrigindo e mudando aquelas que poderiam ser melhoradas. Em negrito estão as dúvidas principais. Fique à vontade para riscar e complementar o que falta! Muito Obrigada.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PROBLEMAS REFERENTES ÀS NECESSIDADES TERAPÊUTICAS:

Analgesia - Dolantina, Morfina:
-monitorar PA e FR ao administrar lentamente a Morfina, avaliando depressão respiratória – QN
-avaliar interação medicamentosa do analgésico: se há potencialização dos barbitúricos – QN

Antibioticoterapia:
-infundir Cefepina em tempo maior que 30 min. – CPM (8/8h)
-avaliar nos exames laboratoriais, sinais de hipotrombinemia enquanto terapia com Cefepima – 1x/dia
-administrar Levofloxacino 1h antes ou 2h após as refeições, separado de antiácidos (Omeprazol, Ranitidina) – 1x/dia
-estimular ingesta hídrica para Levofloxacino e Gentamicina – 1x/dia
-avaliar rash, hipersensibilidade, fotofobia e disfunção renal para Levofloxacino – 1x/dia
-monitorar exames de creatinina, investigando a função renal, para Amicacina e Gentamicina – 1x/dia
-avaliar perda auditiva e tontura durante o tratamento com Amicacina e Gentamicina-1x/dia
-atentar para a diluição adequada de Clindamicina (cada 300mg em 50ml de solução) e infusão acima de 30 min., evitando flebite e tromboflebite – CPM (8/8h)

Anticoagulação – Heparina:
-trocar solução de Heparina – 6/6h
- avaliar e comunicar sintomas de hemorragia: hematúria, hematêmese, epistaxe, hematomas, hemoptise, melena, sangramento na gengiva – 1x/turno
-verificar hematúria –1x/turno
-comunicar se a infusão da Heparina plena ultrapassar 5 horas –em 5 horas
-orientar para o paciente evitar excesso de esforço físico durante a defecação – 1x/turno ou QN
-atentar para as interações medicamentosas da Heparina: nitroglicerina diminui seu efeito e Penicilina, Cefalosporina e Salicilato potencializam – QN
-administrar Heparina via SC, realizando rodízio nos locais de punção, evitando hematomas: D/D – D/E – ABD/D – ABD/E – DORSO/D – DORSO/E – VLC/D – VLC/E – GLU/D – GLU/E
-aplicar compressa fria no hematoma e após Hirudoid - QN

Antiemético:
-avaliar interação medicamentosa da Metroclopramida: potencialização dos sedativos e diminuição de efeito da Digoxina – CPM (6/6h)
-atentar para os efeitos colaterais dos antieméticos: *metroclopramida* – inquietação, sonolência, fadiga e lassidão; *clorpromazina* – hipotensão e depressão respiratória; *dimenidratom* – secura na boca, sonolência, turvação da visão – CPM (6/6h)

Bloqueador beta-adrenérgico – Propanolol:
- avaliar rash, sangramento, edema de extremidade, bradicardia, confusão, dor de garganta e alteração respiratória – 1x/turno

Broncodilatadores – Berotec:
-verificar FC após administração de Berotec – QN

Corticosteróide – Metilprednisona:
-administrar a droga antes das 9h manhã, para diminuir a supressão adrenal – às 6h

Diuréticos – Acetazolina e Furosemida:
- monitorar exames de potássio, bicarbonato e cloro na função renal para Acetazolamida – 1x/dia
- conferir se a dieta é rica em potássio quando Acetazolamida for combinado com diuréticos – QN
- avaliar sinais de hipocalemia: fraqueza e câimbra muscular para Furosemida – 1x/turno
- investigar sinais de toxicidade: zumbido, dor abdominal, dor de garganta e febre para Furosemida –1x/turno

Hemoterapia:
-implementar protocolo de rotinas para hemoterapia: verificar sinais vitais antes da instalação do sangue, manter gotejamento lento nos primeiros 15 min. de infusão e detectar bolhas, alteração da cor ou turvação na bolsa de sangue – QN
-avaliar, nos primeiros 15-30 min, as reações transfusionais: rubor, prurido, sibilo asmático, edema de laringe, cefaléia, vômitos, diarréia, hipotensão, taquicardia, taquipnéia, febre, estase jugular, dispnéia, tosse e estertores – QN
-comunicar se a infusão do concentrado de hemácias for ultrapassar 2h – em 2h
-trocar equipo de hemoterapia após 4h de uso – em 4h

