

O MODELO DE HORTA, A TAXONOMIA DE NANDA* E O MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS COMO ESTRATÉGIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HORTA'S MODEL, NANDA'S TAXONOMY AND PROBLEM-ORIENTED METHODOLOGY AS A NURSING CARE STRATEGY

Maria Lúcia Zanetti¹
Maria Helena Palucci Marziale¹
Maria Lúcia C.C. Robazzi²

RESUMO

Nesse estudo realizamos a aplicação do referencial proposto por Horta para guiar a prática. Após a coleta de dados com vistas ao levantamento das necessidades afetadas, procedemos à identificação dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia proposta pela North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. Esta adaptação do modelo de Horta possibilitou o planejamento de enfermagem (metas e objetivos). A partir desta etapa, utilizamos o método de solução de problemas como uma estratégia na assistência de enfermagem. Este modelo foi aplicado a um paciente hospitalizado, identificando: alteração nas necessidades afetadas, cinco diagnósticos para os quais quatro metas foram traçadas, acompanhadas de cinco fases do método de solução de problemas (avaliação final).

UNITERMOS: assistência de enfermagem, diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

In this study we used Horta's theoretical framework to orientate the nursing practice. After the initial assessment to identify the affected needs we proceeded the identification of nursing diagnosis using NANDA's (North American Nursing Diagnosis Association) proposed taxonomy. This adaptation of Horta's model permitted nursing care planning (goals and objectives). After this step the problem-oriented methodology was used as a strategy for nursing care. This model was used with a hospitalized patient, identifying: alteration of affected needs, five nursing diagnosis to which four goals were delineated and followed by the five steps of the problem oriented methodology (evaluation).

KEY WORDS: nursing care, nursing diagnosis.

INTRODUÇÃO

A implantação de uma metodologia de assistência de enfermagem, no Brasil, vem sendo almejada a cerca de duas décadas, apesar das dificuldades encontradas em relação à algumas questões teóricas.

Podemos ressaltar, entre as dificuldades, desde a elaboração de modelos conceituais muito gerais e abrangentes, apresentando alto grau de abstração em suas proposições, assim como modelos bem desenvolvidos, mas que ainda merecem ser testados na prática de enfermagem.

Atualmente observamos uma preocupação em aprofundar os estudos no que se refere ao

diagnóstico de enfermagem, a fim de que o enfermeiro possa realizar um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para as intervenções de enfermagem, para atingir resultados (Farias et al., 1990).

Assim, a visualização da metodologia da assistência de enfermagem como um instrumento de trabalho do enfermeiro deve ser utilizado a fim de conferir maior eficiência à prática, e, ao mesmo tempo e em contrapartida, para que essa prática os reformule e desenvolva no caminho de uma maior precisão teórica (Souza et al., 1989).

Nesse sentido, nos propomos a realizar a aplicação do referencial proposto por Horta, para guiar a prática, com vista à utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a taxonomia proposta pela NANDA e utilizando o método de solução de problemas como uma estratégia na assistência de enfermagem.

*NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

¹ Professora Assistente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

² Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

MODELO CONCEITUAL DE HORTA: TEORIA DAS NECESSIDADES BÁSICAS

Horta iniciou seus estudos e publicações em 1964, introduzindo o plano de cuidados como tarefa facultativa aos seus alunos e seu estudo culminou com o trabalho intitulado Contribuição para uma Teoria de Enfermagem, em 1970. Este modelo, segundo Leopardi (1988), fundamenta-se em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e desta interação surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os seres humanos têm necessidades básicas que buscam satisfazer neste processo interativo.

O modelo de Horta (1979) apoia-se nas leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo. A enfermagem é definida como uma ciência aplicada e é uma profissão que integra a equipe de saúde buscando a prestação de serviços ao ser humano através de suas funções nas áreas específicas, da interdependência e na social.

A autora considera que a enfermagem visa o reconhecimento do ser humano, que tem necessidades humanas básicas, as quais são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais.

Estas necessidades são consideradas os entes da enfermagem, e estas são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Estes desequilíbrios no ser humano exigem do enfermeiro uma assistência profissional, e são denominados "necessidades afetadas".

