

Fundamentos

do cuidar em

Enfermagem

Organizadoras
Maria Miriam Lima da Nóbrega
e Kenya de Lima Silva

Fundamentos do cuidar em Enfermagem

Belo Horizonte
2008/2009

Ficha Técnica

Organizadoras:

*Maria Miriam Lima da Nóbrega e
Kenya de Lima Silva*

Revisão final:

*Maria Miriam Lima da Nóbrega e
Kenya de Lima Silva*

Projeto gráfico, editoração eletrônica, capa e arte final:

Rute Gouvêa

Ficha Catalográfica

F981 Fundamentos do cuidar em enfermagem / Maria Miriam Lima da Nóbrega, Kenya de Lima Silva. – 2ª Edição, Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232 p.

ISBN: 978-85-61261-01-6

1. Enfermagem. 2. Prática de enfermagem. I Nóbrega, Maria Miriam Lima da. II. Silva, Kenya de Lima.

UFPb/BC

CDU: 616-083

Convênio 2937/2007-FNS

Copyright © – 2008/2009 – Todos os direitos reservados as organizadoras:

Maria Miriam Lima da Nóbrega e Kenya de Lima Silva – 2008/2009

Impresso no Brasil

Printed in Brasil

Aben Nacional (Gestão 2007 – 2010)

Maria Goretti David Lopes
Presidente

Maria Salete Silva Pontieri Nascimento
Vice-presidente

Simone Aparecida Peruzzo
Secretária Geral

Telma Ribeiro Garcia
Primeira Secretária

Maria Goreti Lima
Primeira Tesoureira

Regina Coeli Nascimento de Souza
Segunda Tesoureira

Maria José Moraes Antunes
Diretora de Assuntos Profissionais

Maria Madalena Januário Leite
Diretora de Educação

Jussara Gue Martini
**Diretora de Publicação
e Comunicação Social**

Ivone Evangelista Cabral
Diretora do CEPEn

Conselho Fiscal:
*Maria José Fernandes Torres
Nilton Vieira do Amaral
Ângela Maria Alvarez*

Relação Diretoria ABEn PB:

Kenya de Lima Silva

Presidente

Marta Miriam Lopes Costa

Vice-Presidente

Ana Paula Marques Andrade de Souza

Primeira Secretária

Marcia Virginia A Virginio de Oliveira

Segunda Secretária

Simone Helena dos Santos Oliveira

Primeira Tesoureira

Patricia Josefa Fernandes Beserra

Segunda Tesoureira

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Diretoria de Assuntos Profissionais

Nereide de Andrade Virgínio

Diretoria de Educação

Rosângela Vidal de Negreiros

Diretoria Científico Cultural

Elizalva Felix de Oliveira (in memoriam)

Diretoria de Publicações e Comunicação Social

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

Diretoria do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem

AUTORAS

Ana Paula de Oliveira Coutinho

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de João Pessoa. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB.

Ana Paula Marques Andrade de Souza

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB.

Candice Cavalcanti de Albuquerque

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Professora da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP).

Cláudia de Lourdes Henriques de Lima

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

Déa Sílvia Moura da Cruz

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

Denise Luckwü Martins

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Unida da Paraíba (UNIPB).

Iaponira Cortez Costa de Oliveira

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HULW).

Kenya de Lima Silva

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB.

Luciana Gomes Furtado

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP).

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UNIFESP).
Professora Associada do Departamento de Enfermagem
de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba.
Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB.
Pesquisadora CNPq.

Maria Sônia Santana

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB).
Professora Titular do Departamento de Enfermagem
Médico-Cirúrgica da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Rosângela Vidal de Negreiros

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB).
Professora do Departamento de Enfermagem
da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, campus de Cuité.

Suzana de Oliveira Manguiera

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPB).
Professora do Departamento de Enfermagem
da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Telma Ribeiro Garcia

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EERP/USP).
Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem
de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba.
Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB.
Pesquisadora CNPq.

Wilma Dias de Fontes

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC).
Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem
Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba.
Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB.

SUMÁRIO

Prefácio	13
Parte I	
PROCESSO DE ENFERMAGEM	15
Capítulo 1 – <i>Processo de enfermagem: instrumento metodológico do cuidar</i>	17
Capítulo 2 – <i>Coleta de dados: primeira fase do processo de enfermagem</i>	25
1. A Coleta de Dados	27
2. O processo da coleta de dados	29
3. Tipos de Coleta de Dados	31
4. Fontes de Dados	32
5. Métodos de Coleta de Dados	33
6. O desenvolvimento do histórico de enfermagem como instrumento	34
7. Considerações Finais	37
Capítulo 3 – <i>Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem</i>	41
1. Diagnóstico de Enfermagem	43
2. Processo de Raciocínio Diagnóstico	45
3. Considerações Finais	52
Capítulo 4 – <i>Planejamento da Assistência: terceira fase do processo de Enfermagem</i>	55
1. Considerações Iniciais	56
2. Processo do Planejamento do Cuidado	57
3. Considerações Finais	68
Capítulo 5 – <i>Implementação da assistência: quarta fase do processo de enfermagem</i>	71

1. Introdução	71
2. Quarta etapa do processo de enfermagem	73
3. Implementando ações de enfermagem	75
4. Considerações Finais	80
Capítulo 6 – <i>Avaliação da assistência: quinta fase do processo de enfermagem</i>	83
1. Introdução	84
2. Diferentes caminhos para avaliação	86
3. Considerações Finais	88
Parte II	
INSTRUMENTOS BÁSICOS	91
Capítulo 7 – <i>Instrumentos básicos: recursos que auxiliam o processo de cuidar em enfermagem</i>	93
Capítulo 8 – <i>Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem</i>	97
1. Introdução	97
2. Interação	99
3. Comunicação	102
4. Elementos e níveis da comunicação	104
5. Formas de comunicação	105
6. Comunicação Terapêutica na Enfermagem	110
7. Considerações Finais	114
Capítulo 9 – <i>Mensuração: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem</i>	117
1. Considerações Iniciais	118
2. A mensuração e os clientes da Enfermagem	120
3. Comunidade	120
4. Família	122
5. Indivíduo	124
6. Considerações Finais	131
Capítulo 10 – <i>Observação: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem</i>	135
1. Introdução	136
2. Observação como instrumento do cuidar	139
3. Técnicas de observação	141

4. Observação e os clientes da Enfermagem	144
5. Considerações Finais	146
Parte III	
SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM	149
Capítulo 11 – <i>Sistemas de Classificação em Enfermagem: ferramentas essenciais para a prática de enfermagem</i>	151
Capítulo 12 – <i>Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: evolução histórica e estrutural</i>	159
1. Evolução do Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA Internacional	160
2. Estrutura da Taxonomia I	168
3. Estrutura da Taxonomia II	170
4. Estrutura da Taxonomia NNN	177
5. Considerações Finais	184
Capítulo 13 – <i>Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (Nursing Intervention Classification)</i>	187
1. Introdução	188
2. Evolução histórica do Sistema de Classificação – NIC	190
3. Estrutura da NIC	192
4. Como escolher intervenções de enfermagem	196
5. Como escolher atividades de enfermagem	197
6. Considerações Finais	199
Capítulo 14 – <i>Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC (Nursing Outcomes Classification)</i>	203
1. Introdução	203
2. Evolução Histórica do Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)	205
3. Estrutura da NOC	207
4. Estado Nutricional: Ingestão de alimentos e líquidos (1008)	210
5. Considerações Finais	210
Capítulo 15 – <i>Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®</i>	213
1. Evolução Histórica do Sistema de Classificação CIPE®	214
2. CIPE® Versão Alfa	218

3. CIPE® Versão Beta	221
4. Classificação de Fenômenos de Enfermagem	221
5. Classificação das Ações de Enfermagem	222
6. Resultados de enfermagem	224
7. CIPE® Versão 1.0	225
8. Considerações Finais	231

PREFÁCIO

***E** sta publicação, a segunda edição da obra, “Fundamentos do Cuidar em enfermagem” que você recebe gratuitamente, lançada por ocasião do 60 Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 2008 em Minas Gerais, tem por finalidade propiciar à Enfermagem brasileira a retomada dos fundamentos do Processo de Cuidar em Enfermagem, condição essencial para a qualidade da prática profissional.*

*A Diretoria da ABen Nacional 2007-2010 reinicia, com esta publicação, a **Série Didática Enfermagem no SUS**, iniciada em 1997. A Série Didática configura-se como uma proposta da Associação Brasileira de Enfermagem para a divulgação da produção teórica em saúde e enfermagem buscando contribuir para o desenvolvimento tecnológico, social e político da profissão, no referencial da assistência integral em Saúde Coletiva, no Sistema Único de Saúde.*

A diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem agradece a cessão dos direitos autorais, gentilmente cedidos pelas autoras e organizadoras da obra, as Profas. Dras. Maria Miriam Lima de Nóbrega e Kenya de Lima Silva.

Agradece ainda ao Ministério da Saúde o apoio financeiro recebido através do projeto 2937/2007 do FNS, que permitiu a impressão desta obra.

Esperamos que esta publicação auxilie você a utilizar o Processo de Enfermagem e os sistemas de classificação como instrumentos para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Brasil.

Maria José Moraes Antunes
Diretora de Assuntos Profissionais

Parte I

PROCESSO DE ENFERMAGEM

C

CAPÍTULO 1

Processo de enfermagem: instrumento metodológico do cuidar

A Enfermagem ao longo da sua história tem atribuído significados aos fenômenos inerentes à profissão, construindo assim seu campo de conhecimento (SOUZA, 1998), tendo como foco principal a atenção aos indivíduos de modo holístico dentro do processo saúde/doença. Na atualidade o cuidado de enfermagem direciona-se a recuperação e ao bem-estar do indivíduo e encontra-se fundamentado em conhecimentos científicos e na autonomia profissional.

A tentativa de organizar o seu conhecimento ocorreu a partir da década de 1950, quando houve um considerável avanço na construção e na organização dos modelos conceituais de enfermagem, os quais foram desenvolvidos por diferentes caminhos, no entanto, com conceitos comuns que são essenciais à prática profissional, ou seja, a Enfermagem, o ser humano, o ambiente e a saúde.

Esses modelos serviram como referencial para a elaboração das teorias de enfermagem, que objetivam estabelecer uma relação entre diferentes conceitos, para então explicar e, por conseguinte, direcionar a assistência de enfermagem prestada ao ser humano (NÓBREGA, 1991). Carraro, Madureira e Radünz (1999) citam que o interesse

pelo desenvolvimento dos modelos conceituais surgiu em função de ser um meio de estabelecer a Enfermagem enquanto profissão e em função das teóricas estarem motivadas pelo valor que seus trabalhos trariam para o crescimento e enriquecimento da profissão enquanto ciência.

Segundo Leopardi (1999) é fundamental que os enfermeiros estudem e compreendam as correntes filosóficas que apóiam as teorias para então, avaliar a probabilidade de utilização dessas em seu cotidiano de cuidar. Pois, as teorias são tão importantes para a assistência profissional quanto para a técnica, a comunicação ou a interação, uma vez que serão elas a guiar o contexto assistencial.

A aplicabilidade dessas teorias é feita por meio do processo de enfermagem, que Garcia e Nóbrega (2001) referenciam como um instrumento metodológico do qual se lança mão, tanto para organizar quanto para favorecer o cuidado em enfermagem. O termo processo de enfermagem aparece pela primeira vez em 1955, com Lúcia Hall, durante uma conferência onde a mesma afirmou que a “**enfermagem é um processo**” construído em quatro proposições – enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. Segundo George et al. (1993), o nome “processo de enfermagem” surgiu na literatura pela primeira vez em 1961, numa publicação de Ida Orlando, para explicar o comportamento do paciente, as respostas do paciente e do enfermeiro.

Em 1963, Virgínia Bonney e June Rothberg, empregou os termos dados sociais e físicos, diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem, prognóstico de enfermagem, sem citar a expressão **processo de enfermagem**. Anos depois, já em 1967 a Universidade Católica dos Estados Unidos, publica suas pesquisas e refere o processo de enfermagem com cinco

fases: levantamento (*assessment*), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Em 1970, Lucile Lewis estabelece um processo com três fases: levantamento (*assessment*), intervenção e avaliação, onde a fase diagnóstica (identificação de problema) está diretamente relacionada com a coleta de dados (FARIAS et al., 1990).

A Associação Norte Americana de Enfermeiros (*American Nurse Association – ANA*) estabeleceu as seguintes etapas para o processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento dos objetivos, plano de cuidados, ação de enfermagem, renovação da coleta de dados (*reassessment*) e revisão de plano (IYER, TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

No processo de enfermagem a assistência é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência (CAMPEDELLI et al., 1989). Segundo Araújo et al. (1996), o processo de enfermagem possui um enfoque holístico; ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença; apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da hospitalização; promove a flexibilidade do pensamento independente; melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias.

Peixoto et al. (1996) acreditam que o processo de enfermagem é o instrumento profissional, que guia a prática de enfermagem e pode fornecer autonomia profissional e concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar a prática profissional, visando à avaliação da qualidade da assistência prestada.

Entretanto, em função dos inúmeros referenciais teóricos que foram sendo desenvolvidos, a aplicação do processo de enfermagem foi adquirindo características específicas dos modelos conceituais ou das teorias, por exemplo, a teoria das necessidades humanas básicas de Horta refere que o processo de enfermagem é composto por seis fases; para King o processo de cuidar desenvolve-se em cinco fases; já para Leininger e Rogers o processo pode acontecer em quatro fases; Neunam refere que o processo de enfermagem é composto por duas fases. Entretanto, Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) e Alfaro-Lefevre (2000) referem que o processo de enfermagem apresenta cinco fases: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência, e avaliação da assistência.

A Lei Nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao Exercício da Enfermagem, dispõe no artigo 11, como atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem, e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). Entretanto, como o enfermeiro realiza uma consulta sem seguir um método científico (processo de enfermagem)? Como prescrever sem antes coletar dados e diagnosticar problemas ou necessidades específicas do paciente?

O processo de enfermagem envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito e requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (DANIEL, 1987).