Reposição de potássio (KCl):
- avaliar alteração do ritmo e freqüência cardíaca, sinais de fraqueza, confusão mental e hipotensão –1x/turno

Sedação com Fentanila – Analgésico Narcótico:
-monitorizar depressão respiratória, euforia, hipotensão, retenção urinária, vômito e rigidez muscular se altas doses – 1x/turno

Trombolítico – Estreptoquinase:
-monitorar PA na administração de Estreptoquinase – 15/15 min.
- avaliar sinais hemorrágicos e de hipotensão na administração de Estreptoquinase – QN
-manter paciente em decúbito lateral esquerdo, sonda aberta em frasco, na presença de náuseas e vômitos – QN

Vasoativos – Dopamina:
-evitar extravazamento da Dopamina, administrando em veia de grosso calibre, devido à necrose tecidual – CPM
-desprezar a Dopamina após 24h – em 24h

-avaliar sinais de superdosagem: diminuição do débito urinário sem hipotensão, aumento desproporcional da pressão diastólica – 1x/turno
-monitorizar PA, ECG, PVC, débito cardíaco, FC, BH – 1x/turno
-avaliar cianose de extremidades, pontos necróticos e piloereção ao administrar Dopamina. – QN

Vasodilatador – Captopril:
-verificar PA antes e após 15-30 min. de administração do Captopril
-Administrar Captopril, separado de antiácidos (Omeprazol, Ranitidina) que diminuem seu efeito – QN
-atentar para as interações medicamentosas do Captopril: risco de hipoglicemia se combinado com hipoglicêmicos, brusca hipotensão se combinado com diuréticos e potencialização da concentração de digoxina sanguínea – 1x/turno

Corrigido por:_____

Assinatura:_____

# APÊNDICE D

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual vantagem tu percebestes na utilização da prescrição de enfermagem informatizada na organização do teu trabalho?

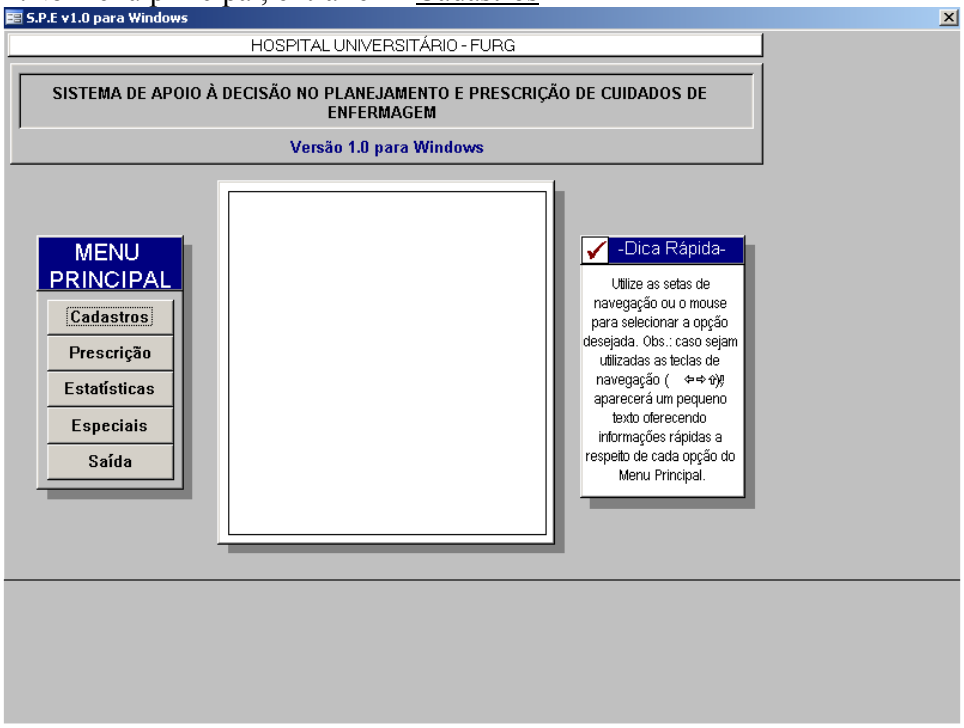
2. Quais as desvantagens?

3. Analisando as vantagens e desvantagens citadas, gostarias que a prescrição de enfermagem informatizada fosse adotada como um método de trabalho na unidade?

