# PROCESSO DE ENFERMAGEM: TEORIA E PRÁTICA
# The nursing process: theory and practice

Vera Regina Waldow (1)

RESUMO

*O estudo tece algumas considerações sobre o Processo de Enfermagem e suas fases de acordo com alguns autores. Comenta alguns problemas teóricos e práticos que tem dificultado a plena utilização do mesmo, fazendo algumas sugestões em relação à adequação e viabilização do processo.*

**Unitermos:** *Processo de Enfermagem/ Teoria de Enfermagem*

ABSTRACT

*The study makes some considerations about the Nursing Process and its phases according to some authors. It comments on some theorctical and practical problems that have rendered its full utilization difficult and gives some suggestions concerning the adequacy and feasibility of the process:*

**Key Words:** *Nursing Process/ Theory of Nursing*

## 1 Introdução

O Processo de Enfermagem é introduzido por HORTA (1973) na década de sessenta, e a prática do mesmo inicia por volta de 1965, quando a autora aplica o histórico de enfermagem com alunos de enfermagem, na época, denominado, *anamnese de enfermagem* *. Posteriormente, HORTA (1975) levanta alguns questionamentos, expressos como dúvidas, entre os quais: Estariam as escolas de enfermagem preparando seus alunos para a função de assistir o ser humano, utilizando uma metodologia científica? Os profissionais de enfermagem estariam capacitados a aplicar o processo de enfermagem?

Por alguns anos, as escolas persistiram no ensino e estudo do Processo de Enfermagem, e, na realidade, o modelo preconizado por Horta foi praticamente o único amplamente divulgado e implementado. (Argerami & Boemer, 1984).

Este processo, por sua vez, é desenvolvido pelas escolas e profissionais de enfermagem com ênfase na primeira fase, ou seja, a fase denominada por Horta de Histórico de Enfermagem. A dificuldade no desenvolvimento de todo o Processo de Enfermagem parece refletir a falta de embasamento para a implementação em sua totalidade, o qual envolveria interpretação, análise e crítica, conforme ANGERAMI & BOEMER (1984).

Parece-nos oportuno perguntar hoje, quase duas décadas após o seu início, como anda o Processo de Enfermagem? Como estão as escolas de enfermagem preparando seus alunos para a assistência de enfermagem? Que metodologia científica está sendo aplicada? Como os profissionais de enfermagem estão desenvolvendo o Processo de Enfermagem? Como estão pensando os profissionais de enfermagem em relação à assistência de enfermagem após a aprovação da Lei n.º 749? Enfim, como tem evoluído o Processo de Enfermagem?

Este trabalho tem por finalidade apresenta alguns sentimentos em relação ao Processo de Enfermagem, os quais têm sido experimentados e sentidos ao longo de dez anos de docência e que se fundamenta na crença de que a enfermagem é algo mais do que o fazer. O passar dos anos e a experiência adquirida têm-nos permitido observar, pensar, analisar, deduzir e procurar.

A busca às respostas e soluções, tem-nos impulsionado a seguir. A caminhada é muito longa, porém enriquecedora.

(1) Professora Assistente no Departamento Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*Grifo da autora.

O que nos preocupa é o estado de acomodação por parte de muitos profissionais de enfermagem e de muitos docentes. A forma como a profissão vem desenvolvendo a assistência de enfermagem é pouco questionada.

Em relação às perguntas feitas anteriormente, consternadamente temos constatado que o Processo de Enfermagem não evoluiu. Poucos estudos e pesquisas têm sido feitos quanto ao processo independentemente do enfoque teórico.

O Processo de Enfermagem parece ser uma atividade desenvolvida quase que exclusiva pelos alunos de enfermagem, e as raras instituições, nas quais a enfermagem aplica o Processo de Enfermagem, fazemno de forma mecânica, despersonalizada e desatualizada.

Se o aluno, após formado, não utiliza o Processo de Enfermagem, por que não o faz? Devido a problemas organizacionais, administrativos? Ou será que a Escola não o está habilitando para aplicá-lo, adequando-o às necessidades e peculiaridades da instituição e sua clientela?

O desenvolvimento do saber da enfermagem está incipiente. As aplicações das teorias são raras, e estas são pouco propagadas. O modelo de Horta tem sofrido críticas, contudo, não tem sido aperfeiçoado, tampouco outros modelos tem sido desenvolvidos.

Apresentaremos algumas considerações em relações ao Processo de Enfermagem sem nos atermos especificamente em alguma teoria. Acreditamos que o Processo de Enfermagem é a única forma de atuação do profissional de enfermagem de maneira organizada e científica. Após os comentários sobre o Processo de Enfermagem e suas fases, permitiremo-nos fazer algumas sugestões, face aos problemas que têm sido identificados quanto ao mesmo.