Silva e Nóbrega (2006) referenciam que o Ministério da Saúde “abriu uma janela” para despertar nos profissionais de enfermagem a necessidade da visibilidade de sua prática,

com o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que vem sendo desenvolvido dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade de Saúde, criado pela Portaria GM/MS Nº. 1.107, de 14 de junho de 1995, que exige dos hospitais uma qualificação baseada em três níveis, sendo o primeiro nível, de exigências mínimas, o segundo nível, de padrões de qualidade no atendimento, e o terceiro nível, de padrões de excelência (BRASIL, 2001). Para o alcance deste terceiro nível, um dos itens exigidos é que, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem sejam documentados por meio de planos de cuidados e prescrições de enfermagem, ou seja, etapas do processo de enfermagem.

Corroborando este fato, a promulgação pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) da Resolução Nº. 272, de 27 de agosto de 2002, que trata da obrigatoriedade da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em todas as instituições de saúde, pública e privada, onde se desenvolvam ações de enfermagem (COFEN, 2002).

Atualmente, a grande luta desencadeada por aqueles que acreditam no processo de enfermagem como caminho para o aprimoramento da profissão é que: o mesmo seja adotado na prática assistencial de enfermagem, não pela imposição de uma resolução ou pela necessidade de angariar fundos junto ao Ministério da Saúde, mas, pelo desejo do profissional em prestar uma assistência de enfermagem, individualizada e de qualidade.

Nesse sentido, os capítulos que seguem têm como principal meta apresentar para os alunos e os profissionais de enfermagem as etapas do processo de sistematização da assistência de enfermagem de forma detalhada, esperando, desta forma, desmistificar a aplicação do processo de enfermagem na prática profissional.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4 ed., Porto Alegre: Art Méd, 2000.
- ARAÚJO, I. E. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador, relato de experiência. São Paulo; **Acta Paul Enf**, v. 9, p. 18-25, 1996.
- BRASIL. Lei 7.498 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e da outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 106, n.124, p. 9273-5, set. 1986.
- BRASIL. **Portaria GM/MS 1970/GM de 25 de outubro de 2001**. Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília, DF: MS, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1970.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2003.
- CAMPEDELLI, M.C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.
- CARRARO; T. E.; MADUREIRA, V.F.; RADÜNZ, V. In: LEOPARDI, M. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. p.66-171
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 272, de 27 de agosto de 2002. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de saúde**, Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <http://www.corengo.br/resolucao272_2002.htm>. Acesso em: 22 maio 2003.
- DANIEL, L. **Enfermagem: modelos e processos de trabalho**. São Paulo: EPU, 1987
- FARIAS, J. N. et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, Santa Marta, 1990.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Olinda. **Anais...** Recife: ABEn, 2001. p.231-43.
- GEORGE, J. B et al. **Teorias em enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LEOPARDI, M. T. Estudos e teorias. In: LEOPARDI, M. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: papa-livros, 1999. p.28-57
- NÓBREGA, M. M. L. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA e a teoria das necessidades humanas básicas de Horta**. 1991. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- PEIXOTO, M. S. O. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um pronto socorro: relato de experiência. São Paulo, **Rev. Soc Card**; n. 6, v.1, p.1-8. 1996
- SILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L. **Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças de 0 – 5 anos**. Online Brazilian Journal Nursing, 2006. v. 5, n.3. Disponível: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/import1/article/view/704/160>.
- SOUZA, M.F. Modelos teóricos e teorias em enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.) **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalho**. Fortaleza: RENE, 1998. p. 51-63.

CAPÍTULO 2

Coleta de dados: primeira fase do processo de enfermagem

KENYA DE LIMA SILVA
MARIA MIRIAN LIMA DA NÓBREGA
WILMA DIAS DE FONTES

APRESENTAÇÃO

A qualidade do cuidado em enfermagem tem sido palco de inúmeras discussões e muitas das conclusões que se chegou é que a utilização do processo de enfermagem, como forma sistemática de cuidar, pode contribuir de forma significativa com a melhoria dessa assistência. Na implementação do processo de enfermagem a coleta de dados é considerada uma fase imprescindível para que o mesmo seja realizado com sucesso. Entendemos que a coleta de dados é um momento não apenas para obtenção de informações, mas de interação entre dois seres que participam do processo, contudo, é necessário que o enfermeiro consiga entender o propósito dessa fase, e adquira habilidades específicas, a fim de prestar uma assistência de qualidade. Este capítulo tem como objetivo apresentar algumas informações sobre o processo de coleta de dados, como: fontes, métodos e fatores que interferem no mesmo, e apresentar um resgate sobre a construção do histórico de enfermagem enquanto instrumento de coleta de dados.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Atingir competências necessárias para o desenvolvimento de ações autônomas sempre foi um desafio para a Enfermagem. Contudo, faz-se necessário que o enfermeiro disponha de conhecimentos e habilidades capazes de contribuir com a qualidade da assistência de seus clientes. Acredita-se, que esse desafio possa ser superado quando os enfermeiros compreenderem que a Enfermagem possui em corpo de conhecimentos próprio, que fundamenta a sua prática.

A falta desse entendimento entre os enfermeiros acontece devido ao fato de que a Enfermagem foi por muitos anos analisada apenas pela execução de seus procedimentos, os quais guiavam à avaliação da assistência, que até então era considerada boa, pois, considerava-se apenas o volume de trabalho (CAMPEDELLI et al., 1989). No entanto, a necessidade de uma assistência que se preocupasse com o cliente/paciente não só pela administração de medicamentos, ou realização de curativos, fez com que a Enfermagem buscasse algo para embasar a sua prática e dar visibilidade ao cuidar.

Tal condição foi possível quando o enfermeiro percebeu que era preciso que o cuidado fosse sistemático. E o processo de enfermagem aparece como forma de sistematizar esse cuidado, o qual é descrito por Garcia e Nóbrega (2001, p.231) como um instrumento metodológico que “possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e ou predizer” em que aspecto a clientela assistida necessita da intervenção do enfermeiro.

A utilização do processo de enfermagem favorece o desenvolvimento dos papéis específicos da Enfermagem e demonstra a complexidade do cuidado. Além de contribuir para que o profissional deixe de ser um mero executor de tarefas, e passe a membro integrante da equipe de saúde, capaz

de avaliar suas ações, as quais devem produzir melhoria na qualidade da assistência e na condição do paciente.

Alguns autores como Atkinson e Murray (1989) e Du Gas (1984) referem que o processo de enfermagem é composto por quatro fases; Horta (1979) considera que o mesmo tem seis fases. No entanto, a maioria dos autores (POTTER; PERRY, 2002; SMELTZER; BARE, 1994; IYER, TAPTICH, BERNOCCHI-LOSEY, 1993; GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN, 1986; MOORHOUSE; DOENGUES, 1995) consideram que o processo é organizado em cinco fases: coleta de dados (levantamento de dados ou histórico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; as quais são inter-relacionadas, possibilitando a organização do cuidar de modo sistemático.

A primeira fase do processo de enfermagem, a coleta de dados, é uma fase imprescindível para que ocorra o sucesso das demais fases. Pois, é por meio da coleta de dados que se estabelece a relação de empatia ou antipatia entre enfermeiro/paciente, é também, a fase onde o enfermeiro coloca em prática toda sua capacidade de observar e mensurar as necessidades específicas do paciente.

Para Christensen (1986) e Du Gas (1984), o enfermeiro pode identificar dados em três clientes específicos: o indivíduo, a família e a comunidade. No entanto, esse capítulo se deterá na coleta de dados, com suas fontes, métodos e influências, apenas no indivíduo, uma vez que é diretamente com ele, que se estabelece o relacionamento enfermeiro/paciente.

1. A COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a primeira fase do processo de enfermagem. Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.19) consideram essa fase como histórico e definem como “processo organizado e sistemático de coleta de dados”,

utilizado para avaliar as necessidades específicas e as condições de saúde do paciente.

Daniel (1981) refere que é no momento da coleta de dados que se estabelece o relacionamento entre enfermeiro/paciente, o qual se dá com a comunicação verbal e não verbal. Observar essas formas de comunicação é atividade que não se restringe apenas ao enfermeiro e a equipe de enfermagem, mas, estende-se também ao paciente, pois, neste momento ele pode observar o enfermeiro e a equipe que irá cuidar dele. Potter e Perry (2002) referem que esta fase tem o propósito de dar ao profissional uma base de dados sobre o paciente como: história clínica, história da doença anterior, estado de bem-estar, práticas de saúde, e a condição atual do paciente.

Esta fase propicia a equipe de enfermagem inúmeras informações que irão contribuir com as demais fases do processo de enfermagem, principalmente, com a fase diagnóstica. Além do que, dar ao profissional a condição de realizar uma assistência de qualidade e individualizar o cuidado, pois, cada paciente ao ser admitido terá um instrumento de coleta de dados preenchido, para traçar os diagnósticos e, conseqüentemente, as intervenções, a fim de minimizar ou satisfazer as necessidades, problemas, respostas ou situações apresentadas pelo mesmo (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN, 1986; DU GAS, 1984).

Para que o enfermeiro possa atuar de forma individualizada utilizando o processo de enfermagem é necessário um guia para direcionar a assistência, ou seja, um referencial teórico. Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) referem que é por meio do processo de enfermagem que o modelo teórico escolhido (autocuidado, necessidades humanas básicas, estressores, sistema de adaptação, etc.) é aplicado à prática assistencial. Sendo no instrumento de coleta

de dados onde conseguimos, inicialmente, visualizar os conceitos desse referencial.

Segundo Carvalho e Rossi (1998), quando determinamos com antecedência a escolha de um referencial teórico, estamos favorecendo a condução da coleta de dados, com a construção de um instrumento, onde os conceitos do modelo direcionam a organização do mesmo e, por conseguinte, as demais fases do processo. Além do que alguns modelos teóricos são mais aplicáveis ao indivíduo, à família e outros ainda a comunidade.

2. O PROCESSO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados é uma fase imprescindível para o processo de enfermagem, sendo responsável pelo direcionamento do cuidado, uma vez que a partir das informações colhidas é que o enfermeiro identifica os diagnósticos e pode então traçar o plano assistencial do paciente. Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), a coleta de dados pode ser influenciada por três fatores:

- 1. Visão de mundo do enfermeiro** – refere-se à opinião do profissional acerca da própria Enfermagem, enquanto profissão; da saúde, como condição essencial à vida; do cliente, como ser que precisa ser cuidado; e do processo de inter-relação que se estabelece entre enfermeiro/paciente. A escolha do modelo teórico/conceitual que irá embasar todo o processo de enfermagem tem como base, também, essa visão de mundo do profissional.
- 2. Conhecimento do enfermeiro** – para a realização da coleta de dados o enfermeiro deve possuir conhecimentos não só das ciências

biológicas, (anatomia, fisiologia, microbiologia, nutrição, etc.), é necessário que ele disponha das ciências humanas (sociologia, psicologia, etc.), que lhe dará condições para planejar uma assistência holística. É necessário também, certo conhecimento no campo das ciências exatas, pois, o enfermeiro precisa analisar e interpretar dados, e conhecer os fundamentos necessários para solução de problemas e tomada de decisão.

3. Habilidades do enfermeiro – para o levantamento de dados do paciente são necessárias algumas habilidades, tanto técnicas para procedimentos específicos (mensuração da pressão arterial, realização do exame físico, verificação da ausculta pulmonar, entre outras), quanto habilidades interpessoais, as quais permeiam todo o processo de enfermagem, facilitando a comunicação e o desenvolvimento do relacionamento enfermeiro/paciente. Dentro dessas habilidades a capacidade de ouvir, é fundamental, pois, contribui como processo terapêutico, permitindo que o paciente se sinta confortável, e expresse com mais facilidade seus valores, pensamentos, sentimentos e preocupações. As autoras referem ainda a criatividade, o senso comum e a flexibilidade, como habilidades essenciais quando o cliente é criança ou está muito assustado, ou colocando barreiras na comunicação.

Christensen (1986) refere que devido ao fato de o enfermeiro e paciente possuírem experiências e conhecimentos anteriores, a coleta de dados também pode ser influenciada por inúmeros outros fatores, sendo a condição do paciente

ponto fundamental para que a coleta seja realizada com sucesso. Diante disso, faz-se necessário que o profissional atente para o estado físico, mental, emocional e as necessidades do paciente; associação de experiências passadas com situações presentes; eventos significativos para o mesmo; interesse, preocupação, preconceitos; conhecimento ou familiaridade com a situação; e aparência, atitude e outras respostas do paciente.

Nesse contexto, é necessário ao enfermeiro ter sensibilidade para ouvir e interpretar toda forma de comunicação emitida pelo paciente, compreender o mesmo enquanto ser humano com qualidades e defeitos, além de uma capacidade de observação minuciosa para interpretar os dados com antecedência.

3. TIPOS DE COLETA DE DADOS

Os dados no contexto do histórico de enfermagem são informações sobre o cliente, as quais devem ser descritas, concisas, completas, objetivas, não incluir declarações interpretativas e que permitam ao enfermeiro e a equipe de enfermagem o desenvolvimento de um cuidado imediato (POTTER; PERRY, 2002; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; HORTA, 1979).

Os dados a serem coletados podem ser objetivos ou subjetivos, históricos ou atuais (POTTER; PERRY, 2002; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Entretanto, consideramos que os dados atuais ou históricos se forem mensurados, são dados objetivos, e se forem descritos pelo paciente são subjetivos.

Objetivos – são informações referentes ao paciente colhidas por meio da observação e da mensuração, comumente, obtidos por meio dos órgãos dos

sentidos durante a realização do exame físico: inspeção, palpação, ausculta, e percussão; ou por meio da verificação de sinais vitais, análise de exames laboratoriais e de imagens.

Subjetivos – são os dados obtidos no momento da entrevista, onde o paciente expressa a percepção que ele tem de si e de sua condição atual (físico, psíquico ou emocional) e de sua história pregressa.

4. FONTES DE DADOS

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993); Du Gas (1984); Potter e Perry (2002), as fontes de dados podem ser classificadas de duas formas: primária e secundária; as quais permitem colhemos informações sobre o paciente a respeito do bem-estar, dos fatores de risco, dos procedimentos realizados anteriormente e as condição da doença atual.

Primária – é a principal fonte de obtenção de dados subjetivos e objetivos, ou seja, o paciente. É necessário o enfermeiro estar atento ao nível de consciência do paciente, para que ele não transmita informações erradas a respeito de suas necessidades.