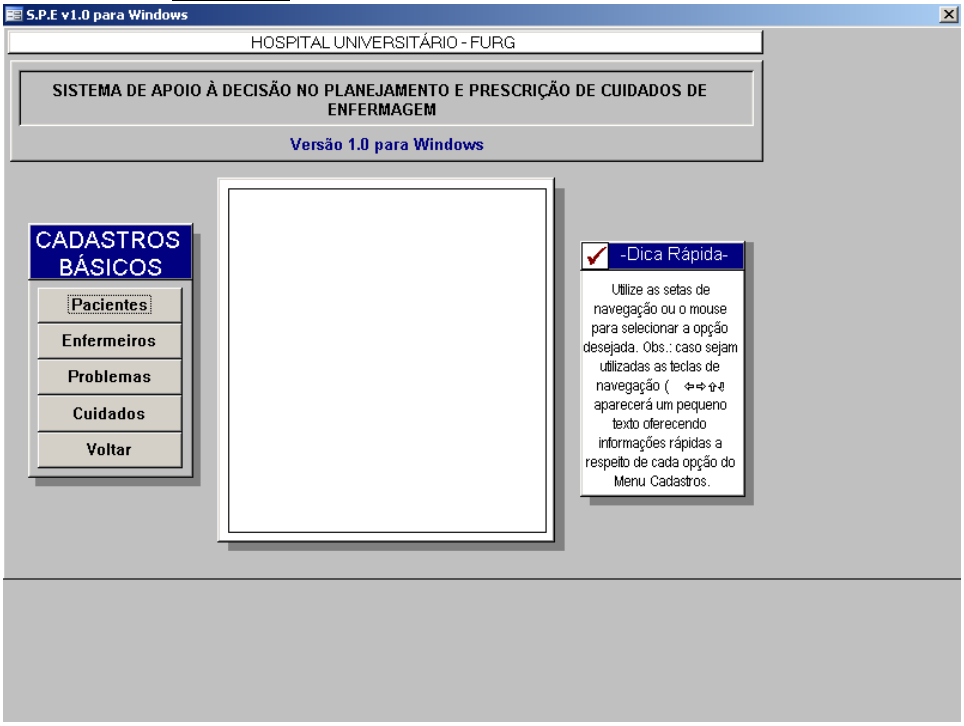
# APÊNDICE E

## GUIA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: INTERNAÇÃO DE PACIENTES

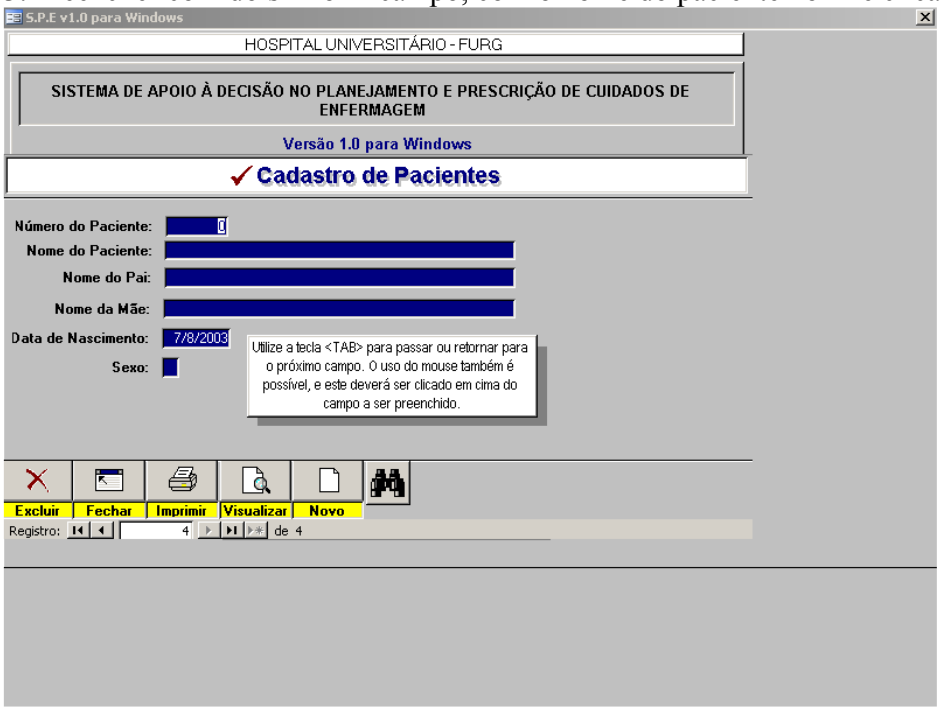
1.No menu principal, entrar em "Cadastros"