## 2 Processo de Enfermagem e suas fases

Alguns livros-textos de enfermagem utilizados por algumas escolas definem e explicam o Processo de Enfermagem, no entanto o uso dos mesmos parece restrito a conteúdos referentes a procedimentos técnicos. FUERST et alii (1977, p.48) descrevem o processo de Enfermagem como um sistema aberto, composto por seus subsistemas e que estão sujeitos a influências do meio, e definem o sistema de *processamento de enfermagem** como um "conjunto de ações usadas para determinar, planejar e aplicar o cuidado de enfermagem. As ações são dinâmicas, isto é, elas mudam,influem umas nas outras e estão constantemente inter-relacionadas".

Para DU GAS (1984), o Processo de Enfermagem é a aplicação da abordagem científica e lógica à prática de enfermagem.

Para STANTON et alii (1985), o Processo de Enfermagem pode ser definido como atividade intelectual deliberada, pela qual a prática de enfermagem é implementada de forma sistemática e ordenada. Paa as autoras, o Processo de Enfermagem é a "ferramenta" e metodologia de enfermagem, a qual auxilia o enfermeiro** em suas decisões e a predizer e avaliar conseqüências.

Processo de Enfermagem para HORTA (1979, p.35) é "a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano".

Portanto, algumas idéias coincidem, e o Processo de Enfermagem funcionaria como um guia, dando direção à prática.

STANTON et alii (1985) mencionam o fato de que prática do profissional de enfermagem é de natureza interpessoal e que o relacionamento enfermeiro-cliente ou paciente ocorre em todas as fases do processo. Por outro lado, salientam a visão holística do ser humano, o qual responde como um todo.

Os autores variam um pouco em relação ao número de fases do processo, geralmente em torno de quatro a seis, bem como a sua terminologia.

HORTA (1979) descreve seis fases do Processo de Enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Como as idéias de Horta têm sido do conhecimento da comunidade de enfermagem, tentaremos trazer algumas idéias de outros autores o que não significa desprestigiar o Processo de Enfermagem de Horta, o qual consideramos da maior relevância, mesmo porque as idéias, embora de maneira diferente, na verdade têm o mesmo significado.

Em todas as fases do processo, a reaviliação deve estar presente e pode levar a mudanças imediatas em qualquer uma das fases (STATON et alii, 1985).

A primeira fase do processo, conhecida por levantamento, avaliação, histórico de enfermagem, consiste na coleta e análise de dados do cliente/pa-

* Grifo dos autores.

** Utilizaremos o termo enfermeiro em sentido genérico, englobando sexo masculino e feminino.

ciente de forma sistemática e ordenada, com o propósito de definir a situação do mesmo, ou seja, de elaborar o diagnóstico de enfermagem. Esta fase é vital, pois um levantamento insuficiente ou incorreto pode levar a um diagnóstico incorreto e, conseqüentemente, a uma assistência ineficiente. Evidentemente, a visão holística deve assegurar as esferas biológica, psicológica, social e espiritual do indivíduo.

O uso dos instrumentos básicos mencionados por HORTA (1979) é imprenscindível, e a entrevista deve ser realizada com atenção e cuidado, pois estabelece o início do relacionamento terapêutico.

Além dos dados de identificação, o estado geral do cliente é também averiguado pela entrevista com o mesmo ou com o responsável, o que constitui os dados subjetivos. E, através de exame e observação do cliente, para a obtenção de dados que podem ser vistos ou medidos objetivamente, constituem-se os dados objetivos. Outros dados podem ser investigados, tais como: crenças, valores, expectativas, filosofia de vida, etc.

Após a coleta dos dados, procede-se à análise dos mesmos. Esta é responsabilidade única do profissional de enfermagem. (STANTON et alii, 1985). O primeiro passo do processo, fornece, pois, o perfil do cliente/paciente. O enfermeiro deve selecionar os dados relevantes em função da situação, ou seja, em relação às condições, necessidades, tempo, sem desconsiderar o conjunto, reunindo, analisando e planejando a assistência de forma lógica e racional, auxiliando a suprir deficiências e fornecendo condições para o cliente atuar como uma pessoa total.

É durante o estágio de análise dos dados coletados que o enfermeiro utiliza seu conhecimento em relação as várias teorias e conceitos para integrá-los. O diagnóstico consiste na reunião de dados que evidencia relacionamentos, mostram sentido e conduzem a uma conclusão lógica (Stanton et alii, 1985). O diagnóstico de enfermagem é baseado em dados atuais evitando-se suposições.

CIANCIARULLO (1976a, p.162) define o histórico de enfermagem de acordo com Horta, como:

"Um roteiro sistematizado para o levantamento de dados que sejam significativos para a enfermagem sobre o paciente, família ou comunidade, a fim de tornar possível a identificação dos seus problemas de modo que, ao analisá-los adequadamente, possa chegar ao diagnóstico de enfermagem."

STANTON et alii (1985) definem o diagnóstico de enfermagem como a identificação das respostas humanas e limitações do cliente para o propósito geral de identificação e condução do cuidado de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem identifica a situação, o déficit, a preocupação, o problema de saúde atual ou potencial do cliente, o qual pode ser modificado pelas ações de enfermagem. O diagnóstico pode, portanto, intervir com um atual (presente-orientado) ou um potencial (futuro-orientado) problema de saúde.