Secundária – são todas as fontes que não o paciente, ou seja, familiares ou outras pessoas importantes; membros da equipe de saúde; prontuário do paciente, exames laboratoriais, e a revisão de literatura, pois, esta ajuda a completar os dados, e aumentar o conhecimento sobre as necessidades específicas e as condições de saúde do paciente e, conseqüentemente, estabelecer os resultados esperados no plano assistencial.

5. MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

Para estabelecer um banco de dados sobre o paciente/cliente, o enfermeiro e a equipe de enfermagem utilizam várias técnicas de coleta de dados. Estas devem ser sistemáticas, metódicas e organizadas. Pois, se realizadas de modo assistemático, podem omitir informações, devido a grande quantidade de dados que necessitam ser coletados para avaliação do paciente (ATKINSON; MURRAY, 1989). Esses métodos incluem a observação, a entrevista e o exame físico, os quais oferecem informações completas sobre a condição do paciente/cliente, possibilitando ao enfermeiro fazer diagnósticos de enfermagem e traçar um plano de cuidado posterior (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; POTTER; PERRY, 2002). Contudo, consideramos como método de coleta de dados os instrumentos básicos citados por Christensen (1986), a interação, a observação e a mensuração.

Interação – é o processo que compreende a comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro e o paciente/cliente, com o propósito de estabelecer uma relação de confiança, a fim de que o profissional possa apreender informações a respeito do mesmo, contribuindo assim com a qualidade da assistência dispensada. A interação no processo de coleta de dados é fator determinante para o sucesso da assistência.

Observação – o processo de observação inicia-se no primeiro contato do enfermeiro com o paciente e continua durante todo o processo possibilitando ao profissional estar sempre avaliando a condição do paciente. A observação no processo de coleta de

dados é sistemática e envolve o uso dos sentidos (tato, olfato, visão e audição) para apreender informação do paciente, das pessoas próximas, do ambiente e da interação dessa tríade.

Mensuração – é nessa fase onde o enfermeiro valida suas observações, uma vez que utiliza todos os sentidos por meio da inspeção (visão), palpação (tato), percussão (tato, audição), ausculta (audição) e o olfato. Apesar de não utilizar uma técnica específica é necessário por exemplo que para que o enfermeiro, por meio dos odores apresentados pelo paciente determine sua condição de higiene ou possa identificar em presença de lesões com secreções o aparecimento de processos infecciosos. Além dos sentidos esta fase requer do enfermeiro, a utilização de instrumentos específicos como: estetoscópio, oftalmoscópio, esfignomanômetro, entre outros.

6. O DESENVOLVIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO¹

O histórico de enfermagem é hoje amplamente conhecido, discutido, formulado e adaptado para as realidades investigadas, porém sua construção e consolidação são frutos de um longo período de estudos, readaptações e formulações a fim de inseri-lo na prática assistencial como instrumento indispensável no auxílio ao cuidar.

O processo de enfermagem foi apresentado por Horta como metodologia científica para o cuidar em enfermagem

¹ Material extraído da dissertação de mestrado em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB de SILVA (2004).

no início da década de 1970, composto por oito fases. No entanto, a visibilidade da importância dessas fases, em especial do histórico de enfermagem, começa com a sua tese de livre docência, defendida em 1968, intitulada “*A observação sistematizada na identificação do problema de enfermagem em seus aspectos físicos*” (HORTA, 1974 p.214).

É por meio da observação sistematizada que Horta propôs identificar os problemas dos pacientes, para então, ter em mãos os diagnósticos de enfermagem e seguir as demais etapas do processo, solucionando assim o problema identificado, ou seja, a necessidade afetada. Mas, como observar o paciente de modo sistemático, científico e eficiente para identificar os problemas do paciente e, posteriormente, o diagnóstico de enfermagem? Essa mesma pergunta Horta se fez, e então propôs e elaborou uma ficha de observação contendo sete partes: identificação, condições gerais, sinais vitais, condições dos segmentos corporais (MMII, MMSS, cabeça, tronco), condições específicas (pele, tônus muscular, etc.), queixas do paciente, conclusões/problemas identificados (HORTA, 1974).

O resultado da aplicação dessa ficha deixou Horta insatisfeita com a atitude dos enfermeiros assistenciais ressaltando o direcionamento para os cuidados clínicos esquecendo os problemas que dizem respeito especificamente à Enfermagem como a higiene, cuidados com a integridade física do paciente, sono repouso, entre outros, além de delegar a função de observar. Todo esse quadro, segundo a referida teórica resultou em “*baixo nível de identificação dos problemas, e, por conseguinte, baixo nível dos cuidados de enfermagem*” (HORTA, 1974, p.219).

O histórico de enfermagem construído e organizado, como instrumento, foi utilizado pela primeira vez em 1965 com o nome de “anamnese de enfermagem” por alunos da

Escola de Enfermagem da USP. Era um instrumento bastante simplificado, que após anos de estudos, testagens e modificações foi ficando cada vez maior e mais complexo. Por fim, em 1969, tem-se o primeiro modelo de histórico de enfermagem, composto por quatro páginas, como parte do material da disciplina Fundamentos da Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) (HORTA, 1976).

Esse primeiro histórico de enfermagem era constituído de identificação, dados clínicos de interesse para a Enfermagem, entrevista e observação do paciente, necessidades básicas na hospitalização, exame físico, impressões do entrevistador sob o paciente, e dados colhidos pelo profissional. Por apresentar-se incompleto em alguns aspectos esse histórico abriu margem para discussão, e outro histórico foi construído (HORTA, 1976).

O histórico II vem ainda mais complexo, com alguns pontos ainda em aberto, porém, dobra de tamanho, possuindo agora oito páginas de entrevista, constituído de identificação, dados clínicos de interesse para a Enfermagem, percepção e expectativas do paciente, atendimento a suas necessidades básicas, hábitos relacionados à saúde, exame físico, ajustamento do paciente no hospital, impressão do entrevistador, e conclusão (HORTA, 1976). Lacunas apresentadas na aplicação desse modelo, principalmente com relação ao exame físico, levaram a construção de um novo histórico, resultado da discussão de um grupo de enfermeiros/docentes das diversas disciplinas da Escola de Enfermagem da USP.

O histórico III possuía os seguintes itens: identificação, percepções e expectativas do paciente relacionadas à doença e hospitalização, atendimento a suas necessidades (hábitos anteriores à hospitalização), controle de saúde, exame físico, queixas do paciente, o que gostaria de perguntar, dados

clínicos de interesse sobre o paciente, e conclusões. Esse histórico abarcava um grande número de questões que deveriam ser investigadas em cada item citado. Tendo o cuidado de ficar cada vez mais detalhado, a versão III do histórico de enfermagem foi construída com doze páginas de investigação (HORTA, 1976).

A construção de um instrumento para a prática assistencial, desde o início foi alvo do interesse de muitos pesquisadores. Em 1976, Cianciarullo (1976a), já citava a preocupação com o levantamento de dados do paciente/cliente, referenciando inúmeros autores como: Little e Carnevali, Hamdi e Hutelmyer, Calnan e Hanron, Mayers. Para a referida autora a construção desse instrumento requer do enfermeiro que ele também utilize uma metodologia específica, mas que seja efetiva para atuação do mesmo (CIANCIARULLO, 1976b).

Sendo imprescindível para que as demais fases do processo de enfermagem caminhem, o histórico tem despertado interesse em alguns pesquisadores como Michel (1999), Canteras (2000), Virgínio (2003), Silva (2004), Porto (2004), Souza (2007) Coutinho (2007), entre outros, que desenvolveram proposta de instrumentos específicos para determinados grupos de pacientes, limitando-se a uma página frente e verso. Construir e validar modelos de instrumento, tendo como base teorias e conceitos em enfermagem, tem aberto um vasto campo para pesquisa na Enfermagem, além de facilitar o entendimento da aplicação dos modelos teóricos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro e a equipe de enfermagem uma forma sistemática de cuidar. Contudo, para o desenvolvimento do mesmo é necessário que os mesmos obtenham informações sobre o cliente a fim de

direcionar sua assistência. Essa aquisição de informações ocorre na fase da coleta de dados, a qual se estabelece numa relação de interação entre o paciente e o enfermeiro ou equipe de enfermagem, onde os mesmos observam o paciente/cliente e depois confirmam tais observações por meio da mensuração, visando obter dados seguros sobre as necessidades específicas e as condições de saúde do paciente/cliente para dar continuidade às demais fases do processo.

É na coleta de dados onde fica explícita a visão de mundo que o enfermeiro tem sobre o cuidar. Pois, é nessa fase que vemos de forma mais transparente o referencial teórico adotado para guiar o cuidado, sendo imprescindível sua definição, para facilitar a coleta e, conseqüentemente, a assistência.

Coletar dados não é um momento estático, nem restrito, por isso permeia todo o processo, sendo necessário para avaliar o diagnóstico de enfermagem e a implementação das ações de enfermagem, até chegar às definições sobre a condição do paciente/cliente. Essa é uma fase imprescindível para o processo, que requer inúmeras habilidades do enfermeiro e dos demais membros da equipe de enfermagem, a fim de que os mesmos possam detectar todas as informações do paciente/cliente, e com isso proporcionarem condições suficientes no intuito de recuperar a saúde do mesmo.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem** – introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática, 1989.
- CANTERAS, L. M. S. **Validação de um instrumento para coleta de dados de enfermagem para pacientes de urgências**, 2000,

79f. Tese (Mestrado em Medicina de Urgência) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos (Org.). Fortaleza: RENE, 1998. p. 65-85.

CHRISTENSEN, P. J. Assessment: overview of data collection. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process – application of theories, framework and models**. 2 ed. St. Louis: Mosby company, 1986.p. 57-67 (v.I).

CIANCIARULLO, T. I. Histórico de enfermagem no contexto do Processo de Enfermagem (parte II). **Rev. Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v.2, n.4, p.187-89, set/out. 1976b.

CIANCIARULLO, T. I. Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados (parte I). **Rev. Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v.2, n.3, p.162-63, jul./ago. 1976a.

COUTINHO, A. P. O. **Construção e Validação de um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

DANIEL, L. F. **A Enfermagem Planejada**. 3. ed. São Paulo: EPU, 1981.

DU GAS, B. W. **Enfermagem Prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, Recife. **Anais...** Recife: ABEn, 2001. p.231-43.

GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process – application of theories, framework and models**. 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986.p. 12; 60 (v.I).

HORTA, W. A. A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, ano.27, n.2, p.214-19, abr./jun. 1974.

- HORTA, W. A. O histórico de enfermagem simplificado. **Rev. Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v.2, n.3, p.131-38, jul./ago. 1976.
- HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/ Editora da USP, 1979.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MICHEL, J. L. M. **Validação de instrumento para coleta de dados de pacientes cardiopatas**. 1999, 105f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MOORHOUSE, M. F.; DOENGES, M. E. **Manual de enfermagem clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. 319p.
- PORTO, M. L. L. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados do idoso no Programa de Saúde da Família**. 2004. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciência da Saúde-Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa.
- POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e prática e hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.
- SILVA, K. L. **Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças de 0 – 5 anos**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.
- SMELTZE, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. (Volume 1).
- SOUZA, A. P. M. A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para cliente adulto em unidade cirúrgica**. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- VIRGINIO, N. A. **Validação de Instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados**. 2003, 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

CAPÍTULO 3

Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
KENYA DE LIMA SILVA
MARIA MIRIAM DE LIMA NÓBREGA
WILMA DIAS DE FONTES

APRESENTAÇÃO

Considerada de suma importância no processo de enfermagem, a fase do diagnóstico de enfermagem, pode também ser considerada um processo de raciocínio diagnóstico, pois é necessário um processo intelectual complexo, habilidades cognitivas, experiência e conhecimento científico, no qual o enfermeiro faz julgamentos e interpretações sobre os dados objetivos e subjetivos do paciente. Esse processo cognitivo tem sido definido por alguns autores como: julgamento clínico, raciocínio diagnóstico, raciocínio ou julgamento crítico. O processo de raciocínio diagnóstico pode ser entendido como a forma de pensar do enfermeiro, estando diretamente vinculado ao seu fazer e com a qualidade do cuidado dispensado. Este capítulo tem como objetivo: apresentar a segunda fase do processo de enfermagem; descrever as etapas do processo de raciocínio

diagnóstico e apresentar os vários modelos e definições do processo de raciocínio diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O diagnóstico de enfermagem deu seus primeiros passos com o advento da enfermagem moderna, quando, Florence Nightingale, na guerra das Criméias, em 1856, diagnosticou e tratou “problemas de saúde” dos soldados. Com o avanço da Enfermagem, e a organização do seu próprio conhecimento, na década de 1950, chega-se à forma sistemática de cuidar, ou seja, ao processo de enfermagem, composto por fases, onde o diagnóstico de enfermagem aparece, geralmente, como segunda etapa desse processo.

Entretanto, é na década de 1970 que o Grupo de Diagnóstico da Associação Norte Americana de Enfermagem, dá o grande salto na história do diagnóstico de enfermagem, e constrói uma classificação para denominação do conjunto de sinais e sintomas identificados pelo enfermeiro no cliente, ou seja, o diagnóstico de enfermagem. Desde então, inúmeras taxonomias foram desenvolvidas para denominar os problemas encontrados nos pacientes, família e comunidade, como o Sistema de OMAHA, a Taxonomia da NANDA-I e a CIPE, entre outras.

No Brasil o processo de enfermagem foi introduzido pela Dra. Wanda de Aguiar Horta na década de 1970. A metodologia do processo de enfermagem estabelecida por Horta também deixou a fase de diagnóstico como segunda etapa. No artigo “a metodologia do processo de enfermagem”, a autora deixa claro que o diagnóstico é função do enfermeiro e que deve ser feito baseada na observação, percepção e levantamento de problemas e necessidades do ser humano, família e comunidade. No entanto, a forma estabelecida por Horta para determinar quais os problemas do paciente que

são focos da atenção do enfermeiro, foi considerada pelos profissionais como complexa, deixando-a fora do processo assistencial por muitos anos (HORTA, 1971).