2.Entrar em "Pacientes":



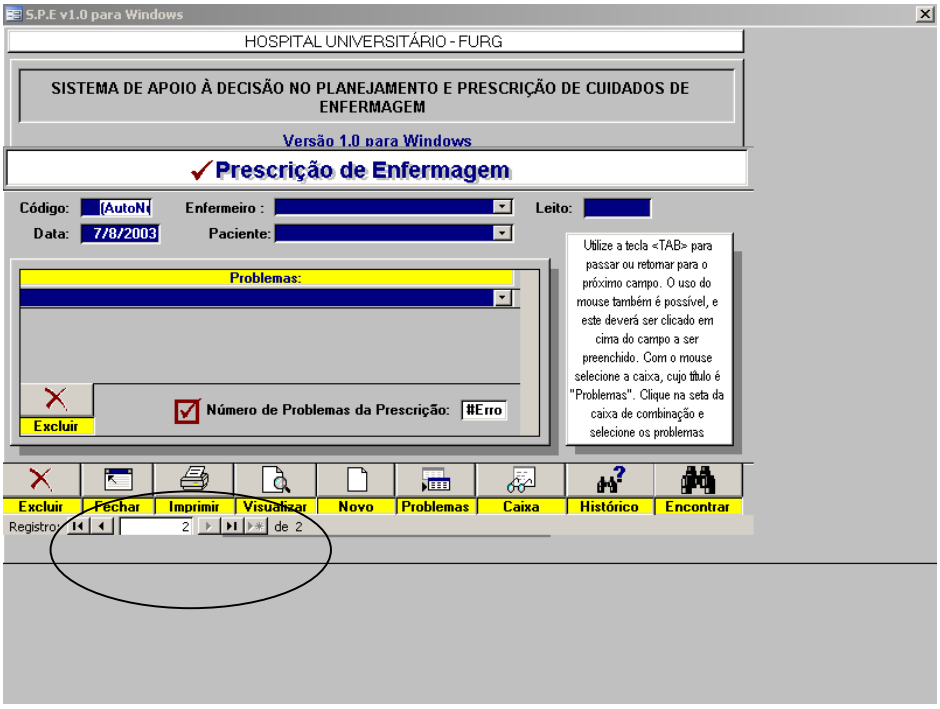
3. Preencher com dois nº o 1º campo, com o nome do paciente no 2º e clicar em "Fechar"



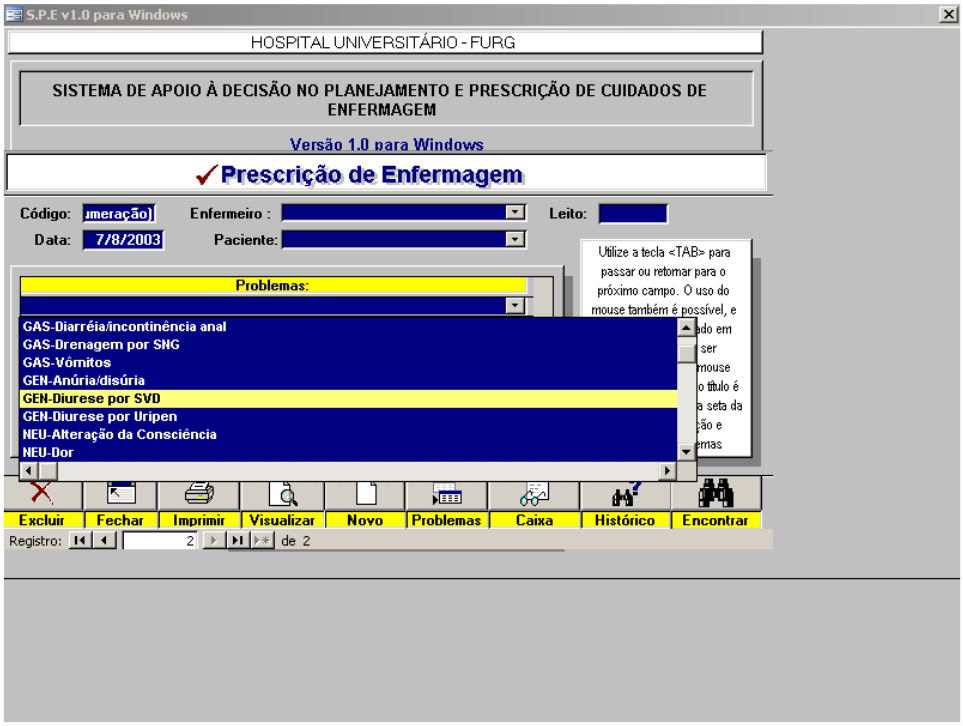

4. Quando fechar, voltará para a tela dos **Cadastros**, então nela clique em "Voltar" para ir na tela **Menu Principal**