Após estabelecer o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, deve-se classificar em ordem de prioridades, levando-se em consideração ambas as opiniões, isto é, do enfermeiro e do cliente.

As áreas de maior impacto para o cliente e/ou família devem merecer maior atenção. Por outro lado, o enfermeiro também determina prioridades baseadas em experiências passadas e no conhecimento científico do ser humano, verificando-se o grau de ameaça em nível de bem estar do cliente.

Cumpre mencionar também o uso do termo diagnóstico de enfermagem segundo KOMORITA (1983), para indicar um problema de enfermagem, um fenômeno, um método e um exercício de julgamentos por parte dos enfermeiros. Isto pressupõe o estabelecimento de um corpo científico de conhecimentos. Deve, pois, também refletir sobre os conceitos teóricos utilizados como guias, através do modelo teórico adotado.

Os termos utilizados por alguns autores (DU GAS, 1984; STANTON et alii, 1985) tais como problemas reais ou atuais e potenciais, referem-se, os primeiros, àqueles apresentados, sentidos ou percebidos no momento; e os segundos, ou seja, os potenciais que decorrerão em função da situação, caso não forem utilizadas medidas a curto ou longo prazo.

Observe-se a menção da participação do cliente em relação ao que lhe é mais significativo, combinando-se aquelas situações que deverão ser trabalhadas em primeiro lugar. Este enfoque é preconizado por KING (1981), em que o estabelecimento do diagnóstico, suas prioridades e o estabelecimento dos objetivos é feito em comum acordo, enfatizando a interação interpessoal entre enfermeiro e cliente.

Reproduziremos, aqui, um exemplo fornecido por STANTON et alii (1985) em relação á forma de estabelecer-se o diagnóstico de enfermagem para problemas atuais e potenciais.

No caso de um cliente X, um dos problemas a ser indentificado é a falta de informação com respeito ao manejo do diabetes. Este, é baseado nos dados sobre seu peso, altura, padrões nutricionais, pessoais e familiares e o estado do seu sistema integumentar. Dados objetivos e subjetivos coletados anteriormente indicaram que a cliente é obesa, bem como os demais

componentes da família, de meia idade, com história familiar de diabetes, hábitos alimentares irregulares e com excesso de carboidratos, pele e cabelos secos, unhas quebradiças. Neste caso, o diagnóstico de enfermagem poderia ser "informação inadequada relacionada ao manejo do diabetes: falta de informação com referência à causa, efeito e ação terapêutica associado com manejo do diabetes (mais necessidades nutricionais específicas)". Este diagnóstico de enfermagem também oferece a categoria onde a falta de informação é pertinente. Isto auxilia o enfermeiro no desenvolvimento de um plano de ação. Outra forma de relatar o diagnóstico poderia ser: "alterações na nutrição (sólidos e líquidos)". Esta afirmação envolve a necessidade de investigar os hábitos alimentares do cliente, sua motivação para mudanças e seu conhecimento sobre necessidades nutricionais.

Outro diagnóstico de enfermagem do cliente X pode intervir com problemas potenciais, os quais podem ser identificados através de avaliação e/ou reavaliação. Estes problemas estão relacionados a fatores de risco significantes, que podem ser modificados para reduzir a evolução do problema. Neste caso, o diagnóstico poderia ser: "inadequado conhecimento relacionado ao cuidado da pele do diabético: falta de informação com referência ao cuidado especial da pele, circulação periférica e processo de cicatrização". Este diagnóstico de enfermagem estabelece o problema potencial e identifica as categorias onde a falta de conhecimento pode criar problemas para auxiliar o enfermeiro no desenvolvimento do plano de cuidados. Ainda outra forma poderia se: "possibilidade para alterações na integridade da pele". Este diagnóstico implica a necessidade de avaliar o conhecimento básico do cliente sobre cuidado especial com a pele e o processo de cicatrização em pessoas diabéticas.

Para a maioria dos autores (DU GAS, 1984; FUERST et alii, 1977; KING, 1981; STANTON et alii 1985), a fase seguinte do Processo de Enfermagem, é a fase de planejamento: planejamento dos cuidados, planejamento da assistência ou plano assistencial para HORTA (1979).

Conforme FUERST et alii (1977), esta fase também deve ser elaborada com a colaboração do cliente/paciente. Este, deve ser estimulado a assumir responsabilidades e, para KING (1981), ambos estabelecem metas e objetivos a serem alcançados. O enfermeiro, após analisar as funções e necessidades do cliente/paciente com base em seu conhecimento e experiência, estabelece prioridades e determina os objetivos dos cuidados de enfermagem, isto é, descreve que comportamentos espera que ocorram e sob que condições o mesmo deverá ocorrer a curto ou longo prazo.

O plano deve ser flexível e sujeito a modificações de acordo com as avaliações contínuas e sistemáticas feitas.

STANTON et alii (1985) referem dois estágios no planejamento: o primeiro estágio é o estabelecimento de metas e objetivos. Os objetivos devem ser claramente definidos, realistas, atingíveis e aceitáveis pelo cliente, bem como compreensíveis a toda a equipe de enfermagem.