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), a fase de diagnóstico oferece ao enfermeiro a oportunidade de avaliar sinais e sintomas, dados objetivos e/ou subjetivos evidenciados no cliente no momento da coleta de dados. Essa é uma fase complexa que requer dos profissionais habilidades cognitivas e experiência profissional. As autoras consideram que a fase de diagnóstico de enfermagem envolve uma função intelectual complexa, pois, nessa fase o enfermeiro deve analisar um conjunto de sinais e sintomas a fim de denominá-los, tendo por base uma taxonomia.

Segundo Carvalho e Garcia (2002), para o profissional denominar os dados coletados, é necessário que ele tenha em mente o processo de julgamento clínico e aumente sua habilidade no raciocínio do diagnóstico, uma vez que o diagnóstico é a base para determinar as intervenções de enfermagem, com as quais objetiva-se alcançar os resultados estabelecidos.

Contudo, o que observamos na prática é que a coleta de dados do enfermeiro tem por base os modelos biomédicos, dificultando o processo de raciocínio diagnóstico. Pois, os profissionais coletam dados que diagnosticam patologias e não respostas ou necessidades específicas de correntes do processo vital ou de problemas de saúde. Isso ocorre, porque falta ao profissional a capacidade de estabelecer a relação entre os dados coletados no cliente, com o que é problema de enfermagem.

1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O termo diagnóstico origina-se do grego “*diaggnoskein*” e significa **distinguir**. Farias et al. (1990) referem que na

década de 1960, o termo diagnóstico de enfermagem apareceu pela primeira vez em um artigo referenciando sua importância no momento do julgamento clínico, para definir as intervenções de enfermagem. Entretanto, a idéia de que diagnosticar, era algo específico do médico, chegou à sugestão de que o termo diagnóstico fosse substituído por “*trophicognosis*”, proposição essa que foi derrubada por King em 1967, quando refere que diagnosticar não é atribuição específica do médico, mas, um julgamento inerente a todos os profissionais, antes de estabelecer suas ações.

A definição de diagnóstico de enfermagem segundo Carpenito (2002, p.30) é o estudo “cuidadoso e criterioso de algo, para a determinação de sua natureza”. Segundo a autora, mesmo após tantos anos, a questão existente ainda é: o que os enfermeiros devem diagnosticar?

Em 1973, quando o Grupo de Classificação Norte-Americano de Diagnóstico de Enfermagem, mais tarde denominado de *Nursing American Nursing Diagnose Association* (NANDA), iniciou seus trabalhos, foi desenvolvida apenas uma lista de diagnósticos de enfermagem, em ordem alfabética, como resultado das discussões sobre o que o enfermeiro diagnosticava na sua prática assistencial. Anos de estudos e aprofundamento sobre a temática levaram ao desenvolvimento da Taxonomia mais utilizada em todo o mundo. Em 1990, a NANDA aprovou em assembléia, uma definição para diagnóstico de enfermagem, como o “[...] julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família, ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais” (NANDA, 2002, p.xx).

O diagnóstico de enfermagem é definido, ainda por Smeltzer e Bare (2002), como os problemas de saúde, reais ou potenciais do paciente que são receptivos a resoluções por ações de enfermagem independentes. Potter e Perry (2002, p.103) consideram o diagnóstico como “[...] a determinação

do problema real ou potencial do estado de saúde do paciente, para o qual o profissional de enfermagem é licenciado e tem competência para tratar”.

O diagnóstico de enfermagem ganhou tantos adeptos e importância dentro do processo assistencial, que os enfermeiros começaram a sentir a necessidade de uniformização da sua linguagem. Essa necessidade levou ao início do desenvolvimento, em 1989, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), que considera o diagnóstico de enfermagem como o nome “[...] dado por um enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é foco da intervenção de enfermagem” (CIE, 2003, p. iv).

O termo diagnóstico é utilizado em três contextos: como **segunda fase do processo de enfermagem** (análise dos dados coletados e avaliação do estado de saúde do cliente); **como um julgamento clínico** (descreve o estado de saúde do cliente); **como afirmativa diagnóstica** (descreve a afirmativa sobre estado de saúde do cliente utilizando uma taxonomia) (GORDON, 1987). Mas, para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem como ponto essencial na prática assistencial, é necessário que os enfermeiros compreendam a relação existente entre diagnóstico fase/julgamento/afirmativa diagnóstica, principalmente, o processo cognitivo que entrelaça o julgamento clínico e a afirmativa diagnóstica.

2. PROCESSO DE RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

A literatura tem apresentado estratégias para formar profissionais capazes de decidir e fazer observações criteriosas. Dentre essas estratégias, tem-se a capacidade de raciocinar, que Lopez (2001 *apud* CARVALHO; GARCIA, 2002) cita como a capacidade de utilizar a razão para obter, interpretar e

relacionar dados, além de integrá-los aos conhecimentos adquiridos com o estudo teórico e a experiência prática assistencial e a capacidade de julgar. Essa capacidade de raciocinar segundo Sampaio e Pellizzetti (2003) consiste na formação ou estabelecimento de opiniões ou valores sobre um determinado objeto ou evento, a partir de um conjunto de conceitos. Essa capacidade de julgar é mais visível na fase de diagnóstico de enfermagem, quando o enfermeiro estabelece um julgamento sobre os dados encontrados, levando em consideração seu conhecimento prévio e suas experiências, para denominar a condição apresentada pelo cliente, ou seja, o diagnóstico de enfermagem.

Esse processo cognitivo que se desenvolve para a formulação do diagnóstico de enfermagem tem recebido diferentes denominações, entretanto, com significados que se completam, como: raciocínio crítico (POTTER; PERRY, 2002); raciocínio ou julgamento clínico e pensamento crítico (ALFARO-LEFREVE, 1996) e julgamento clínico (GORDON, 1987, CRUZ, 1995).

O pensamento crítico segundo Alfaro-Lefevre (1996) é preciso, disciplinado, promove a exatidão e o aprofundamento dos dados coletados e procura identificar, claramente os assuntos em pauta. A autora ainda refere que o pensamento crítico requer racionalidade, pensamento reflexivo, intencionalidade e apresenta similaridade aos princípios da ciência e do método científico. O resultado do pensamento crítico é o julgamento clínico do enfermeiro, sendo necessário para isso, conhecimento específico, experiência profissional, competência, atitude e padrões para o pensamento crítico.

O desenvolvimento do julgamento clínico é talvez o aspecto mais importante e desafiador para os profissionais e acadêmicos da área, porque requer habilidade de relembrar fatos, e de buscar a correlação com o conhecimento adquirido.

Para Cruz (1995, p.77), o julgamento clínico “[...] é uma habilidade cognitiva que permite ao enfermeiro, com base nas evidências e interpretações, formular um diagnóstico sobre a resposta do cliente ou seu problema de saúde”.

Segundo Gordon (1987), para a formulação do diagnóstico durante o processo de julgamento são necessárias várias inferências sobre os dados coletados. Estas inferências são consideradas como o processo de raciocínio diagnóstico, que é apresentado por diversos pesquisadores com etapas distintas, as quais variam de acordo com o modelo escolhido (RISNER, 1986; GORDON, 1987; DOENGUES; MOORHOUSE, 1999; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; KELLY, 1985; CRUZ, 1995).

Para Kelly (1985), o processo diagnóstico envolve três atividades: coleta de dados, análise das informações e a denominação. A **coleta de dados** é desenvolvida com a finalidade de colher os dados que revelam as respostas do cliente aos problemas de saúde ou aos processos vitais. O necessário é que as informações forneçam dados consistentes para o enfermeiro identificar as características definidoras que vão levar ao diagnóstico de enfermagem, ou seja, descreva os aspectos de um cliente e as respostas deste a um problema de saúde ou aos processos vitais, mas não produzam informações sobre uma doença e suas manifestações no indivíduo. Esta etapa é desenvolvida durante a primeira fase do processo de enfermagem, onde o enfermeiro utiliza a entrevista e o exame físico. Estes procedimentos técnicos devem ser desenvolvidos pelo próprio enfermeiro, a fim de que os dados coletados direcionem para as respostas do indivíduo aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Além disso, é necessário que o profissional estabeleça uma interação com o cliente, a fim de estabelecer um relacionamento terapêutico que facilitará a implementação do processo,

principalmente a obtenção de informações significativas (FARIAS et al., 1990).

A **análise das informações** consiste na exploração e na descrição dos dados significativos do histórico de enfermagem, feita a partir do julgamento clínico do enfermeiro. Nesta fase o profissional usa o seu conhecimento e sua experiência para identificar dados significativos, agrupar esses dados, e gerar hipóteses diagnósticas, as quais quando confirmadas, transformam-se em diagnósticos de enfermagem. Mas, para tudo isto, é necessário que o enfermeiro também tenha o conhecimento da base científica do diagnóstico e seja responsável pelo julgamento que fez e pelas ações terapêuticas que serão realizadas.

A **denominação** é a fase em que o enfermeiro dá um título ao conjunto significativo das respostas do cliente aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Para isto o enfermeiro usa os títulos diagnósticos contidos no sistema de classificação desenvolvido pela NANDA, ou outros que não constem na referida classificação, uma vez que a Taxonomia da NANDA não é um trabalho concluído. A este título diagnóstico é acrescentado à expressão “relacionado com”, para evidenciar as causas do diagnóstico, isto é os fatores relacionados (GETTRUST; BRABEC, 1992). Por exemplo: *Hipotermia relacionada com vestimentas inadequadas e exposição a ambiente frio*. Outros autores preferem denominar o diagnóstico relacionado aos fatores e evidenciado pelas características definidoras. Continuando o mesmo exemplo, teríamos: *Hipotermia relacionada com vestimentas inadequadas e exposição a ambiente frio evidenciada por redução da temperatura corporal, tremor, pele fria e piloereção*. Gettrust e Brabec (1992) recomendam o uso dessa última forma de denominação, pelos estudantes de enfermagem como um

meio de prover os mesmos com o conhecimento científico do diagnóstico.

Para Risner (1986), o processo diagnóstico envolve duas fases. Na primeira fase, por meio de um processo de análise e de síntese dos dados coletados, faz-se o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Na segunda fase, denomina-se o diagnóstico de enfermagem.

A **fase de análise** consiste na separação dos dados coletados em suas partes constituintes; em um exame criterioso que define os aspectos essenciais desses dados e seus relacionamentos. No processo de raciocínio diagnóstico, a análise é a categorização dos dados e a identificação de lacunas ou de dados divergentes. A síntese é a combinação das partes ou elementos em uma entidade única. No processo de raciocínio diagnóstico, a **síntese** corresponde ao agrupamento dos dados em padrões; a comparação desses padrões a normas, teorias, estruturas e modelos; a proposição de hipóteses; e ao estabelecimento de relacionamentos causais que são únicos para cada cliente. O processo de análise/síntese significa, portanto, avaliar, interpretar e dar significado aos dados coletados.

De acordo com Risner (1986), o processo de raciocínio diagnóstico requer uma base de conhecimentos que inclui anatomia, fisiologia, patologia, psicologia, sociologia, antropologia, epidemiologia, bacteriologia, além do conhecimento de teorias de enfermagem, dado que a tomada de decisão baseada unicamente na intuição e nas experiências passadas é pouco efetiva. O raciocínio diagnóstico engloba atividades cognitivas e perceptivas para o desenvolvimento do processo de análise e síntese. Isto inclui objetividade, pensamento crítico, tomada de decisão, e raciocínio dedutivo e indutivo.

Na segunda fase é feito o **estabelecimento do diagnóstico de enfermagem** propriamente dito. A denominação completa de um diagnóstico de enfermagem deve incluir, no mínimo, o título diagnóstico e uma indicação dos fatores que contribuem para sua ocorrência ou manutenção. Uma denominação mais completa, no entanto, seria aquela composta de três partes – o título, o fator relacionado e as características definidoras do diagnóstico, quando se utiliza a taxonomia da NANDA.

Para Gordon (1987), o processo de raciocínio clínico é a forma de determinar um problema de saúde do cliente e de avaliar os fatores etiológicos que estão determinando esse problema, e envolve duas grandes linhas: 1. explicações não-analíticas, que envolvem a intuição e o reconhecimento de padrões, e 2. explicações analíticas, que por sua vez envolvem o uso de estratégias diagnósticas. Na prática são utilizados tanto processos analíticos quanto não analíticos. Para esta autora o processo diagnóstico é desenvolvido por meio de quatro etapas:

1. **Coleta de informações** – avaliação do paciente, que corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem.
2. **Interpretação das informações** – análise e interpretação feita a partir dos dados coletados. Essa análise na verdade se inicia na coleta de dados, à medida que dados validados e confirmados são confrontados com normas e critérios conhecidos e recuperados da memória, inferências simples são realizadas.
3. **Agrupamento dos dados** – a combinação de dados relevantes, inter-relacionados em agrupamentos, a título de hipóteses diagnósticas.

4. **Denominação do agrupamento** – é a atribuição de uma categoria nominal ao resultado do processo de julgamento clínico utilizando um sistema de classificação ou taxonomia (GORDON, 1994).

Para Doengues e Moorhouse (1999), o processo de raciocínio diagnóstico envolve **coleta de dados** do cliente; **revisão** e **análise dos dados** do cliente; **síntese dos dados** e **atribuição de um título ao julgamento clínico**; comparação das características definidoras (CDs) e dos fatores relacionados (FRs) da NANDA aos diagnósticos selecionados e combinação do diagnósticos de enfermagem com os FRs e as CDs.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) fazem referência a passos envolvidos no processo de raciocínio diagnóstico, sendo o processamento dos dados feitos por meio da **classificação, interpretação, confirmação** e **documentação**. Os autores Carnevali e Thomas (1993) advertem que nem sempre a aquisição de habilidades de raciocínio ocorre de modo fácil e rápido, e descrevem suas etapas como sendo a **coleta de dados prévia** ao encontro com o cliente, **ingresso na situação de avaliação** do cliente, **coleta de dados propriamente dita**, **agrupamento de dados** em partes relacionadas entre si e seleção de sinais ou agrupamentos de sinais relevantes, **comparação das características** do diagnóstico com os dados do cliente e a **seleção do diagnóstico** para o julgamento clínico.