As necessidades são classificadas em:

- necessidades psico-biológicas: oxigenação, hidratação, nutrição, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, mortalidade, cuidado corporal, integridade cutâneo - mucosa, integridade física, regulação fisiológica, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica.

- necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação espaço - temporal, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem e atenção.

- necessidades psico-espirituais: religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.

A assistência de enfermagem se dá nos estados de desequilíbrio do ser humano e tem como objetivo satisfazer as necessidades humanas básicas afetadas.

O MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

O método de solução de problemas proposto por Bailey e Claus (1975) baseia-se no conhecimento dos problemas e necessidades dos pacientes onde as decisões são tomadas conjuntamente - enfermeiro - paciente, tendo como objetivo solucionar problemas através da tomada de decisões.

O método compreende dez passos que ajudam o enfermeiro a desenvolver um raciocínio sistemático efetivo e a facilitar a tomada de decisões para resolver problemas do paciente.

Dessa maneira, apresentaremos os passos do método de solução de problemas proposto por Bailey e Claus (1975):

- 1º) Definir todas as necessidades, propósitos e objetivos;
- 2º) Definir o problema;
- 3º) Ponderar as restrições versus capacidades e recursos;
- 4º) Especificar uma abordagem para a solução do problema;
- 5º) Declarar objetivos específicos das decisões e critérios de desempenho;
- 6º) Gerar e listar soluções alternativas;
- 7º) Analisar as opções;
- 8º) Escolher a melhor alternativa para aplicar as regras de decisão;
- 9º) Controlar e implementar as decisões;
- 10º) Avaliar a efetividade das decisões.

No entanto, neste estudo utilizaremos o método como uma estratégia da assistência de enfermagem, conforme preconizado por Grissith e Christensen (1982), onde são aplicados os passos ou fases 5º, 6º, 7º, 8º, 9º e 10º, já explicitados anteriormente.

A escolha do método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem respalda-se na crença de que o mesmo constitui um instrumento que desenvolve o pensamento lógico, análise crítica de situações problemas proporcionando uma avaliação contínua e a revisão das decisões e do processo pelo enfermeiro. Além disso, acreditamos que a estrutura organizacional das instituições de saúde no Brasil, bem como, a disponibilidade dos recursos humanos em enfermagem facilitam a sua utilização.

A TAXONOMIA DE NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA)

Numa revisão da literatura brasileira, observamos que o enfermeiro, ao elaborar o pro-

cesso de enfermagem, atem-se ao julgamento clínico, embora não de forma explicitada e consistente.

No entanto, a nível internacional, estudos referentes a essa etapa encontram-se em avançado processo de estudos e aplicação clínica, denominada diagnóstico de enfermagem pela taxonomia proposta pela NANDA (Farias et al., 1990).

A NANDA define diagnóstico de enfermagem como: "um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família, da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável".

Assim, neste estudo procuramos utilizar o diagnóstico proposto pela NANDA no planejamento da assistência de enfermagem visando a sua aplicabilidade.

RELACIONAMENTO DAS NECESSIDADES AFETADAS SEGUNDO HORTA AOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANDA E EMPREGO DO MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS COMO ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA

Para a realização da primeira fase do processo de enfermagem, a coleta de dados, elaboramos um instrumento embasado no modelo conceitual de Horta, contemplando as necessidades humanas básicas (Anexo A).

Aplicamos o referido instrumento a um paciente hospitalizado junto à unidade de internação de clínica médica de um hospital universitário.

Paciente do sexo feminino, 44 anos, com diagnóstico de pneumonia à direita em fase inicial da doença.

Através da entrevista e exame físico obtivemos os dados, os quais nos permitiram uma análise detalhada das necessidades humanas básicas afetadas. Após a identificação das necessidades afetadas traçamos os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia proposta por NANDA conforme se segue:

NECESSIDADES AFETADAS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANDA
- Necessidades psico-biológicas:	
. Oxigenação	Padrão respiratório ineficaz <i>caraterísticas definidoras:</i> dispnéia, respiração curta, taquipnéia, uso de músculos acessórios, movimentos torácicos alterados.
. Nutrição	Alteração da nutrição em menor quantidade que o corpo necessita <i>caraterísticas definidoras:</i> relato de ingestão inadequada de alimentos, perda de peso, tônus muscular enfraquecido, falta de interesse em alimentar-se
. Regulação fisiológica	Hipertermia <i>caraterísticas definidoras:</i> aumento da temperatura corporal acima, da faixa normal, pele corada, quente ao tato, aumento da frequência respiratória e taquicardia.
. Integridade física	Dor aguda torácica antero-posterior. <i>caraterísticas definidoras:</i> Paciente verbaliza e localiza dor no peito, apresenta torax projetado para frente, gemente, sente-se melhor na posição ortopneica, frequência respiratória aumentada.
. Percepção	Alterações sensoriais - perceptivas (auditiva). <i>caraterísticas definidoras:</i> mudança verificada ou relatada na acuidade auditiva, padrão de comunicação alterado.
. Mecânica corporal	Potencial para intolerância a atividade <i>caraterísticas definidoras:</i> fadiga, fraqueza muscular, diminuição do tônus e força muscular.
. Sono e repouso	Distúrbio no padrão do sono. <i>caraterísticas definidoras:</i> queixas verbalizadas de dificuldade para adormecer, acordar mais cedo que hora desejada e apresenta sono interrompido.
- Necessidades psicossociais:	
. Segurança	Alteração no desempenho de papel. <i>caraterísticas definidoras:</i> mudança no padrão usual de responsabilidade.
. Comunicação	Alterações sensoriais perceptivas (auditiva). <i>caraterísticas definidoras:</i> mudança verificada e relatada na acuidade auditiva, padrão de comunicação alterado pela dificuldade auditiva diminuída no ouvido direito.
- Necessidades psico-espirituais:	
. Não apresentou esse tipo de necessidade afetada.	

Na fase de planejamento traçamos metas e objetivos e utilizamos, como já mencionado anteriormente, o método de solução de problemas como es-

tratégia a partir do 5º passo. Das necessidades afetadas identificadas optamos por descrever neste estudo um total de quatro, conforme explicitado a seguir.

Diagnóstico de Enfermagem	Meta	Objetivos	Estratégia: método de solução de problemas				
			Listagem das alternativas	Análise das opções	Escolha das melhores alternativas	Controle e implementação das alternativas	Avaliação da efetividade da decisão
Hipertemia	-Restabelecer a temperatura dentro dos padrões de normalidade.	-Reduzir a temperatura corporal entre 36,5° C a 37,5° C em 1:00 hora.	1. Manutenção de ambiente arejado. 2. Promoção de higiene corporal com água fria. 3. Aplicação de compressas com água e álcool. 4. Fornecimento de vestuário adequado. 5. Aplicação de bolsa de gelo. 6. Aplicação de almofadas de gel. 7. Manutenção de ar condicionado ligado. 8. Administração de terapêutica medicamentosa.	- As opções 1,2,3,4 e 5 são viáveis pelas condições apresentadas pela paciente e pelo número e competência dos membros da equipe de enfermagem, bem como disponibilidade de recursos materiais. - As opções 6 e 7 são viáveis, no entanto estes recursos materiais não estão disponíveis no hospital. - A opção 8 é viável, mas neste momento invalida todos os anteriores.	Alternativas 1,2,3,4 e 5	1. Abrir portas e janelas da enfermaria favorecendo boa ventilação. 2. Ajudar a paciente no banho com água fria. 3. Aplicar compressas com água e álcool nas regiões inguinais e axilares por 5 minutos a cada 15 minutos durante 1:00 hora. 4. Oferecer camisola de tecido leve sem manga. 5. Aplicar bolsa de gelo nas regiões inguinais e axilares por 15 minutos a cada 30 minutos durante 1:00 hora.	Após 1 hora a temperatura apresentou-se dentro dos padrões de normalidade. Acreditamos que o objetivo foi alcançado.
		- Detectar sinais e sintomas de hipertemia durante 4:00 horas através da monitorização horária	1. Verificação de alterações da temperatura através da utilização de termômetro clínico. 2. Verificação de alterações fisiológicas da temperatura através da utilização de termômetro eletrônico. 3. Observação da coloração da pele. 4. Verificação da temperatura corporal através do tato. 5. Verificação do aumento da frequência respiratória. 6. Verificação de aumento da frequência cardíaca. 7. Observação de sudorese. 8. Observação de sede.	- As opções 1,3,4,5,6,7 e 8 são viáveis devido as condições da paciente e recursos humanos e materiais disponíveis no hospital e por serem de baixo custo e alto benefício. - A opção 2 é viável mas o hospital não dispõe desse recurso material.	Alternativas 1, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.	1. Verificar a temperatura corporal através da utilização de termômetro clínico a cada 1:00 hora. 3. Observar alterações de coloração de pele. 4. Verificar alteração de temperatura através do tato. 5. Verificar elevação da frequência respiratória a cada 1:00 hora. 6. Verificar elevação da frequência cardíaca a cada 1:00 hora. 7. Observar aumento de sudorese. 8. Observar polidipsia.	Foi verificado T=36,9°C, pele íntegra, rósea, sem alteração de temperatura ao tato, frequência respiratória 18 movimento/minutos, P=86 b. p.m, sudorese discreta. Solicitou 1 copo de H ₂ O durante as duas primeiras horas.