O registro escrito deve conter o sujeito da ação, o seu executor e a mudança de comportamento a ser efetuada. Deve, este registro ser observado para que sejam estabelecidos resultados desejados em termos do cliente e não para comportamentos do enfermeiro.

A segunda fase do planejamento é a identificação das ações de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem, baseado em cuidados e racional pensamento cientffico.

As ações especificam o tipo de cuidado a ser executado de forma efetiva, a fim de resolver o problema do cliente, as quais podem ser referidas como hipóteses estabelecidas para testar sua contribuição na solução do problema. Entretanto, ao selecioná-las, é importante analisar as opções disponíveis e determinar as probabilidades de sucesso no alcance dos objetivos (STANTON et alii, 1985).

A fase seguinte do Processo de Enfermagem é a fase de implementação (DU GAS, 1984; KOMORITA, 1983; STANTON et alii, 1985) ou intervenção de enfermagem (FUERST et alii, 1977). Para HORTA (1979), a fase de implementação é denominada plano de cuidados ou prescrição de enfermagem. É a prestação do cuidado de enfermagem ou a colocação do plano em ação segundo STANTON et alii (1985). Estas autoras ressaltam que a filosofia de enfermagem utilizada pelo enfermeiro afetará as ações de enfermagem que ele usa ao satisfazer as necessiddes do cliente. Embora o enfoque desta fase esteja na ação, ela exige habilidades intelectuais, interpessoais e manuais.

As ações de enfermagem recaem em várias categorias, tais como ensino, aconselhamento, provisão de cuidado físico, administração de terapêutica médica, coordenação de recursos, encaminhamentos e outras fontes de ajuda e comunicação terapêutica (verbal e não verbal) (STANTON et alii, 1985).

Estas ações deverão ter sido muito bem especificadas, a fim de não serem interpretadas de forma incorreta ou não executadas corretamente, quando implementadas pela equipe de enfermagem. Por outro lado, as intervenções deverão considerar a resposta do cliente/paciente de forma total, ou seja, como uma pessoa inteira. Isto permite avaliar melhor as conseqüências a serem esperadas em cada ação posterior, auxiliando o enfermeiro a selecionar as ações mais apropriadas. Os resultados das ações são registrados, o que facilitará a tarefa de avaliação.

A quinta fase do processo, avaliação é definida

por STANTON et alii (1985, p.27) como "a apreciação das mudanças de comportamento do paciente devido às ações de enfermagem".

O enfermeiro, ao avaliar os resultados, deve levar em consideração a opinião do cliente/paciente. Os objetivos tendo sido claramente definidos, e especificados os resultados a serem esperados, ficará mais fácil determinar se as ações implementadas foram bem sucedidas.

STANTON et alii (1985) referem que a avaliação baseada em mudanças de comportamento é denominada avaliação de resultado e mencionam dois tipos de avaliação a serem consideradas: avaliação de estrutura e avaliação de processo.

A avaliação de estrutura refere-se aos meios apropriados utilizados para avaliar o cliente ou desenvolver o plano, pode relacionar-se também à organização em que fatores tais como tempo e pessoal impedem a plena realização do processo.

A avaliação do processo refere-se às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante as fases do processo ou no seu final.

As autoras STANTON et alii (1985) sugerem exemplos de questões de avaliação de processo, as quais podem ser utilizadas na avaliação de cada fase do processo.

— Levantamento (ou histórico de enfermagem ou dados de avaliação do cliente/paciente)

1. Os dados históricos foram relaconados aos problemas de saúde identificados?
2. O exame físico foi realizado e os resultados registrados?
3. A análise foi lógica? Fez uso dos dados coletados?

— Diagnósticos de enfermagem ou identificação de problemas.

1. O diagnóstico foi baseado na análise?
2. A conclusão diagnóstica é lógica em relação aos dados coletados?

— Planejamento ou plano assistencial

1. As metas e os objetivos foram estabelecidos?
2. O plano apresenta racionalidade e continuidade em relação ao diagnóstico?
3. As metas e objetivos foram mutuamente estabelecidos com o cliente?

— Implementação ou intervenção ou plano de cuidados

1. Que atividades o enfermeiro desempenhou?
2. Que atividades o cliente desempenhou?
3. As atividades foram executadas de acordo com os objetivos traçados?

— Avaliação ou evolução

1. As metas e os objetivos foram alcançados?
2. Que métodos de avaliação foram utilizados?

A sexta fase do processo utilizada por Horta (1979, p.36), o prognóstico de enfermagem, é definido como a "estimativa da capacidade do ser humano em entender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem". Na verdade, ele consiste em uma avaliação e, como a própria autora refere, é uma previsão a qual já é delineada "ao fazermos o diagnóstico e mesmo na própria coleta de dados já teremos uma idéia do prognóstico".