Cruz (1995) classificou os passos do processo diagnóstico e referiu que a interpretação dos dados tem início na **coleta de dados, agrupamento dos dados significativos, nomeação destes agrupamentos**, conforme a taxonomia, e **validação dos diagnósticos** com o cliente ou outro enfermeiro.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os objetivos que buscamos atingir com este capítulo, destacamos a importância de descrever o processo de raciocínio diagnóstico em enfermagem, que se constitui numa atividade intelectual complexa, que o enfermeiro procede à cuidadosa interpretação dos dados coletados, para só então denominar o diagnóstico de enfermagem.

O processo de raciocínio diagnóstico não tem sido foco principal de atenção dos enfermeiros, entretanto, faz-se necessário que sejam desenvolvidos trabalhos, sobre essa temática, principalmente, nas instituições, onde a fase de diagnóstica ainda continua sendo uma incógnita para os profissionais. É necessário que sejam desenvolvidas estratégias no intuito de desenvolver nos acadêmicos e profissionais essa capacidade cognitiva de analisar, interpretar e denominar os dados coletados.

Entretanto, para tornar o diagnóstico de enfermagem realidade na assistência é necessário formar profissional com a capacidade de pensar criticamente e capaz de buscar o conhecimento e correlacionar com sua experiência, para poder fazer o julgamento clínico do cliente. Só então, desenvolverá a capacidade cognitiva para formular o diagnóstico de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem**: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. (Série Enfermagem).
- CARNEVALI, D. L.; THOMAS, M. D. **Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing**. Philadelphia: Lippincott, 1993.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação a prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico estabelecido no diagnóstico de

enfermagem. In: FORUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p.29-40.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação internacional para a prática de enfermagem** – Beta 2. São Paulo, 2003.

CRUZ, I. C. F. Considerações sobre o julgamento clínico em enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo: GIDE, 1994. p.155-68.

DOENGUES, M.E., MOORHOUSE, M.F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 560p

FARIAS, J. N. L. et al. **Diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3 ed. St Louis: Mosby, 1994. p. 35-44.

GORDON, M. **Nursing diagnosis process and application**. New York: McGraw-Hill, 1987.

HORTA, W. A. A metodologia do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, ano. 24, n.6, p.81-95, out./dez. 1971.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KELLY, M. A. **Nursing diagnosis source book**: guidelines for clinical application. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985. 353. p.50-55: Clinical judgment guidelines for diagnostic clinical judgment.

NANDA. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA**: definições e classificação – 2001-2002. Porto Alegre: Artmed, 2002.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática**: clínica e prática e hospitalar. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

RISNER, P. B. Nursing diagnosis: diagnostic statements. In: CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing process**: conceptual models. 4 ed., St. Louis, Mosby, 1986.

SAMPAIO, L. A. B. N.; PELLIZZETTI, N. Método científico: instrumento básico de enfermagem. In: CINACIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2003. p.25-38.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. (v. 1).

CAPÍTULO 4

Planejamento da Assistência: terceira fase do processo de Enfermagem

DÉA SILVIA MOURA DA CRUZ

KENYA DE LIMA SILVA

MARIA MIRIAN LIMA DA NÓBREGA

WILMA DIAS DE FONTES

APRESENTAÇÃO

Esse capítulo pode ser considerado uma síntese acerca do planejamento da assistência de enfermagem. Enquanto fase primordial do processo, o planejamento visa traçar um programa de ações objetivas a partir dos diagnósticos de identificados. Buscando favorecer o entendimento, conceituamos o termo “planejamento” sob a ótica de alguns autores, além de apresentar cada momento pertencente a essa fase do processo e o modo como pode ser elaborado. Por fim, entendemos que um planejamento eficaz é aquele elaborado a partir da interação enfermeiro/paciente, buscando proporcionar maior participação no cuidado, bem como uma melhor qualidade na assistência. Este capítulo tem como objetivo abordar o planejamento da assistência de enfermagem como um processo intelectual, do qual o enfermeiro lança mão, a fim de determinar as ações de enfermagem a serem implementadas junto ao cliente.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cuidado definido por Boff (1999), como ato ou atitude de velo e desvelo com outro, tem sido objeto do trabalho da Enfermagem durante vários séculos. Entretanto, o progresso da ciência, os avanços tecnológicos têm desencadeado a busca incessante de profissionais que possuam além da capacidade humana de cuidar, o conhecimento em uma variedade de áreas. Potter e Perry (2002) referenciam que o papel atual da Enfermagem não se restringe apenas a prestação de cuidados e proporcionar conforto, incluem, além disso, proteger e defender o paciente, gerenciar, reabilitar, ensinar e até decidir.

À medida que as atividades de cuidado em enfermagem foram sendo modificadas, os registros das informações e das atividades desenvolvidas junto ao paciente tornaram-se indispensáveis para a assistência. O desenvolvimento dos modelos conceituais e da aplicação dos mesmos com o processo de enfermagem, contribuíram significativamente na elaboração dos registros.

Nesse sentido, é de suma importância o registro das ações de enfermagem não apenas para dar visibilidade a sua prática, mas como referem Potter e Perry (2002), o registro das ações torna-se um documento legal, diante de qualquer questionamento sobre a adequação dos cuidados dispensados ao paciente.

O processo de enfermagem é considerado por Crossetti (1995), como um método organizado que disponibiliza de uma estrutura lógica na qual se fundamenta a assistência de enfermagem. É considerado por Garcia e Nóbrega (2001), como um instrumento metodológico utilizado tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que este seja realizado.

O processo de enfermagem possui em sua estrutura a fase de planejamento, a qual Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey

(1993, p. 101) referem ser a fase que envolve estratégias que têm por finalidade reforçar as respostas saudáveis do paciente, prevenir, minimizar ou corrigir as não saudáveis, detectadas durante o diagnóstico de enfermagem. As autoras enfocam que, “[...] esta fase inicia-se após a formulação do enunciado do diagnóstico e finaliza com a documentação real do plano de cuidados.”

Segundo Koontz (1977 apud FUGITA; FARAH, 2003), planejamento é considerado um processo intelectual por que determina, conscientemente, um curso de ação baseado em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise, ou seja, é traçar um programa de ação com objetivos bem definidos, buscando as melhores estratégias para alcançá-los, reformulando o plano sempre que necessário, em conformidade com sugestões de experiências e fatos.

Segundo Horta (1971), o planejamento é um dos instrumentos básicos de enfermagem, podendo ser conceituado como: um processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise.

Castilho e Gaidzinsky (1991 apud FUGITA; FARAH, 2003), consideram que determinar ações de enfermagem, utilizando-se de um método de trabalho, visando atender as necessidades do cliente é planejar a assistência de enfermagem. Kron e Gray (1994) referem que o processo de planejar é predeterminar um curso de ações direcionadas a alcançar um resultado desejado.

2. PROCESSO DO PLANEJAMENTO DO CUIDADO

O processo do planejamento do cuidado, segundo Carpenito (1997), contempla três fases: Fase 1: Estabelecimento de diagnósticos prioritários; Fase 2: Definição

dos resultados e metas de enfermagem; Fase 3: Prescrições das intervenções de enfermagem. Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), e Alfaro-Lefreve (2000) consideram uma quarta fase; a documentação, ou seja o registro do plano de cuidados, que também será abordada neste capítulo, considerando ser de suma importância, por permitir aos membros da equipe de enfermagem e os demais membros da equipe de saúde, o acompanhamento da evolução do paciente.

Fase 1: Estabelecimento de diagnósticos prioritários:

Para identificar os diagnósticos de enfermagem, lançamos mão dos dados coletados e registrados no histórico de enfermagem, a fim de identificar respostas reais ou potenciais que requeiram uma intervenção de enfermagem. Porém, é irreal a possibilidade de desenvolver um plano que atenda a todos os diagnósticos, fazendo-se necessário o estabelecimento de prioridades (IYER, TAPTICH, BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para estabelecer um sistema que determine o(s) diagnóstico(s) prioritário(s), é necessário que seja considerado o referencial teórico adotado. Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) sugerem ainda que, a satisfação das necessidades ocorre das de nível mais básico (fisiológicas) para as de nível mais complexo (de auto-realização). Por exemplo, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, tem como nível elementar às necessidades presentes no nível psicobiológico, e dentro deste nível as necessidades de oxigenação, nutrição, eliminação, entre outras. Quando não satisfeitas as necessidades básicas, o indivíduo não consegue lidar com as necessidades dos níveis mais elevados (CHIAVENATO, 1986).

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) sugerem que, para priorizar os diagnósticos de enfermagem, devemos

relacioná-los as necessidades a serem atendidas, prioritariamente, como exemplificado abaixo:

Oxigenação → Troca de gases prejudicada relacionada com retenção de secreções;

Nutrição → Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada à incapacidade de absorver evidenciado por apetite diminuído;

Eliminação → Volume de líquidos deficiente relacionado com vômitos persistentes;

Diferentemente de Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), Carpenito (1997, p.70), prioriza os diagnósticos, fazendo distinção entre diagnósticos prioritários e diagnósticos importantes. Ela sugere que para estabelecer diagnósticos prioritários, tanto eles quanto os problemas colaborativos, devam ser selecionados e agrupados em resposta as seguintes questões:

Quais são os diagnósticos de enfermagem ou problemas colaborativos associados à condição primária (por ex. cirurgia)?

Existem problemas colaborativos adicionais associados às condições médicas coexistentes que exijam monitoração (por ex. hipoglicemia)?

Existem diagnósticos de enfermagem adicionais que, se não controlados no momento, deterão a recuperação ou afetarão o estado nutricional do cliente (por ex. alto risco para constipação)?

Que problemas o cliente considera prioritário?

Alfaro-Lefevre (2005) refere que o enfermeiro deve ainda certificar-se de suas habilidades de pensamento crítico e responder: *quais problemas necessitam de atenção imediata? e quais podem esperar? Quais problemas são de sua responsabilidade e quais devem ser comunicados a outros profissionais de saúde?*

Carpenito (1997) refere que um grupo de diagnósticos quando selecionados como prioritários podem constituir o que se denomina de conjunto diagnóstico. A autora enfatiza que, num determinado serviço diferentes clientes compartilharão do mesmo tipo de conjunto diagnóstico, sendo ele o conjunto de diagnósticos considerados prioritários na assistência daqueles pacientes. Os demais problemas que não estiverem contidos na lista deverão ser submetidos à análise do enfermeiro, que poderá considerá-los importantes, mas não prioritários, podendo ser abordados posteriormente. É enfatizado ainda que, os problemas contidos na lista não seguem uma ordem hierárquica de prioridade, sendo todos eles considerados prioritários.

Fase 2: Definição dos resultados e metas de enfermagem:

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), os resultados também podem ser definidos como metas ou objetivos comportamentais. Entretanto, Alfaro-Lefevre (2005), refere que metas são ações a serem desenvolvidas e orienta para que o enunciado seja o resultado centralizado no cliente. Mas, independente da denominação, esse momento do planejamento tem por objetivo, “[...] definir a maneira pela qual o enfermeiro e o cliente sabem que a resposta identificada no enunciado do diagnóstico foi prevenida, modificada ou corrigida” (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p. 108).

Segundo Alfaro-Lefevre (2005), os resultados possuem três propósitos: são elementos de medidas do plano de cuidado, direcionam as intervenções, e são fatores motivadores da assistência. Eles também são úteis como componentes da avaliação do processo, possibilitando determinar a eficácia das intervenções.

Carpenito (1997) explica que, as metas do cliente, bem como as metas da Enfermagem são padrões ou medidas usadas para avaliar o progresso (resultado) do cliente ou o desempenho do enfermeiro (processo). Alfaro-Lefevre (2000, p.138) refere que, os resultados do cliente, devem responder ao seguinte questionamento: “O que esperamos, exatamente, que o cliente realize e para quando esperamos que seja realizado?”.

Para a elaboração dos resultados, Iyer; Taptich e Bernocchi-Losey (1993) e Alfaro-Lefevre (2000) chamam atenção para alguns pontos a serem considerados na elaboração dos resultados:

- Ter *relação com a teoria*, ou seja, devem refletir a primeira metade do enunciado do diagnóstico de enfermagem, identificadas pelas respostas saudáveis do cliente, definindo assim que o problema foi evitado, minimizado ou corrigido.
- Ser *centrados no cliente*, referindo-se ao comportamento dele, aquilo que ele fará, quando e quanto será realizado. O resultado deve refletir aquilo que esperamos que o cliente alcance e não as metas da Enfermagem, ou seja, aquilo que a Enfermagem deseja que o cliente alcance.
- Ser *claros e concisos*, descrevendo comportamentos mensuráveis e observáveis. O resultado deve ser o mais claro possível, porém mostrando com exatidão,

aquilo que se deseja alcançar, quanto e quando, possibilitando assim, a comunicação entre os membros das equipes que assistem, e promovendo a continuidade do atendimento. Um resultado claro deve responder os seguintes questionamentos:

- ✓ Sujeito: Quem é a pessoa que espera alcançar os resultados?
 - ✓ Verbo: Que ações a pessoa deve realizar para alcançar os resultados?
 - ✓ Condição: Sob quais circunstâncias a pessoa deve realizar as ações?
 - ✓ Critério de desempenho: Como deve ser o desempenho da pessoa ao agir?
 - ✓ Tempo esperado: Quando é esperado que a pessoa seja capaz de desempenhar as ações?
- Ser *determinados conjuntamente* pelo cliente e pelo profissional. É importante esta decisão, porque aumenta a possibilidade dos resultados serem alcançados, devendo para isto, o enfermeiro envolver o cliente no cuidado, atentando para o que ele considera como problema de saúde, e juntos conduzirem a elaboração de diagnósticos.
 - Ser *possíveis de serem atingidos*, levando em consideração fatores como: condições de aprendizagem do paciente, recursos disponíveis para a implementação, entre outros.

Alfaro-Lefevre (2005) cita alguns exemplos de verbos mensuráveis que devem ser utilizado na elaboração dos resultados: identificar; descrever; relacionar; listar; verbalizar; demonstrar; repartir; tossir; levantar; andar; sentir; expressar; exercitar; comunicar, entre outros. Da mesma forma cita

exemplo de verbos não-mensuráveis: saber; compreender; valorizar; pensar; aceitar; sentir, entre outros.

As ações da equipe de enfermagem podem ser direcionadas para alcançar três tipos de resultados, aqueles direcionados a questões referentes ao conhecimento, a habilidades psicomotoras e ao estado emocional do paciente ou do acompanhante em casos de planejamentos indiretos, como para crianças ou pacientes totalmente dependentes.