Continua...

Diagnóstico de Enfermagem	Meta	Objetivos	Estratégia: método de solução de problemas				
			Listagem das alternativas	Análise das opções	Escolha das melhores alternativas	Controle e implementação das alternativas	Avaliação da efetividade da decisão
Padrão respiratório ineficaz	Reestabelecer o padrão respiratório dentro dos padrões de normalidade.	Melhorar o padrão respiratório atingindo F.R. entre 14 a 18 movimentos/minutos em 30 minutos.	1. Acomodação da paciente no leito com a cabeça elevada. 2. Orientação para que a paciente realize movimentos inspiratórios profundos 3. Instalação de aerosol. 4. Instalação de cateter de oxigênio. 5. Instalação de respirador artificial. 6. Instalação de nebulização	As opções 1,2 e 3 são viáveis porque melhoraram a expansibilidade pulmonar, ajuda a fluidificar e consequentemente eliminar secreção. A inspiração profunda promove a troca de ar residual melhorando a oxigenação. As opções 4,5 e 6 são inviáveis neste momento considerado as condições da paciente	Alternativas 1,2,3	1. Manter a cabeça do leito elevada a 45°. 2. Orientar que a paciente realize movimentos inspiratórios profundos a cada 15 minutos. 3. Instalar aerosol com água fervida agora por 30 minutos.	A cabeça do leito foi mantida a 45° durante 30 minutos. Paciente realizou uma série de movimentos inspiratórios profundos e recebeu aerosol contínuo, melhorando o padrão respiratório. F.R. 18 movimentos/minutos, abdominal, profunda, rítmica. Perfusão da ponta dos dedos mantida, não apresentou produção de secreção. Vias aéreas permeáveis.
		Detectar precocemente sinais e sintomas de piora do padrão respiratório em 2 horas.	1. Observação da perfusão sanguínea nas extremidades. 2. Verificação do ritmo, amplitude, frequência respiratória e possíveis desvios.	As opções 1,2, são viáveis porque são indicadores de sinais e sintomas do padrão respiratório.	Alternativas 1,2.	1. Observar perfusão da ponta dos dedos das mãos e dos pés a cada 30 minutos. 2. Verificar, o ritmo, amplitude e frequência da respiração a cada 30 minutos. 3. Observar possíveis desvios relacionados ao padrão respiratório a cada 30 minutos.	

Continuação...