### 3 A Viabilização do Processo de Enfermagem e seus Problemas

O Processo de Enfermagem possibilita ao enfermeiro um conhecimento real e profundo acerca do cliente/paciente, para o qual é elaborada uma assistência individualizada. Consiste o processo no planejamento e implementação da assistência de enfermagem, o qual é calcado em conhecimento científico.

Embora seja admitida a importância do Processo de Enfermagem, observa-se que existe uma certa resistência por parte dos enfermeiros em aceitar esse método científico de trabalho. Ele é considerado uma carga a mais entre as suas atividades. Demanda tempo, pessoal, além do que, para muitos, é uma atividade teórica, sem aplicabilidade prática.

Na realidade, o Processo de Enfermagem é desenvolvido nas escolas e com exceção de poucas instituições de saúde, praticamente só é utilizada em hospitais escola. Na opinião de alguns, é impossível de ser viabilizado na prática, KOCH & OKA (1977) realizaram estudo em relação ao Processo de Enfermagem, no qual os alunos avaliaram-no, dando sua opinião. Quanto às opiniões desfavoráveis, elas poderiam ser interpretadas mais como um reflexo da situação do profissional, isto é, o aluno considera-o válido, permite um melhor atendimento ao paciente, porém em termos de: "seria o ideal, se fosse seguido", "se fosse aplicado a todos os pacientes".

Isto quer dizer que o aluno percebe que está recebendo um ensino o qual não é utilizado na prática, e isto com toda a razão merece ser questionado.

No estudo de Koch & Oka (1977), as colocações dos alunos retratam muito bem o problema, pois mencionam situações tais como: o paciente tem alta sem ter sido completado o Processo de Enfermagem, é utópico em relação ao número de enfemeiros e pacientes nos hospitais, é muito complexo e extenso. Os alunos mencionaram também o problema de "entrosamento com a equipe de enfermagem e continuidade nas observações". Este último confirma a constatação feita de que é uma atividade teórica e praticamente resumida às escolas.

Por outro lado, nos locais onde o Processo de Enfermagem é utilizado, observa-se que este perdeu

sua função, pois o mesmo é realizado de forma mecânica, pouco elaborado, repetitivo e não reflete exatamente as necessidades dos clientes/pacientes. Os alunos, por sua vez, são orientados a seguirem as normas adotadas pela instituição para um processo que carece de avaliação, atualização, enfim, de uma revisão e avaliação contínua e sistemática. Novas abordagens e novos modelos comprometem a rotina e o sistema adotado.

Portanto, evidencia-se a grande falha por parte de ambas as instituições, escola e as de saúde, em fornecer uma metodologia científica que direcione a assistência de enfermagem e que melhor se adapte às condições e características das instituições e de sua clientela, e que seja estudada e planejada de comum acordo.

Isto não surpreende, já que inexiste uma afetiva integração docente-assistencial. As escolas pouco têm oferecido em termos de extensão do saber à comunidade, e as instituições pouco têm procurado assessoria junto às escolas.

Cabe questionar aqui, qual o posicionamento do professor em programar e estimular o conhecimento científico e aplicação do mesmo? Ainda, estaria sendo o Processo de Enfermagem ensinado nas escolas, de forma a que o aluno possa realmente utilizá-lo de modo racional, adequando-o ao contexto de trabalho?

Acredito que necessitaríamos de uma revisão no estudo do ensino do Processo de Enfermagem. Acredito, também que um dos problemas existentes diz respeito a uma certa inflexibilidade por parte das escolas no que se refere à adequação no ensino e uso do Processo de Enfermagem. Em geral, ao aluno é apresentado apenas uma forma de realizar o processo, sem opções de escolha, limitando o seu conhecimento. Em conseqüência, observa-se que, na prestação da assistência, falta criatividade, imaginação e coragem.

O Processo de Enfermagem deve ser uma atividade que facilite a atuação de enfermagem, mas, para tanto, ele deverá se pensado em função de prioridades, necessidades, disponibilidade de tempo e recursos materiais e humanos. Isto requer discernimento a fim de que o enfermeiro possa, após levantamento da situação, estudar as possibilidades e planejar como o processo poderá ser implementado e de que forma, para atender as necessidades reais. Outra dificuldade que se observa é a de que a enfermagem tende a acomodar-se em uma situação em que predomina a atividade administrativa, esta, sem dúvida importante, mas, muitas vezes, mais em função de aspectos burocráticos desvinculados da assistência direta. A prestação do cuidado é em sua grande parte delegada, além do que, o enfermeiro pouco se desenvolve profissionalmente, seja através de atualização em termos de leitura científica, participação em debates, seja realizando pesquisa e/ou cursos de atualização e especialização.

Outro problema constatado é o de que carecem estudos em relação ao Processo de Enfermagem, e para que este torne-se prático e exeqüível pressupõe o uso e testagem de teorias. No entanto, as teorias pouco têm sido abordadas e, quando o são, o fazem de forma teórica, com pouca utilização e testagem na prática. As teorias são criticadas, porém não tem sido testadas a fim de serem verificadas.