- **Conhecimento:** os resultados são elaborados para avaliar a aquisição de conhecimento transmitido anteriormente. Neste caso são utilizados verbos como: listar, descrever, declarar, identificar, explicar, demonstrar, entre outros. Ex: Explicar o que é diabetes.
- **Habilidades Psicomotoras:** esses resultados buscam avaliar habilidades adquiridas pelo paciente, resultado do plano de treinamento ensinado anteriormente. Ex: Demonstrar técnica de cuidado com os pés.
- **Estado Emocional:** com esse tipo de resultado esperam-se mudanças no comportamento do paciente que esta vivenciando uma crise ou situação de estresse. Ex: Expressar verbalmente situações para o enfretamento do estresse.

A definição dos resultados esperados leva a equipe a assumir responsabilidades junto ao paciente. Contudo, existem condições que necessitam da ajuda de outros profissionais, diante disso Alfaro-Lefevre (2005) sugere que o enfermeiro faça a seguinte pergunta: É responsabilidade de a Enfermagem ser o controlador primário do plano de cuidados para o alcance desse resultado?

Fase 3: Intervenções de Enfermagem:

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) referem que, após a identificação dos diagnósticos e estabelecimento dos resultados, segue-se a elaboração das intervenções de enfermagem, definidas como as estratégias utilizadas para o alcance dos resultados esperados. As referidas autoras enfatizam que as intervenções podem ser classificadas em intervenções médicas e de enfermagem. As intervenções médicas são recomendações médicas, relacionadas com o diagnóstico e tratamento da condição médica do paciente, geralmente dirigidas a Enfermagem ou a outros profissionais envolvidos na assistência. Estas recomendações incluem administração de medicamentos, testes-diagnósticos, exigências alimentares, etc. Segundo Carpenito (1997, p.75), “[...] elas não são ordens para enfermeiros, mas sim ordens para os clientes, que os enfermeiros implementam quando indicadas”.

As intervenções de enfermagem são focadas na promoção, manutenção e restauração da saúde do cliente, baseadas nos diagnósticos de enfermagem, podendo ser do tipo dependentes, interdependentes e independentes.

- **Intervenções dependentes:** buscam implementar as recomendações médicas.
- **Intervenções interdependentes:** são aquelas que descrevem atividades de enfermagem realizadas conjuntamente com outros membros da equipe de saúde, por ex. psicólogos, nutricionistas, médicos, etc.
- **Intervenções independentes:** são aquelas que podem ser executadas pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem, sem recomendação prévia de nenhum outro profissional, e são traçadas e implementadas

visando o atendimento aos diagnósticos de enfermagem identificados no cliente.

A *American Nurses Association* (ANA) (1995 apud ALFARO-LEFEVRE, 2005) e McClosky e Bulechek (2000), classificam as intervenções em:

- **Intervenções de cuidado direto:** são aquelas ações realizadas pela interação com os clientes.
Ex: Ajudar o cliente a tomar banho.
- **Intervenções de cuidado indireto:** são aquelas realizadas sem a presença do cliente, mas em benefício dele ou de um grupo de clientes, visando o controle do ambiente, do atendimento à saúde e a colaboração interdisciplinar.
Ex: Monitoramento de exames laboratoriais, Contato com a assistente social.

Ainda segundo a ANA (1995, apud ALFARO-LEFREVRE, 2005), as intervenções precisam atender as seguintes características:

1. Ser coerente com o plano de cuidados, deve estar em consonância com todos os membros da equipe.
2. Está baseada em princípios científicos, deve considerar os conhecimentos morfofuncionais e psicológicos do ser humano.
3. Ser individualizada para uma situação específica, deve ser considerado o meio para atender as necessidades físicas e emocionais de cada paciente, bem como a forma de dirigir-se a cada paciente.

4. Ser utilizada para proporcionar um ambiente seguro e terapêutico, deve ser considerado a capacidade física de cada paciente, bem como o ambiente em que o mesmo está inserido.
5. Empregar oportunidades de ensino-aprendizagem para o cliente, pois, além de serem direcionadas às necessidades afetadas, as intervenções devem considerar a capacidade que a pessoa tem de adquirir novos conhecimentos para manter sua saúde.
6. Incluir a utilização de recursos apropriados, considerando os recursos existentes na unidade em que presta assistência.

A determinação das intervenções segundo Alfaro-Lefevre (2005), exigem resposta para quatro indagações: o que deve ser feito para minimizar os riscos, ou as causas deste problema? O que deve ser feito para minimizar o problema? Como adaptar as intervenções voltadas aos resultados esperados? Como obter respostas esperadas ou respostas adversas às intervenções para reduzir o risco e aumentar o benefício ao paciente?

Fase 4: Registro das intervenções de enfermagem:

Alfaro-Lefevre (2000, p.131), considera que o registro do plano de cuidados atende aos seguintes propósitos: promove a comunicação entre os cuidadores; direciona o cuidado e a documentação; cria um registro que pode ser usado mais tarde em avaliações, pesquisas e circunstâncias legais; fornece a documentação das necessidades de atendimento de saúde com a finalidade de reembolso do seguro.

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.138), o registro das intervenções de enfermagem permite a equipe de enfermagem, o estabelecimento de um plano de cuidados, que alcance os resultados estabelecidos e solucione as necessidades ou as respostas humanas alteradas. Para tanto, o conjunto de intervenções deve ser o mais claro possível, descrevendo quem vai implementar cada ação. Quando são dependentes de atividades anteriores, as intervenções devem ser numeradas para indicar uma seqüência, devendo todas conter:

- Assinatura e data,
- Verbo preciso da ação e seus modificadores,
- Especificação de “quem, quê, onde, quando, como e qual a freqüência”,
- Abordagens individualizadas para o cliente.

Com a evolução do campo da Enfermagem, muitas instituições têm adotado o planejamento computadorizado de cuidados, porém, Alfaro-Lefevre (2000) adverte que, esse tipo de planejamento está em constantes mudanças, cabendo ao enfermeiro manter-se atualizado a fim de atender aos novos métodos e suas justificativas. Ela ainda salienta que, estes planos não vieram substituir a visão crítica do profissional, mas apenas servem de guias para o atendimento, cabendo a ele detectar mudanças no estado do cliente que podem contra-indicar a seqüência do plano; julgar que partes do plano devem ser aplicadas e as que não devem, e ainda reconhecer os problemas que não são atendidos pelo plano, buscando outros meios de atendê-los.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento se constitui em um plano de ação, onde são estabelecidos objetivos e estratégias, visando fortalecer as respostas saudáveis do paciente. Na Enfermagem, o planejamento é a terceira fase do Processo de Enfermagem, e inicia-se logo após a fase diagnóstica, finalizando com o registro do plano de cuidados, sendo dividido em quatro fases distintas: o estabelecimento dos diagnósticos prioritários; definição de resultados e metas; prescrição das intervenções e registro do plano de cuidados.

Visando estabelecer os diagnósticos prioritários, o enfermeiro pode lançar mão do seu pensamento crítico, julgando que diagnóstico considera mais urgente, ou estabelecer as prioridades baseando-se no modelo conceitual ou teoria de enfermagem utilizada com referência do processo de enfermagem.

Os resultados e as metas a serem atingidos, devem ser bem definidos, estabelecendo as respostas esperadas por parte do cliente frente às intervenções a ele dirigidas. Quanto às intervenções, devem refletir a eliminação dos fatores que desencadearam as necessidades ou as respostas humanas afetadas, visando atingir os resultados esperados. Já o registro do plano de cuidados é de suma importância, por permitir aos membros das demais equipes, o acompanhamento da evolução do paciente.

Um planejamento bem elaborado e registrado é aquele desenvolvido à partir da interação do enfermeiro com o cliente, sendo este agente ativo das decisões do plano de cuidados, bem como, com a colaboração das diversas equipes multidisciplinares, buscando proporcionar ao cliente a melhor assistência possível.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem**, 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CHIAVENATO, I. A Motivação Humana. In: **Recursos Humanos**, São Paulo: Atlas, 1989.
- CROSSETTI, M. G. O. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.1, p.150-59, jan./jun. 1995.
- FARAH, O. G. D., FUGITA, R. M. I. O Planejamento como instrumento Básico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Um Desafio para a Qualidade de Assistência**, São Paulo: Atheneu, 2003, p.99-109.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52. 2000, Olinda. **Anais...** Recife: ABEn, 2001. p.231-43.
- HORTA, W. A. et al. O Ensino dos Instrumentos Básicos de Enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, a. 24, n.3 e 4, p.159-69, abr./jun. 1971.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnóstico de Enfermagem**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ações as habilidades de liderança**. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.
- McCLOOSKEY, L.; BULECHEK, G. **Nursing Interventions Classification (NIC) –Iowa**. 3. ed. St Louis (MO): Mosby, 2000.
- POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

CAPÍTULO 5

Implementação da assistência: quarta fase do processo de enfermagem

ANA PAULA MARQUES ANDRADE DE SOUZA
ANA PAULA DE OLIVEIRA COUTINHO
KENYA DE LIMA SILVA
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA
WILMA DIAS DE FONTES

APRESENTAÇÃO

A implementação pode ser entendida como a parte da execução do plano de cuidado estabelecido pelo enfermeiro em conjunto com o cliente e outros profissionais. É a etapa em que a equipe pode continuar o plano anteriormente estabelecido, validar conceitos, modificar prioridades ou o próprio plano, pois, o foco principal da implementação é a individualização do cuidado. Contudo, para ser ter uma implementação efetiva alguns passos necessitam ser seguindo. Este capítulo abordar a implementação como a quarta fase do processo de enfermagem e apresentar os vários passos citados pelos autores a fim de se obter um cuidado de qualidade.

1. INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é um todo, unido em suas partes de modo indissociável. Executá-lo sempre será

sinônimo de coletar dados, identificar diagnósticos, estabelecer um plano de cuidados, implementar e avaliar ações. Ainda que estas etapas se modifiquem de acordo com a abordagem teórica utilizada, é possível distingui-las uma vez que são as representatividades da dinâmica assistencial. Qual enfermeiro é capaz de listar problemas de um cliente sem antes ter levantado os seus dados? Qual enfermeiro consegue chegar a um plano de cuidados sem ter diagnosticado necessidades ou respostas afetadas no cliente? Como a equipe de enfermagem executa ações que não foram traçadas e devidamente registradas? Ou mesmo: Como avaliar uma assistência que não se coletou indicadores clínicos, não se identificou problemas, não estruturou as ações e não as realizou?

Como quarta fase do processo assistencial a implementação tem relação com todas as etapas já citadas. Contudo, para ser adequada ela precisa antes de tudo, de uma boa investigação, de uma precisão diagnóstica; de um plano de cuidados bem elaborado, estabelecido a partir das necessidades reais do paciente e de acordo com a possibilidade terapêutica disponível na instituição onde se presta essa assistência.

Nessa fase é necessário que o profissional possua habilidades técnicas e psicomotoras específicas, para que o mesmo possa interagir como paciente e desenvolva nele confiança. O profissional de enfermagem deve ainda, ser sensível à adaptação dessas ações às necessidades expressas ou implícitas dos pacientes e seus familiares, o que possibilitará a cooperação de todos no tratamento assistencial.

Essa também é a fase em que toda a equipe de enfermagem pode interagir de modo mais perceptível dentro do processo de enfermagem. Pois, erroneamente, o mesmo tem sido direcionado para o enfermeiro, contudo o processo é da equipe de enfermagem, pois apesar do enfermeiro

aparecer como mentor, toda a equipe pode ser consultada durante a coleta dos dados e a prescrição das intervenções, sendo estas descritas para serem executadas não apenas pelo enfermeiro, mas por todos os membros da equipe de enfermagem. Condição esta, confirmada na própria Lei do Exercício Profissional 7.498/96, que em seu Art. 12 refere as atividades do técnico, na alínea “b” atribui ao mesmo a execução das ações assistenciais de enfermagem; e no Art. 13 das atividades do auxiliar, a alínea “b” cita com atribuição destes a execução de ações de tratamento, ou seja implementar as ações que deveriam estar prescritas para o paciente.

Apesar de todas as divergências, o que se entende é que a Enfermagem para assistir necessita de uma abordagem apropriada, coerente, sistemática, humanística e isto se faz plenamente possível pela aplicação do processo de enfermagem. Dentre suas fases, destacaremos neste capítulo a implementação, que para Ferreira (2004) significa executar; realizar; dar efeito prático a algo concebido, por meio de uma ação objetiva; efetivar; levar a termo; aplicação; entrada em vigor, ou seja, colocar em prática o plano assistencial traçado para o paciente, e em conjunto com o mesmo.

2. QUARTA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Potter e Perry (1999) abordam a quarta etapa do processo de enfermagem como o momento que se dará início, bem como se completará as ações de enfermagem, tendo como meta o alcance dos resultados esperados. Sendo o ponto de partida para execução do plano de cuidados (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

A implementação pode se dar em vários contextos e ambientes, seja em instituições hospitalares (clínicas, bloco cirúrgico, unidades de terapia intensiva, e outros), ou naquelas que antecedem este tipo de atendimento, sendo: Unidades

Saúde da Família, postos de saúde, atendimento pré-hospitalar móvel, ambulatórios, serviços de exames diagnósticos, e outros. Independente de onde se insere a assistência de enfermagem, intervir ou implementar sempre estará presente como parte essencial na resolução de problemas identificados, tendo como objetivo remover, modificar ou fornecer estímulos que contribuam para a melhoria do cliente assistido.

A implementação pode, dependendo da dinâmica assistencial, ser realizada sem necessariamente ter sido registrada, como é o caso do atendimento pré-hospitalar, que em função da necessidade de manter a vida do paciente, as fases de coleta, diagnóstico, planejamento e implementação são realizadas de modo automático, estando tão integradas que muitas vezes ficam imperceptíveis para aqueles que não lidam habitualmente com o processo de enfermagem.

A exemplo podemos afirmar que o enfermeiro levanta dados identificando a parada cardiorespiratória, chega a um problema de enfermagem (déficit/ausência de oxigenação), estabelece rapidamente o que deverá ser feito e o realiza prontamente, seguindo as avaliações sucessivas até o restabelecimento do quadro clínico fora de perigo. Como o tempo é fator decisivo neste tipo de assistência, implementar torna-se o óbvio, o que mais facilmente é visualizado, mas isso não implica na ausência de raciocínio clínico, o diferencial é que só posteriormente todo o registro é efetivado.