Diagnóstico de Enfermagem	Meta	Objetivos	Estratégia: método de solução de problemas				
			Listagem das alternativas	Análise das opções	Escolha das melhores alternativas	Controle e implemen- tação das alternativas	Avaliação da efetividade da decisão
Dor aguda torácica anterior e posterior	Minimizar a dor utilizando como pa- râmetro de mensu- ração na escala de 0 a 10 graus.	Redução da dor em 3 graus numa escala de 0 a 10 graus, 30 minutos após a intervenção de enfermagem.	1. Caracterização da dor quanto a intensidade se- gundo a escala utilizada. 2. Acomodação da pa- ciente em posição con- fortável. 3. Utilização de técnicas de relaxamento. 4. Administração de tera- pêutica medicamentosa. 5. Distração (televisão).	A opção 1 é viável e fun- damental para o estabe- lecimento da intervenção de enfermagem. As opções 2 e 4 são viáveis neste momento conside- rando as condições da paci- ente, o tipo de dor apresen- tada além dos custos en- volvidos no procedimento. As opções 3 e 5 são viáveis mas não pertinentes neste momento pelo tipo de dor apresentada pela paciente	Alternativas 1,2 e 4.	1. Aplicar a escala para graduar a dor. 2. Colocar a paciente em posição ortopneica. 3. Administrar analgésico IM agora e manter admi- nistração de antibióticos a cada 6:00 horas. 4. Reavaliar a dor em 30 minutos.	A paciente refere redução da dor em 2 graus na escala utilizada.
		Detectar precocemente a melhora ou piora da dor no prazo de 4 horas.	1. Utilização pela pa- ciente da demarcação na escala do nível de dor a ser mensurada a cada 30 minutos.	A opção 1 é viável con- siderando que a paciente está consciente, e tem condição de estabelecer comunicação verbal e não verbal.	Alternativa 1.	1. Solução a demarcação na escala do nível da dor apresentado a cada 30 minutos.	Após 3 horas paciente refere dor em 5 graus na escala utilizada; necessitando de uma reavaliação do diag- nóstico de enfermagem.

Continua...

Diagnóstico de Enfermagem	Meta	Objetivos	Estratégia: método de solução de problemas				
			Listagem das alternativas	Análise das opções	Escolha das melhores alternativas	Controle e implementação das alternativas	Avaliação da efetividade da decisão
Potencial para intolerância à atividade.	Restaurar o tônus e a força muscular.	Melhorar o tônus e a força muscular evidenciado pela capacidade de caminhar o comprimento do corredor em 2 dias.	1. Manutenção da paciente em repouso relativo no leito 2. Orientação quanto a realização de exercícios ativos isométricos. 3. Orientação quanto a necessidade de aumentar a ingestão hídrica e alimentar.	A opção 2 é viável porque ajuda a manter a circulação sanguínea elevada nos músculos, mantém a mobilidade das articulações, aumentando o tônus e a massa muscular. As opções 1 e 3, são viáveis porque colaboram para melhora do estado geral da paciente, e portanto à sua tolerância para atividade física, mas não atendem o objetivo estabelecido neste momento.	Alternativa é a 2	Orientar a paciente para execução de exercícios ativos isométricos 3 vezes ao dia durante dois dias.	Após o segundo dia de internação a paciente consegue caminhar com ajuda, 5 metros pelo corredor externo da enfermaria. O objetivo foi alcançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos este estudo acreditando que a utilização de uma metodologia de assistência de enfermagem possa direcionar o cuidado de enfermagem de forma sistemática e efetiva pelo enfermeiro.

Também permitiu-nos vislumbrar que é possível a aplicação do processo de enfermagem fundamentado no referencial de Horta, utilizando a taxonomia proposta pela NANDA.

Ainda foi constatado que o método de solução de problemas pode ser utilizado como uma estratégia para as ações de enfermagem na fase de planejamento da assistência.

Apesar de algumas dificuldades terem sido encontradas durante a elaboração desse estudo, acreditamos que ele possa contribuir para aplicações futuras na prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BAILEY, J.T.; CLAUS, K.E. *Decision making in nursing: tools for change*. Saint Louis: The C.V. Mosby, 1975.
- 2 FARIAS, J.N. et al. *Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa: Gráfica Santa Marta, 1990.
- 3 GRISSITH, J.W.; CHRISTENSEN, P.J. *Nursing process: application of theories. Framework and models*. Saint Louis: C.V. Mosby, 1982.
- 4 HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
- 5 LEOPARDI, M.T. *Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem*. Florianópolis, 1988. Mimeogr.
- 6 SOUZA, M.F. et al. O modelo de adaptação de Roy: proposta de aplicação em enfermagem obstétrica. *Acta. paul. Enf.*, v.2, n.1, p.14-17, mar. 1989.

ANEXO A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: L.M.F. Registro: 100589-B
 Enfermaria: 510 Leito: 6
 Idade: 44 anos Sexo: Feminino
 Cor: Parda Estados Civil: Viúva
 Nº Filhos: 2 - Sexo Feminino
 Naturalidade: Bahia
 Nacionalidade: Brasileira
 Procedência: Bonfim Paulista-SP
 Grau de Instrução: Primário Completo
 Ocupação: Do Lar
 Data de Interação: 14/10/91
 Diagnóstico Médico: Pneumonia à Direita
 Fase da Doença ou Tratamento: Instalação?