O Processo de Enfermagem que tem sido mais amplamente divulgado e implementado é o de Horta, o que não exclui o fato de também receber críticas. Entretanto, raros esforços têm sido realizados no sentido de desenvolverem estudos em relação às teorias e adaptá-los, se necessários, as peculiaridades, diferenças e realidades contextuais de cada campo.

As teorias são a base para o desenvolvimento da prática de enfermagem, e o Processo de Enfermagem, o guia norteador desta prática. Entretanto, cabe mencionar a colocação feita por ALMEIDA (1984), quanto à viabilização da prática através do desenvolvimento de teorias no cuidado ao paciente, e que deve levar em conta o sistema de saúde e as forças políticas em relação aos modelos de prestação de saúde, distribuição de profissionais da enfermagem em relação às demais categorias e profissionais de saúde, a divisão de trabalho e sua relação à questão de divisão social e a monopolização do poder.

Alguns destes problemas poderão ser minimizados principalmente através da luta do profissional pelos seus direitos, porém é necessário que o enfermeiro assuma seu papel. O enfermeiro está habilitado legalmente a desenvolver o Processo de Enfermagem. Em relação à equipe e à viabilização do processo, parece que, com a extinção da categoria atendentes de enfermagem, tornará mais fácil a instrumentalização no que se refere a pessoal mais capacitado para administrar um cuidado.

O problema, portanto, parece relacionar-se mais a entraves e barreiras oferecidas pelo próprio profissional, pois caso ele não esteja seguro de que o Processo de Enfermagem é realmente o seu instrumento de trabalho, ele não será capaz de usá-lo e de argumentar de forma convincente quanto a sua eficácia.

Outro estudo que pode confirmar alguns dados em relação do Processo de Enfermagem e sua realização é o de RESENDE et alii (1981), no qual evidencia que da população estudada, 38% dos enfermeiros sentiam-se seguros na aplicação do processo, 4% inseguros e 58% com alguma dúvida. Quanto ao nível de dificuldade em relação às fases do processo, 12% acharam que era o histórico, 32% o diagnóstico, 25% o plano assistencial, 4% o plano de cuidado diário, 5% a evolução e 22% não encontraram dificuldade. Em relação ao diagnóstico, os maiores problemas recairam na identificação das necessidades básicas

(28%) e na determinação do grau de dependência (25%). Em relação ao plano assistencial, 59% relacionaram dificuldade pelo pouco tempo disponível, e 25% pela curta permanência do paciente no hospital.

Quanto à dificuldade na elaboração da evolução, os enfermeiros responderam estar nas deficiências das anotações de enfermagem (50%), falhas na elaboração do plano de cuidado diário (18%). Apresentamos apenas as respostas que obtiveram maior freqüência, bem como apenas alguns dos itens pesquisados pelas autoras.

As opiniões dos enfermeiros quanto às barreiras em relação à implementação total do Processo de Enfermagem evidenciaram que 49% não identificaram barreiras e 51% identificaram barreiras tais quais: planta física deficiente (20%), falta de profissionais (10%), escassez de tempo (10%), deficiência nos registros de enfermagem (30%) e pessoal auxiliar não treinado (30%).

Este estudo mostra-nos que em relação ao profissional de enfermagem, é possível identificar-se que o Processo de Enfermagem realmente necessita revisão e treino por parte dos enfermeiros, pois ele não está totalmente seguro na sua utilização e encontra dificuldades na sua execução, as quais em grande parte devem-se à falta de conhecimento do enfermeiro para estabelecer o diagnóstico, falha no planejamento da assistência e falta de avaliação durante a sua implementação. Outro problema que se observa é que o enfermeiro, seguramente, ao realizar o Processo de Enfermagem, expõe o seu trabalho, ou seja, seu nível de conhecimento, sua habilidade em observação, planejamento, aplicação de princípios científicos, entre outros.

## 4 Algumas Sugestões em Relação a Viabilização do Processo de Enfermagem

Das fases do Processo de Enfermagem, o histórico de enfermagem tem sido a fase priorizada, pois a partir dele seguir-se-ão as demais fases. Ele é o ponto de partida, embora já tenha sido constatado que alguns enfermeiros prescrevem sem haver sido feita uma coleta de dados e uma avaliação mais apurada das condições do cliente/paciente. Pode dar certo, porém não respeitará devidamente a individualidade do cliente, e mostrará uma assistência despersonalizada já que não houve um conhecimento profundo e uma análise da situação com previsão de metas a alcançar.

Um dos problemas apontados em relação ao histórico de enfermagem, segundo estudo de KOCH & OKA (1977), é de que o mesmo é muito extenso e, por isso, pouco objetivo, com muitos dados pessoais e que é muito cansativo para o paciente, o qual por vezes não demonstra muita vontade em contar seus problemas. CANCIARULLO (1976a) também menciona o aspecto da disponibilidade de tempo e pessoal para o preenchimento dos dados para o histórico de enfermagem.