A quarta fase do processo de enfermagem pode ser considerada como aquela que o profissional interage de modo mais efetivo com o cliente, pois ele volta novamente a tocá-lo, contudo com o intuito não específico de coletar dados, mas para desenvolver ações que irão melhorar ou minimizar o quadro existente. Ao realizar tais atividades o profissional consegue ser o diferencial na assistência para aquele paciente que recebe as intervenções.

Durante a implementação a equipe de enfermagem tem condições de reavaliar o quadro clínico do cliente e assim pode modificar ou não o plano assistencial estabelecido para o mesmo. Considera-se então que a implementação aproxima mais o enfermeiro ou os demais membros da equipe de enfermagem do cliente, levando-os a um envolvimento mais direto, não se restringindo aos assuntos burocráticos.

Santos e Dourado (2007) afirmam que quando o enfermeiro cuida de um cliente ele precisa usar como respaldo de suas atividades não apenas indicadores clínicos identificados, mas também as alterações contínuas do ser humano que tem uma influência direta sobre suas respostas ao processo saúde doença. Em função disso, para visualizar o ser de modo integrado, o enfermeiro deve se aproximar do cliente para implementar, agindo em benefício de quem se assiste.

Kletemberg, Mantovani e Lacerda (2004) afirmam que quando o enfermeiro assiste integralmente, e isto inclui a implementação, ele usa de capacidades como sensibilidade, intuição, percepção, compromisso, amor e outras.

Santos e Dourado (2007) afirmam que a plenitude profissional vem a partir da implementação que adota e alia o cuidar como “modo-de-ser”, utilizando como subsídios a competência, habilidade, sentimento, generosidade e solidariedade. Desta forma, o enfermeiro torna-se capaz de conciliar atividades burocráticas com a assistência direta e assim atender as reais necessidades de seu cliente.

3. IMPLEMENTANDO AÇÕES DE ENFERMAGEM

A implementação é um dos momentos em que a Enfermagem definitivamente torna-se arte, talvez o mais evidente. Pois, as ações de enfermagem implementadas devem se adequar a realidade vivenciada, ao material e ao recurso humano disponível.

Antes de dar efeito prático ao plano de cuidados estabelecido, o profissional de enfermagem precisa ter conhecimento do quadro clínico do cliente. Faz-se uma busca por meio de prontuários, exames realizados, informações de outros colegas sobre eventos decorridos em sua ausência, que resulte em um levantamento que assegure a eficácia da intervenção a ser realizada.

Para atualizar as informações sobre o cliente, é necessário ser criterioso quanto as prioridades apresentadas por este no momento em que se assiste. Como seres em constantes alterações e processos de mudanças, as necessidades ou as respostas afetadas mudam de prioridade também constantemente. É preciso sempre ser definido o agora, e para isto a participação do cliente é essencial, como ser capaz de identificar suas necessidades mais urgentes e estar sempre em busca de sua própria melhora. Entende-se então que priorizar intervenções requer aproximação, contato, uma boa escuta e empatia.

Quanto aos clientes que estão impossibilitados de uma interação com o profissional que o assiste, cabe a Enfermagem ter uma atenção redobrada e buscar o benefício do outro, atentando aos princípios éticos.

Ao se definir as prioridades do cliente, a equipe de enfermagem passa a intervir efetivamente. Intervir, no entanto, requer preparo, muitas vezes destreza e habilidade; a atenção volta-se não apenas para a atividade realizada, mas também para as respostas do cliente frente às condutas tomadas. São essas respostas que trarão direcionamento à continuidade do plano assistencial, podendo ser adotadas mudanças conforme a necessidade do cliente.

O registro como finalização desta etapa é fator essencial e não menos importante do que qualquer passo anteriormente dado. Este é o momento de relatar as atividades de

enfermagem, de possibilitar que a assistência tenha a sua continuidade, de garantir o uso de informações adequadas ao ensino e pesquisa, de resguarda-se judicialmente, e por fim contribuir com o crescimento e reconhecimento da profissão. Tudo isto, no entanto, só será garantido se o registro for adequado, devendo neste momento informar precisamente o que foi identificado no cliente enquanto prioridade, as atividades implementadas, e as respostas do cliente às intervenções.

Do ponto de vista metodológico a implementação pode ser dividida em fases ou passos, que vão diferenciar de acordo com os autores adotados. Essas fases também passam por adequações dependendo do contexto onde está sendo aplicado o processo de enfermagem. Alfaró-Lefevre (2005) comenta que a implementação é composta pelo menos por seis passos, sendo:

- Preparar para comunicar e receber comunicações;
- Estabelecer prioridades diárias;
- Investigar e reinvestigar;
- Realizar as intervenções e fazer as mudanças necessárias;
- Registrar;
- Fazer comunicações.

Já Iyer; Taptich e Bernocchi-Losey (1993) visualizam a implementação em três momentos: preparação, intervenção e documentação, e para Potter e Perry (1999, p. 145), esta quarta fase do processo de enfermagem inclui “[...] o desempenho, a assistência ou a orientação sobre a realização das atividades da vida diária, o aconselhamento e o ensino do cliente ou da família, a prestação do cuidado direto para

alcance das metas centradas no cliente, a supervisão e avaliação do trabalho dos membros da equipe e o registro e a troca de informações relevante para o cuidado de saúde continuado do cliente.”

Nettina (2003) relata que a implementação envolve ações de como coordenar as atividades do cliente, família, e outras pessoas envolvidas nesse processo de assistência; ações para delegar intervenções dentro da equipe de enfermagem, sendo necessário ao enfermeiro conhecer bem o seu pessoal, identificando capacidades e limitações de cada um e supervisionar o andamento do que foi delegado; e por fim a ação de registrar como o cliente respondeu as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, de modo objetivo, porém, preciso.

Pelos relatos de Potter e Perry (1999) e de Nettina (2003), anteriormente descritos, vê-se que é justamente nesta fase de implementação que o processo passa a ser de enfermagem e não apenas do enfermeiro; implementar então não é uma atividade privativa do enfermeiro, mas da equipe como um todo. O enfermeiro atua na coordenação e execução do plano assistencial, enquanto que técnicos e auxiliares de enfermagem agem conjuntamente na execução para que o plano proposto alcance resultados benéficos.

Fayram (1986) refere que a implementação ocorre em três fases: *preparação, implementação e pós-implementação*, sendo o enfermeiro responsável por delimitar cada momento.

A **preparação da implementação** consiste em conhecer o plano estabelecido, avaliar esse plano, ter conhecimento e habilidades para lidar com o plano, preparar o cliente e preparação do ambiente. O enfermeiro deve primeiro comunicar-se com a família e com o próprio cliente, é necessário também ler relatórios, ouvir relatos verbais do cliente e da própria equipe. O plano pode ainda ser validado

com outro profissional membro da equipe de enfermagem ou da equipe de saúde. É o enfermeiro quem determina também que tipo de plano será utilizado, se com ações mais intelectuais, ou interpessoais ou técnicas. Para validar o plano, alguns questionamentos devem ser feitos: o plano é relevante e foi baseado no estado de saúde do cliente? Teve as prioridades modificadas ou é o mesmo do começo? É um plano seguro baseado em princípios legais e éticos? É um plano individualizado?

Outro ponto importante na preparação da implementação é a organização do ambiente, pois muitas vezes a efetividade da ação está na estrutura montada para seu desenvolvimento. A equipe de enfermagem prepara os equipamentos, materiais para procedimentos, materiais audiovisuais e até os próprios membros da equipe. Outro aspecto que também envolve o ambiente é a qualidade da iluminação do local, uma vez que uma boa iluminação minimiza as distorções e as más interpretações.

Na **implementação** propriamente dita, a equipe de enfermagem executa o plano em conjunto com o cliente. O cuidado deve ser focado no cliente, com orientações, atividades físicas e psicológicas direcionadas as suas necessidades. Para que a implementação seja efetiva é necessária a competência da equipe que cuida, a qual deve utilizar a inteligência, a capacidade de interação pessoal e técnicas adequadas para o cuidado.

Um ponto importante na implementação do plano é a coleta de dados referente às necessidades ou respostas afetadas do cliente durante as atividades executadas. Novamente, a equipe deve usar os instrumentos básicos de mensuração, observação e interação para analisar esses novos dados. É necessário registrar tais respostas, pois as mesmas, são necessárias para se obter o progresso do quadro clínico

do cliente, o que pode justificar a necessidade de modificação do plano.

Quando as ações de enfermagem são completamente implementadas inicia-se a fase de **pós-implementação**. A primeira parte da pós-implementação envolve o encerramento da relação equipe/paciente nos aspectos referentes a fase de implementação. Em seguida o enfermeiro descreve de forma sumária as ações realizadas, as questões respondidas, as indicações seguintes e a identificação das respostas do paciente ao plano. Sendo de suma importância o registro de todo esse processo a fim de efetivar o registro de enfermagem, bem como dar vida as ações executadas pela equipe.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar em enfermagem assumiu diversos significados. Podemos aqui considerá-lo como o atender as necessidades de outrem com sensibilidade, destreza e solidariedade (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004). A personificação do cuidado encontra-se nas atividades que a Enfermagem desempenha junto ao cliente, fornecendo ao mesmo condições mais apropriadas para lidar com as necessidades afetadas, com a demanda do autocuidado, com o processo de adaptação, com os estressores que cercam o cliente, ou mesmo agindo diretamente sobre suas respostas identificadas como problemas de saúde.

Implementar significa por em prática, executar o que hora era uma proposta. Esta execução, no entanto precisa ser precedida por uma análise, pela identificação das prioridades e ter objetivos muito claros, ou seja, a que se destina alcançar. Quando se implementa, se observa, se acompanha, evolui.

Como parte do processo de enfermagem a implementação deve resultar em um benefício para o cliente, e deve ser respaldada na coleta de dados, na identificação dos

diagnósticos, e partindo de um plano de cuidados individualizado, o que inevitavelmente promoverá a individualização e a qualidade no cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem** – promoção do cuidado colaborativo. São Paulo: Artmed, 2005.
- BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 8, n. 1, p. 9 – 16. 2006.
- FAYRAM, E. S. Implementation. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, framework and models**. 2 ed. St. Louis: Mosby company, 1986. p. 212-18 (v.I)
- FERREIRA, A. B. H. de. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KLETEMBERG, D. F.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. Entre as teorias e as práticas do cuidar. **Cogitare Enfermagem**. v. 9, n. 1. 2004.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. (v.1)
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. (v.1)
- SANTOS, I. dos; DOURADO, T. Atividades da enfermeira no processo de trabalho da assistência de enfermagem: cuidados diretos e indiretos ao cliente hospitalizado. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.0 (2007). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/import1/article/view/582/136>. Acesso: 10 jun. 2007.

CAPÍTULO 6

Avaliação da assistência: quinta fase do processo de enfermagem

ANA PAULA MARQUES ANDRADE DE SOUZA
ANA PAULA DE OLIVEIRA COUTINHO
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA
WILMA DIAS DE FONTES

APRESENTAÇÃO

A avaliação é compreendida por muitos como a última fase do processo de enfermagem, sendo esta sistemática e planejada, visando comparar o estado de saúde do cliente com as metas e os objetivos anteriormente definidos. Entretanto, a avaliação precisa ser vista não apenas como um momento para comparar o quadro de saúde atual do paciente com o anterior, é necessário que o enfermeiro veja nessa fase um momento também para refletir sobre a qualidade de sua assistência. A literatura da área assistencial tem descrito a avaliação por diferentes caminhos, podendo esta ser o resultado da condição do paciente, parte integrante de cada fase do processo de enfermagem ou da organização do próprio serviço. Esse capítulo pretende apresentar a avaliação em suas diferentes estruturas.

1. INTRODUÇÃO

A avaliação é um processo antigo e que está presente em todas as atividades diárias do ser humano, sejam essas simples ou complexas; possui vários significados, podendo ser entendida como um processo, um instrumento ou um método.

Segundo Ferreira (1995) avaliar é apreciar, estimar, analisar, avaliar a causa, determinar o valor. Para Haydt (1991 apud ZANEI et al., 2003) avaliar é interpretar dados quantitativos e qualitativos para obter um julgamento de valor; é um processo contínuo e sistemático permitindo ao ser humano conhecer seus acertos e corrigir seus erros.

A avaliação ganhou destaque importante na área da educação, pois para se provar a qualidade do aluno e sua capacidade era necessário submetê-lo a um processo avaliativo. Porém, em função da forma ditatorial com que o mesmo era aplicado, passou a ser considerado o grande vilão da escola na relação professor/aluno.

A partir da década de 1970, as mudanças na postura quando se refere as questões pedagógicas, fez com que os docentes construíssem novas modalidades de avaliação e a prática social passa a ser fonte permanente de construção; dando uma característica mais democrática a esse processo. Porém, essas mudanças até hoje ainda estão limitadas a algumas escolas, dessa forma, na área educacional, até o momento, a avaliação tem sido um instrumento de aprovação e reprovação, baseada em aplicação de provas e exames como forma de mensurar e quantificar o saber, ou seja, tem sido uma forma de classificar e não diagnosticar o conhecimento (FREITAS, 2004; BRASIL, 2003).

No âmbito da saúde a avaliação ganha também um tom diferenciado, no intuito de modificar o saber

mecanicista que imperou e ainda impera em algumas profissões. Contaminado pelas mudanças democráticas surge a avaliação por competência, a qual engloba o saber agir e não apenas o saber-fazer. Nessa modalidade, é avaliada a ação do profissional diante de uma situação problema emergente da prática cotidiana. Ao avaliar as competências do profissional espera-se que ele demonstre seus conhecimentos e habilidades em relação ao saber, saber-fazer e saber-ser, agindo com ética, nas situações problemas (BRASIL, 2003).

Em função das exigências de mercado, bem como da busca pela qualidade no serviço que deve ser fornecido, outra forma de avaliação que também ganhou espaço na área de saúde, é aquela que se destina a analisar a relação custo/benefício. Pois, a maioria das instituições de saúde transformaram-se em verdadeiras empresas.