**PRESCREVENDO PACIENTES**

1. Avance nas setas ► até o campo ficar limpo. Nele selecione enfermeiro, atualize a data, selecione o paciente que já deve ter sido cadastrado e digite o leito.



2. Selecione os problemas apresentados pelo paciente e peça para "Imprimir". Caso o programa não tenha salvo as alterações, feche essa tela e entre nela novamente, para depois "Imprimir".




**DICAS:**

➔ CAR – cardiorrespiratório, nele estão ex: "Oxigenoterapia por TOT em VM" e "Soroterapia por acesso venoso central".
➔ GAS – nessa sigla estão os problemas referentes ao sistema gastroentérico, como "Alimentação por SNE", "Drenagem por SNG" e "Controle de glicemia...".
➔ GEN – genitourinário, ex: "Diurese por SVD" e "Diurese por Uripen".
➔ NEU – neuromotor e pele, ex: "Higiene" e "Imobilidade".
➔ TER – terapêutica, indica cuidados importantes em alguns medicamentos, como o rodízio na punção de "Heparina SC:"

D/D (deltóide direito) – D/E (esquerdo) – ABD/D (abdômen direito) – ABD/E (esquerdo)
DORSO/D – DORSO/E – VLC/D (vasto lateral da coxa direita)– VLC/E (esquerda)
GLU/D (glúteo direito) – GLU/E (esquerdo)
DD (decúbito dorsal), DLE (decúbito lateral esquerdo), DLD (decúbito lateral direito)

# APÊNDICE F

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

*S.P.E. - Sistema de Prescrições de Enfermagem 1.0 for windows*

**Nome do Paciente:** L.

**Nome do Enfermeiro:** C

**DATA:** 20/10/04

**LEITO:** 03

| CUIDADOS | HORÁRIO |
|---|---|
| Administrar compressas mornas e elevar membro afetado qdo infiltração | |
| Administrar Heparina via SC, realizando rodízio D/D – D/E – ABD/D – ABD/E – DORSO/D – DORSO/E – VLC/D – VLC/E – GLU/D – GLU/E | |
| Aspirar secreções de oro e nasofaringe - QN ou 2/2h | |
| Aspirar secreções traqueo-brônquicas | |
| Avaliar competição do paciente com respiração controlada e comunicar a enfermeira | |
| Avaliar grau de hidratação: turgor e umidade da pele, mucosa oral e ocular, concentração e débito urinário, perfusão periférica, fraqueza, taquicardia, hipotensão - 1x/turno | |
| Avaliar permeabilidade (clampeamento/obstruções) e fixação das sondas - 1x/turno | |
| Avaliar presença de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal - 1xdia | |
| Avaliar sinais ITU-urina turva, hipertermia e hematúria – 1x/turno | |
| Cortar as unhas do paciente 1x semana | |
| Esvaziar a bolsa coletora de urina –1x/turno e QN 6/6h | |
| Implementar rotinas: mudar decúbito, pés flexionados, apoio nos MI, aplicar óleo, manter cama seca, limpa e esticada - 2/2h - DLE - DD - DLD - FOWLER | |
| Manter cabeceira elevada - 1x/turno | |
| Manter dedos com rolo de atadura e apoiar MS afetado, com articulações em desníveis– - 1x/turno | |
| Manter precaução entérica e/ou com sangue e fluídos, usando máscara, luva, avental e óculos | |
| Realizar banho de leito, lavando os cabelos e fazendo a barba – 1x/dia | |
| Realizar higiene perineal, após as evacuações, usando creme protetor | |
| Realizar/auxiliar higiene oral e hidratar labios – 2x/turno | |
| Trocar cadarço do TOT ou Traqueo, reposicionando TOT na comissura labial - 1x/turno | |
| Trocar equipamento de parede – 1x/dia | |
| Trocar local da punção por abocath a cada 7 dias | |
| Trocar o curativo da punção periférica, inclusive a torneirinha de 3 vias – 48h | |
| Trocar os circuitos do respirador e a água do umidificador - 3/3 dias | |
| Trocar soluções EV e equipo comum em 24h e equipo de bomba em 48h | |
| Verificar o nível de água do umidificador – 1x/turno | |