Estes problemas poderão ser sanados pela busca de um modelo mais prático que não exija muito tempo no registro dos dados e que suprimisse dados os quais já teriam sido previstos e coletados por outros profissionais, principalmente alguns dados médicos. Evidentemente, poderia ser necessário um estudo multidisciplinar até pelo fato de elaborar-se um modelo que possibilitasse o acesso aos dados por toda a equipe.

Acredito que, em algumas instituições de saúde, é necessário objetivar-se a reunião de dados através de um ficha ou formulário o qual torna-se mais conciso e prático, além do que o registro é às vezes muito cansativo, pois muitos enfermeiros têm dificuldade em escrever de forma clara, sintética e objetiva, dificultando e desistimulando a sua leitura.

Os dados devem ser coletados em relação ao tempo de permanência do cliente/paciente na instituição, e em relação ao motivo básico que determinou o uso da instituição e de acordo com as características e filosofia do serviço, isto é, caso tenha serviço de Saúde Pública; caso o enfoque seja na área curativa, preventiva, de reabilitação; que tipo de clientela atende em termos de recursos, cultura, etc. É preciso levar em conta que o ideal não é impossível, porém formas alternativas poderão ser empreendidas.

Em alguns serviços, de acordo com suas características e de acordo com o modelo adotado, poderá ser possível a utilização do próprio cliente/paciente quanto ao preenchimento dos dados. CIANRIARULLO (1976b) fez um estudo em relação ao assunto. Todavia, lembramos que esta experiência deve ser testada e devem ser analisadas suas possibilidades de execução, pois algumas limitações devem ser consideradas tais como: analfabetismo, idade, condições físicas e mentais do cliente/paciente, linguagem excessivamente técnica, entre outras.

A utilização de um formulário padronizado ocupa menos tempo, permite clareza nas respostas e as objetiva. Em relação ao aspecto de fornecimento de informações mais individualizadas, que através do uso de um formulário poderia uniformizar as respostas descaracterizando o cliente/paciente, poderá ser corrigido por meio de um item o qual fosse destinado a informações adicionais e de caráter mais pessoal. Além do mais, o formulário permitiria uma verificação mais clara das áreas específicas de interesse para a elaboração do plano assistencial, sem ser necessária a leitura integral do conteúdo, principalmente quando o processo é desenvolvido por mais de um profissional de enfermagem nas vinte e quatro horas.

Em relação ao plano de cuidados, ou seja, a implementação das ações de enfermagem planejadas em função do diagnóstico, o maior problema consiste justamente em quem o implementa. Este fato refere-se à falta de congruência na execução do cuidado por pessoal que não foi envolvido no processo de elaboração e não foi treinado para tal. O enfermeiro necessita habilitar os ocupacionais de enfermagem a efetivamente desenvolverem as ações planejadas. Outrossim, cabe-lhe boa parte na implementação, pois quem tem a posse das informações é o enfermeiro, bem como a posse do conhecimento, da razão da ação, de seus propósitos. A interação terapêutica foi iniciada pelo enfermeiro e a filosofia que norteará suas ações deve ser do conhecimento da equipe, e esta deverá estar preparada para auxiliar quanto à consecução dos resultados. O enfermeiro deverá determinar quem fará o quê e isto equivale a capacitar os elementos executores. Se, como KURCGANT (1976) ao mencionar algumas dificuldades referidas por enfermeiros chefes quanto ao plano de cuidados de enfermagem como: não utilização do plano como guia no atendimento ao cliente, desatualização dos planos e elaboração apenas por estudantes, por que o Processo de Enfermagem?

Concluindo, o Processo de Enfermagem é uma tarefa absoluta e única do enfermeiro quanto à sua elaboração através de planejamento dos meios para a sua execução. Por outro lado, é uma atividade de responsabilidade docente-assistencial.

A escola deve instrumentalizar o aluno quanto ao Processo de Enfermagem de uma forma realista e se possível neutra, ou seja, possibilitar-lhe o contato com vários enfoques teóricos e modelos, a fim de que ele possa conhecer as diferentes abordagens para, futuramente, optar pela que melhor se adaptar à sua filosofia e às características do serviço, da clientela, dos recursos, da especialidade em que irá atuar. Da mesma forma, possibilitar ao aluno assumir atitudes mais críticas e que desenvolvam a criatividade em termos de tomada de decisão na utilização e integração de conhecimentos para assumir seu papel de liderança, de ensino, de integrador, de controlador, de transmissor do saber.

O enfermeiro deve instrumentalizar-se, bem como a sua equipe, para implementar o Processo de Enfermagem. Deve oferecer condições para que os estudantes exerçam o Processo de Enfermagem de forma integral permitindo sua continuidade.

Portanto, frisamos que, para o Processo de Enfermagem ser efetiva e eficazmente viabilizado, é imprescindível uma integração docente assistencial. Docentes de enfermagem e enfermeiros devem reunir-se e expor suas dificuldades, suas experiências, suas expectativas em relação á assistência. Ambos trocando e compartilhando experiências.