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1 Necessidades Psico-biológicas:

- **Oxigenação**: apresenta dispnéia associada a dor torácica há 1 mês, frequência respiratória 26 movimentos/minuto, rítmica, superficial, abdominal.

- **Hidratação**: refere a ingestão de cerca de 4 copos de líquidos ao dia.

- **Nutrição**: apresenta inapetência desde o aparecimento da dor torácica, ingere diariamente pequenas quantidades de arroz, feijão, legumes e esporadicamente carne durante o almoço e o jantar. No desjejum ingere cerca de 1 xícara de café com leite. Percebe perda de peso há 1 mês. Refere preferência pelos seguintes alimentos: carne seca e farofa.

- **Eliminação**: evacuação cada 3 dias, e urina várias vezes ao dia, sem alterações.

- **Sono e Repouso**: apresenta distúrbio do padrão do sono relacionado a modificação da rotina caseira do horário de dormir, movimentação na enfermaria e dor torácica. Repousar no leito devido a sensação de fraqueza.

- **Mecânica Corporal**: refere intolerância a realização de atividade física devido a sensação de fraqueza.

- **Sexualidade**: não refere relações sexuais após a perda do marido (há 1 ano).

- **Abrigo**: reside com o filho em casa de alvenaria com rede de água, esgoto e luz elétrica.

- **Mortalidade**: refere medo da morte.

- **Cuidado corporal**: banho diário e lavagem de cabeça a cada 2 dias.

- **Integridade cutâneo-mucosa**: pele íntegra e mucosas coradas.

- **Integridade física**: apresenta acuidade auditiva diminuída no ouvido direito. Dentes naturais, apresentando cáries nos molares e pré-molares inferiores e superiores em tratamento e dor torácica inferior e posterior ao respirar.

- **Regulação fisiológica**: paciente apresenta temperatura corporal igual a 38,1° C, frequência respiratória de 26 movimentos/minuto, frequência cardíaca 96 batidas/minuto e pressão arterial 110 x 70 mmHg.

- **Locomoção**: marcha lenta e compassada.

- **Ambiente**: internada na enfermaria onde relaciona-se bem com os outros pacientes e equipe de saúde. Encontra dificuldade para dormir no ambiente hospitalar.

- **Terapêutica**: - despacilina 400.000 U. cada 12/12 horas. - novalgina 30 gotas VO se dor ou temperatura > 37,8°C.

2 Necessidades psicossociais

- *Segurança*: sente-se insegura longe de casa por não ter ninguém que assuma seu papel na direção do lar.

- *Amor*: sente-se amada e muito importante para sua família.

- *Liberdade*: sente-se livre para tomada de decisão sobre sua vida.

- *Comunicação*: comunicação verbal prejudicada devido a diminuição da acuidade auditiva e não verbalmente mantida.

- *Criatividade*: habilidade na adaptação à situações novas.

- *Aprendizagem*: capaz de concentrar a atenção e aprender com facilidade.

- *Gregária*: relaciona-se bem em grupo.

- *Recreação*: refere gostar de assistir novelas pela televisão

- *Lazer*: assiste televisão, visita amigos e parentes

- *Espaço*: mantém seu espaço delimitado na relação familiar e grupal.

- *Orientação espaço-temporal*: orientada quanto ao tempo e espaço.

- *Aceitação*: aceita sua situação de doença por acreditar ser transitória.

- *Auto-realização*: sente-se realizado pelo seu desempenho no papel mãe e avó.

- *Auto-estima*: preservada.

- *Participação*: participa auxiliando a terapêutica.

- *Auto-imagem*: sente-se emagrecida.

- *Atenção*: atenta às solicitações e ao tratamento realizado.

3 Necessidades psico-espirituais

- *Religiosa ou teológica*: católica não praticante.

- *Ética ou de filosofia de vida*: tem o cuidar da família como objetivo de vida.

Endereço da Autora: Maria Lúcia Zanetti
Author's address: Av. Bandeirantes, 3.900
14.040-902 - Ribeirão Preto-SP.