**Ass:** _____

# ANEXO A

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PRÁTICA EM ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM II**
**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Identificação:_____Leito:_____Unidade:_____

| CONDUTA | DIA/HORÁRIO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01- Verificar e anotar sinais vitais | | | | | | | |
| 02- Observar locais de punção e gotejo das soluções EV | | | | | | | |
| 03- Incentivar, auxiliar ou realizar higiene corporal (couro cabeludo, ocular, unhas, tricotomia, íntima) | | | | | | | |
| 04- Trocar Uripen | | | | | | | |
| 05- Manter lençóis secos e esticados | | | | | | | |
| 06- Estimular e/ou realizar mudança de decúbito, massageando as proeminências ósseas | | | | | | | |
| 07- Realizar troca de CN, umidificador e conexão de O2, higienizando e alternando as narinas | | | | | | | |
| 08- Realizar curativo | | | | | | | |
| 09- Observar permeabilidade de sondas e cateteres | | | | | | | |
| 10- Observar troca de cateteres, equipos, buterflys, frascos de drenagem | | | | | | | |
| 11- Observar aceitação da dieta | | | | | | | |
| 12- Estimular atividades recreativas e deambulação | | | | | | | |
| 13- Realizar rodízio nos locais de adm. de medicamentos: SC e IM | | | | | | | |
| 14- Realizar balanço hídrico | | | | | | | |
| 15- Manter cabeceira elevada | | | | | | | |
| 16- Controlar perdas vaginais | | | | | | | |
| 17- Controlar involução uterina | | | | | | | |
| 18- Realizar e/ou orientar cuidados com mamas | | | | | | | |
| 19- Realizar/orientar cuidados com episio | | | | | | | |
| 20- Estimular amamentação | | | | | | | |
| 21- Controlar BCFs | | | | | | | |
| 22- Controlar contrações uterinas | | | | | | | |
| 23- | | | | | | | |
| 24- | | | | | | | |
| 25- | | | | | | | |
| 26- | | | | | | | |

# ANEXO B

| FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.<br>Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Rio Grande | P E D I A T R I A |
|---|---|---|

**Nome:** **Nº do leito:**

| CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Verificar temperatura axilar | | | | | | | |
| 2. Verificar FC FR | | | | | | | |
| 3. Realizar banho + peso | | | | | | | |
| 4. Observar locais de punção e gotejo das soluções EV | | | | | | | |
| 5. NBZ | | | | | | | |
| 6. Higiene pessoal | | | | | | | |
| 7. Estimular ingesta hídrica | | | | | | | |
| 8. Medir e registrar diurese + evacuações | | | | | | | |
| 9. Medir resíduo gástrico | | | | | | | |
| 10. Fazer curativo | | | | | | | |
| 11. Trocar SOG ou SNG | | | | | | | |
| 12. SF 0,9% nas narinas | | | | | | | |
| 13. Trocar proteção ocular | | | | | | | |
| 14. Limpar berço aquecido e/ou campânulas | | | | | | | |
| 15. Aspirar VAS e/ou medir $O_2$ | | | | | | | |
| 16. Higiene oral | | | | | | | |
| 17. Troca/limpeza de frasco de aspiração | | | | | | | |
| 18. $O_2$: ( ) campânula ( ) CEN ( ) óculos nasal | | | | | | | |
| 19. Manter decúbito elevado | | | | | | | |
| 20. Esperar eructar e deitar em decúbito lateral direito ou ventral | | | | | | | |
| 21. Troca de equipos e buretas | | | | | | | |
| 22. Colocar vaselina salicilada 1%, no couro cabeludo | | | | | | | |
| 23. Colocar: | | | | | | | |
| 24. Colocar: | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |

**NÃO ESQUEÇA: LAVE AS MÃOS ANTES E APÓS CADA PROCEDIMENTO**

GRAFURG MOD. 388

# ANEXO C

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO "PROF. MIGUEL RIET CORREA JR."