Entretanto, não acredito na forma como a integração docente-assistencial tem sido viabilizada, ou seja, o docente prestando serviço para a instituição. Creio ser muito difícil a neutralidade, e o que se tem constatado é que uma das razões para que a Integração Docente Assistencial – IDA não se concretize é o fato de que além de o docente atuar como um empecilho ao crescimento profissional do enfermeiro em termos de progressão profissional, ele passa a incorporar os problemas da instituição dificultando a sua observação e visualização de forma crítica e imparcial.

A atividade do docente deve ser a de colaboração e assessoria à instituição junto ao enfermeiro, discutindo, analisando, estudando a assistência de enfermagem, um complementando o outro, teoria e prática num único objetivo, o de crescimento científico em prol de uma melhor qualidade na assistência ao cliente/paciente.

O Processo de Enfermagem, então, deve ser revisado e avaliado por ambos, docentes e enfermeiros, de forma sistemática. As formas que tornem sua viabilização mais prática e acessível devem ser testadas e avaliadas para identificação de falhas e adaptação de forma racional. O processo de busca pesquisa é uma tarefa que conduz ao crescimento e à conduta em direção à natureza e ao conhecimento mais amplo de enfermagem.

LEININGER (1978, p.15) coloca que o exame de teorias e o estabelecimento de um corpo de conhecimentos básicos como disciplina e profissão têm sido mais promissores, porém, embora os enfermeiros diariamente falem em "dispensar cuidado"*, este não tem sido investigado de forma ampla e profunda. O fenômeno de cuidar, segundo a autora, é bem mais amplo e complexo e, para os enfermeiros, sugere que "o cuidar deveria ser o foco e o domínio crítico, central e unificador para o conhecimento do cuidado de enfermagem".

As tentativas, embora poucas, merecem mérito pelo esforço e coragem, pois denotam preocupação no sentido de melhorar a assistência e no desenvolvimento científico da profissão, visando à sua autonomia, tais como o Processo de Enfermagem em Saúde Comunitária a partir da teoria de MYRA E. Levine apresentado por FAGUNDES (1983), o Processo de Enfermagem segundo a teoria de Imagene King, adaptado por NEVES et alii (1984) e posteriormente adequado por um grupo de professores ao ensino de enfermagem da Disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

* Grifo do autor.

## Referências Bibliográficas


1 ALMEIDA, Maria C.P. de. A Construção do saber na Enfermagem: evolução histórica. SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Anais, Florianópolis, 3-6 abr. 1984. p.58-77.

2 ANGERAMI, E.L.S. & BOEMER MR. Avaliação do estado das teorias de Enfermagem. SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Anais. Florianópolis, 3-6 abr. 1984. p.249-69.

3 CIANCIARULLO, T.I. Histórico de Enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados (parte I). *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3):162-3, jul/ago 1976a.

4 _____. Histórico de Enfermagem e histórias clínicas convencionais e auto-administradas. (parte IV). *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(6):321-6, dez. 1976b.

5 DU GAS, Beverly. Processo de Enfermagem. In: . *Enfermagem prática*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984, Cap. 5, p.49-70.

6 FAGUNDES, N.C. O processo de Enfermagem em saúde comunitária a partir da Teoria de Myra Levine. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 36:265-73, jul./dez. 1983.

7 FUERST, E.U. et alii. Sistema de processamento da Enfermagem. In: . *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. Unidade 2, Cap. 5-10, p.46-94.

8 HORTA, Wanda de A. A função específica da enfermeira(o) (Editorial). *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3):III, jul./ago. 1975.

9 ____. O histórico de Enfermagem simplificado. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3):131-8, jul./ago. 1973.

10 ____. *Processo de Enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979, 99p.

11. KING, L.M. *A theory for Nursing: systems, concepts, process*. USA, W. LEY & SONS, 1981, 181p.

12 KOCH, R.M. & OKA N. Processo de Enfermagem — avaliação feita pelos alunos do Departamento de Enfermagem da UPC. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 30(3):274-85, jul/ago/set 1977.

13 KOMORITA, N.I. Nursing diagnosis. *American Journal Nursing*, New York, 63(12):83-6, Dec. 1983.

14. KURCGANT, P. Plano de cuidados de Enfermagem — necessidade administrativa. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3):139-41, jul/ago 1976.

15 LEININGER, M. The phenomenon of caring: importance, research, questions and theoretical considerations. In: NATIONAL CARING CONFERENCES, 3, Utah, 27-9 Apr., 1978. p.3.

16 NEVES, Eloita P. et alii. A teoria de Imagene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de Enfermagem. In: REUNIÃO ANUAL, 36, São Paulo, 1984. SBPC, 1984.

17. RESENDE, L.B. et alii. Implementação de metodologia assistencial de Enfermagem ao IASERJ. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 34(2):123-37, abr./maio/jun. 1981.

18. STANTON, M. et alii. An overview of the Nursing process. In: GEORGE J.B. *Nursing theories — the base of professional nursing practice*. New Jersey, Prentice-Hall, 1985, p.14-33.


Endereço do Autor: Vera Regina Waldow
Author's address: Rua São Manoel, 963 - 90.620 - POA/RS