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

NOME: Nº LEITO:

| CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Controle de sinais vitais | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2. Realizar banho + peso + PT + PC + CA | | | | | | | |
| 3. Observar locais de punção e gotejo das soluções EV | | | | | | | |
| 4. Verificar glicosúria | | | | | | | |
| 5. Verificar glicemia | | | | | | | |
| 6. Verificar densidade urinária | | | | | | | |
| 7. Medir e registrar diurese | | | | | | | |
| 8. Medir resíduo gástrico | | | | | | | |
| 9. Fazer curativo | | | | | | | |
| 10. Trocar SOG ou SNG | | | | | | | |
| 11. Mudar decúbito | | | | | | | |
| 12. Trocar proteção ocular | | | | | | | |
| 13. Limpar berço ou incubadora + equipamentos. | | | | | | | |
| 14. Aspirar VAS | | | | | | | |
| 15. Medir ( O2 ) | | | | | | | |
| 16. Desobstruir narinas | | | | | | | |
| 17. Umedecer os lábios + higiene oral | | | | | | | |
| 18. ~~Desinfecção da NP com PVPI alcóolico~~ | | | | | | | |
| 19. Esperar eructar e deitar em decúbito lateral direito ou ventral | | | | | | | |
| 20. Visita dos pais | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | |
| 24. | | | | | | | |
| 25. | | | | | | | |
| 26. | | | | | | | |
| 27. | | | | | | | |

NÃO ESQUEÇA: LAVE AS MÃOS ANTES E APÓS CADA PROCEDIMENTO

EDGRAF - Mod. 388

# ANEXO D

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**
**MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Pelo presente Consentimento Livre e esclarecido, declaro ter sido informada (o) dos objetivos e da metodologia que será desenvolvida nesse processo. Fui igualmente esclarecido:

-da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo;

-da liberdade de participar ou retirar meu consentimento, sem penalidade alguma;

-de permitir o uso do gravador e anotações dos diálogos, com a garantia do sigilo e anonimato

-da garantia do sigilo, assegurando-me a privacidade individual e coletiva, quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo;

-de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa;

-da garantia de acesso às informações em todas as etapas do estudo, assegurando-me condições de acompanhamento;

Responsáveis pelo trabalho:
Mestranda Daise Ribeiro Aquino
Av. Itália, 2111, Bl 2$^{A}$, Apto. 203
CEP: 96.203-000 Rio Grande/RS
Tel: (53) 230.16.34
Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho
Tel: (53) 235.14.48

Nome do participante:_____

Assinatura do participante:_____

Assinatura da responsável:_____

Rio Grande, de 2004.

# ANEXO E

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR**
**UTI GERAL – RELATÓRIO DE ROTINAS**

| LEITO | NOME: | DROGAS | BHT | BHT | DIURESE | CONDUTAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PROBLEMAS | IDADE: | | | | | |
| A | | | | | | |
| B | | | | | | |
| C | | | | | | |
| D | | | | | | |
| E | | | | | | |

| LEITO | NOME: | DROGAS | BHT | BHT | DIURESE | CONDUTAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PROBLEMAS | IDADE: | | | | | |
| A | | | | | | |
| B | | | | | | |
| C | | | | | | |
| D | | | | | | |
| E | | | | | | |

| LEITO | NOME: | DROGAS | BHT | BHT | DIURESE | CONDUTAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PROBLEMAS | IDADE: | | | | | |
| A | | | | | | |
| B | | | | | | |
| C | | | | | | |
| D | | | | | | |
| E | | | | | | |

# ANEXO F

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**
**MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE**

RIO GRANDE, 1º MARÇO DE 2004

**Sra. Gicelda Pardo Vieira / Elaine Miranda Pinheiro**
Diretora do Serviço de Enfermagem/ Chefe de Enfermagem

PREZADAS SENHORAS

Como aluna do Mestrado em Enfermagem da FURG, venho, por meio deste, solicitar a vossa autorização para desenvolver uma Prática Assistencial de Aplicação do Processo de Enfermagem com auxílio da Prescrição de Enfermagem Computadorizada, apoiada na teoria de Wanda Horta, junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do H.U., sob orientação do Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

O tema proposto é a organização do trabalho da enfermagem através da experimentação da prescrição de enfermagem, dentro do processo de enfermagem já existente na UTI.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais, que envolvem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhe os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me a disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____
Daise Ribeiro Aquino

Ciente. De acordo.
Data:
Diretora Geral do H.U.:_____
Chefe de Enfermagem:_____