No intuito de desenvolver uma assistência baseada em um método científico e com isso facilitar também a avaliação do cuidado prestado, nas últimas décadas a Enfermagem tem procurado adotar o processo específico de trabalho como metodologia para sistematizar a assistência de enfermagem, o qual tem em uma de suas fases o processo de avaliação das metas estabelecidas. Dessa forma, a avaliação passa a ser um artifício contínuo e sistemático, necessitando estar presente em todas as fases do processo de enfermagem, possibilitando mudanças que permitam resultados satisfatórios.

Portanto, avaliar em enfermagem é realizar um levantamento dos meios, procedimentos e resultados alcançados para o atendimento das necessidades humanas do cliente, seja diretamente junto do cliente ou dos meios necessários para promover essa melhoria.

2. DIFERENTES CAMINHOS PARA AVALIAÇÃO

Na área da saúde Donabedian (1982 apud ZANEI et al, 2002; GRIFFITH-KENNEY, 1986) inclui a avaliação de estrutura, processo e resultado. Na Enfermagem, a **avaliação de estrutura** abrange os recursos materiais, humanos e financeiros, ou seja, padrões de assistência que garantem o mínimo de qualidade na assistência ao cliente. A **avaliação do processo** inclui o julgamento do cuidado em si, ou seja, a assistência de toda a equipe de enfermagem, o que é feito pelo e para o cliente. A **avaliação do resultado** é imediata, refere-se à satisfação do cliente durante ou após a execução do cuidado, ou seja, busca verificar a mudança no comportamento e no estado de saúde do cliente a partir da assistência prestada (CARVALHO, BACHION, 2005).

Alfaro-Lefevre (2005) define o processo de enfermagem como método sistematizado e humanizado para prestação da assistência de enfermagem, descrevendo-o em cinco etapas inter-relacionadas. Para Horta (1979), o processo é a dinâmica de ações também sistematizadas e inter-relacionadas, porém descreve-o em seis etapas. Independente do número de etapas descritas pelos autores, a avaliação sempre está presente em todas as fases do processo de enfermagem.

Para Atkinson e Murray (1989) e Smeltzer e Bare (2002), a avaliação é a última etapa do processo e tem como propósito avaliar se os objetivos traçados no plano assistencial foram alcançados. Segundo Zanei et al. (2003), a avaliação é sistemática, ou seja, está inserida em todas as etapas do processo permitindo realizar ajustes quando os resultados são indesejáveis para o cliente e/ou para o profissional, cujos ajustes perpassam pela avaliação dos dados colhidos, dos diagnósticos elaborados, das intervenções traçadas, das prioridades estabelecidas para implementação das ações e tudo que esteja ligado a essas fases.

A fase do levantamento de dados é a primeira fase do processo, tem o objetivo de investigar dados relacionados à saúde do cliente com o propósito de identificar os problemas de saúde do cliente possível de serem solucionados pela Enfermagem. É um processo contínuo que se inicia desde o primeiro contato do profissional com o cliente até a alta do mesmo. Os dados são avaliados criticamente e servem para embasar a fase seguinte, os diagnósticos de enfermagem (ATKINSON, MURRAY, 1989; ZANEI et al., 2003; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O diagnóstico de enfermagem é definido por Horta (1979, p. 58) como “[...] identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão [...]”; ou seja, é a fase de afirmação do problema identificado. Nesta fase, a avaliação visa assegurar que os diagnósticos traçados estejam corretos, pois um diagnóstico errado resultará numa assistência inadequada. Para Zanei et al. (2003) e Alfaro-Lefevre (2005), o diagnóstico é o julgamento clínico dos dados coletados pela enfermeira e a avaliação é feita por meio desse julgamento e serve de base para orientar as intervenções de enfermagem.

O planejamento da assistência ou prescrição de enfermagem “[...] é o roteiro diário que coordena as ações da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.” (HORTA, 1979, p. 66). Essa fase prioriza a seqüência do atendimento dos diagnósticos, avaliando-se, portanto, a necessidade que requer atendimento imediato. Ao se colocar em prática esse planejamento, realiza-se a fase de implementação da assistência e nesta fase avalia-se se as ações elaboradas estão atendendo as necessidades do cliente; essa avaliação é feita por meio das respostas do cliente às ações

realizadas, podendo-se manter, modificar ou suspender as intervenções elaboradas (ZANEI et al, 2003).

Yver, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) e Timby (2001) referem que a avaliação é o processo que determina se as metas, ou seja, os resultados, foram alcançados, e é realizada por meio da análise das respostas do cliente ao plano assistencial.

Na avaliação dos resultados o foco está nas mudanças comportamentais e do estado de saúde do cliente. O enfermeiro observa as evidências apresentadas pelo estado de saúde do cliente, as quais foram resultados de suas intervenções.

Nesse tipo de avaliação é necessário julgar as habilidades adquiridas pelo cliente, mensurar o progresso do quadro de saúde e o conhecimento sobre sua patologia ou tratamento, ou mesmo sobre suas condições de autocuidado. Pode ser feita ainda uma avaliação tardia dos resultados, comparando a condição logo após a intervenção e algum tempo depois das modificações serem absorvidas pelo cliente.

Contudo, existem alguns fatores que podem interferir no processo de avaliação, em função disso é necessário definir antes os passos que serão seguidos para se avaliar. É preciso estabelecer quem avalia? O que avalia? E onde avalia? Por esse motivo, os resultados na maioria das vezes não são anotados. Griffith-Kenney (1986) refere que uma das estratégias que podem minimizar essa situação é adotar ou desenvolver taxonomia de avaliação, a exemplo disso tem-se a Nursing Outcomes Classification (NOC), que apresenta metas a serem alcançadas pelos clientes numa estrutura de escala, o que facilita a avaliação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação está presente em toda a vida do ser humano; avalia-se seu desenvolvimento, sua aprendizagem, sua capacidade profissional, ou seja, o processo de avaliação

é constante e contínuo na vida humana. Na área da saúde a avaliação inclui desde o ambiente onde o cliente é atendido até a assistência propriamente dita. Na Enfermagem, o processo vem sendo adotado como método científico para melhoria da qualidade da assistência, estando presente desde o primeiro contato com o cliente até sua alta. A utilização de um método científico possibilita avaliar a assistência prestada, por meio do estabelecimento de metas (resultados) a serem alcançadas ao se elaborar as ações de enfermagem para os problemas dos clientes possíveis de serem resolvidos por estes profissionais. Porém, as dificuldades para a utilização do processo ainda são muitas, devem-se conscientizar os profissionais de que é necessário a utilização desse método, pois contribui para a qualidade da assistência e crescimento profissional, além de servir como parâmetro para a avaliação desse cuidado.

REFERENCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área de saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem: núcleo estrutural: proposta pedagógica: avaliando a ação 8**. 2 ed rev. e ampliada. Brasília: Ministério da saúde, 2003.
- CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. comunicação e o processo de enfermagem. In: STEFANELLI, M. C. CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

FENILI, R. M. et al. Repensando a avaliação da aprendizagem. **Revista eletrônica de enfermagem**. v.4, n.2, p.42-48. 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 30/05/2007.

FERREIRA, A. **Dicionário básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995. p. 304.

FREITAS, L. C. A avaliação e as reformas dos anos de 1990: novas formas de exclusão, velhas formas de subordinação. **Rev. Educação e Soc.**, Campinas, v. 25, n. 86, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 Ago. 2007

GRIFFITH-KENNEY, J. W. Evolution. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, framework and models**. 2 ed. St. Louis: Mosby company, 1986. p. 219-30 (v.I)

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

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddart: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1.

TIMBY, B. K. **Atendimento de enfermagem: conceitos e habilidades fundamentais**. 6 ed. Porto Alegre: Artemed. 2001.

ZANEI, S. S. V. et al. Avaliação: um instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.111-135. cap. 9.

PARTE II

INSTRUMENTOS BÁSICOS

CAPÍTULO 7

Instrumentos básicos: recursos que auxiliam o processo de cuidar em enfermagem

Apesar de todas as transformações ocorridas na forma de cuidar, a motivação maior dessa atividade gira ainda em torno do amor e da dedicação ao próximo. Como ciência saúde, a Enfermagem é diretamente influenciada pelas descobertas e pelos avanços na área médica. Esses avanços proporcionaram mudanças na assistência e as características do cuidado como caridade e amor por si só não são mais suficientes para colaborar com a saúde do enfermo. O cuidado de enfermagem passou a depender de dois fatores: habilidade/experiência e conhecimento.

A partir dessa concepção a Enfermagem é reconhecida como ciência e arte. Segundo Pesut e Herman (1999), a ciência Enfermagem auxilia, analisar e avaliar dados e a tomada de decisões consciente sobre o cuidado que deverá ser prestado ao cliente. Enquanto a arte contribui para que o profissional por meio de sua intuição e experiência possa construir uma relação de empatia com o cliente, bem como estimule sua capacidade de criatividade nessa relação de cuidado.

Para iniciar essa relação de cuidado o enfermeiro faz a coleta de dados. No entanto, freqüentemente, essa coleta limita-se a dados direcionados a saúde do cliente, além

disso, tradicionalmente os cuidados de enfermagem estão vinculados aos diagnósticos médicos. Entretanto, para que a prática de enfermagem foque suas ações na manutenção, recuperação e promoção à saúde, é necessário que a coleta de dados seja estabelecida em objetivos que deverão ser alcançados.

Em função disso, a relação enfermeiro/cliente deve ser estabelecida por meio do processo de enfermagem, o qual precisa ser trabalhado pelo profissional de modo que ocorra uma relação mútua. Segundo Chirstensen (1986), para que ocorra essa relação de reciprocidade, são necessárias algumas condições básicas como: verdade, empatia, autonomia e mutualidade, sendo o início dessa relação de responsabilidade do profissional.

Contudo, é a comunicação a responsável pelo desenvolvimento dessa relação. Desta forma, é necessário que o enfermeiro conheça as teorias relacionadas à comunicação, condição essencial para adquirir habilidades e expectativas para se conhecer e conhecer o outro. A comunicação é um via de mão dupla que ocorre entre o indivíduo e outro ou entre um grupo de pessoas e consiste em mensagens verbais e não verbais, sendo as duas extremamente importantes, pois em algumas ocasiões a não-verbal revela a realidade.

Existem alguns fatores que influenciam a coleta de dados, como os dados que estão presentes no cliente e em seu ambiente, e como estes são percebidos pelo profissional. Além disso, ambos, enfermeiro e cliente entram em situações que requerem experiência e conhecimento que influencie a interação e a percepção. Mais especificamente o enfermeiro e cliente são influenciados por condições físicas, mentais e o estado de necessidades do cliente, a cultura, o social, entre outras.

Nesse sentido, faz-se necessário à utilização de instrumentos que possam auxiliar esse processo. Ferreira (1993, p. 310) define instrumento como sendo “recursos empregados para se alcançar um objetivo; meio”. Na Enfermagem alguns instrumentos foram citados por Horta, em 1971, que os define como um conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício das atividades profissionais. Referencia que estes instrumentos são a comunicação, a criatividade, destreza manual e habilidade psicomotora, o método científico, a observação, o trabalho em equipe, os princípios científicos, o planejamento e a avaliação, os quais são recursos empregados para alcançar resultados de qualidade na prestação do cuidado de enfermagem (HORTA et al, 1971).

Para Griffith-Kenney e Cristensen (1986), existem três instrumentos básicos para serem utilizados na aplicação do processo de enfermagem, os quais serão abordados nos capítulos seguintes deste livro: a mensuração, a interação e a observação.

A interação para as referidas autoras é definida como uma relação mútua e recíproca de informações verbais entre o enfermeiro e o cliente. A observação é um processo para coletar informações do paciente, que utiliza os órgãos dos sentidos, por uma variedade de caminhos. Já a mensuração pode ser considerada como uma forma de observação só que de modo mais preciso, pois existe a necessidade de utilização de instrumentos físicos para mensurar os dados observados.

REFERENCIAS

FERREIRA. A.B.H. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

CHRISTENSEN, P. J. Assessment: overview of data collection. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process:**

application of theories, framework and models. 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986. p. 57-67 (v.I)

HORTA, W. A. et al. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, v. 24, n. 3,4, p. 159-169, 1971.

PRESUT, D. J.; HERMAN, J. **Clinical Reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. New York: Delmar Publishers, 1999.

CAPÍTULO 8

Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem

KENYA DE LIMA SILVA
DÉA SILVIA MOURA DA CRUZ
IAPONIRA CORTEZ COSTA DE OLIVEIRA
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA

APRESENTAÇÃO

A interação pode ser considerada como elemento primordial do cuidar, pois, é por meio dela que o enfermeiro passa a estabelecer uma relação com o cliente e desse modo tende a conhecer suas necessidades, a fim de assisti-lo. Esse capítulo apresenta a relação existente entre interação e comunicação, sua classificação e as formas como se apresenta, bem como a importância da dinâmica da comunicação entre enfermeiro/cliente. Entende-se, portanto, que a interação é um instrumento fundamental para o estabelecimento da relação de cuidado e de ajuda coerente com as necessidades do cliente. Este capítulo tem por objetivo abordar a interação como elemento essencial para o exercício da Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano enquanto ser político vive em constante interação, com a família, comunidade, o trabalho, em fim com

todo o mundo, pois o mesmo estabelece um convívio social, sendo por meio destas relações que ele desenvolve sua consciência ética e moral. Gelain (1992) refere ser esta a voz interior que influencia diretamente as relações humanas, uma vez que é o julgamento interior dos seus próprios atos.

Interação é definida como a “ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas” (FERREIRA, 1993, p.311). No campo da Enfermagem, segundo Christensen (1986), a **interação** é uma troca mútua ou recíproca da informação verbal entre o enfermeiro e o cliente. Para a mesma autora, a interação serve a muitas finalidades durante o processo do cuidado, tal como obter informações sobre o interesse principal da saúde, do estilo de vida, da função dos sistemas, avaliar as necessidades e fornecer informações para desenvolver o *rapport*.

No entanto, para que ocorram contatos significativos entre os seres humanos é de suma importância a presença da comunicação, pois os pensamentos, as crenças, as esperanças, os anseios, podem ser trocados em determinado período de tempo e o significado dos símbolos transmitidos nesses momentos constituem a essência da sociedade humana (GARCIA; AUGUSTOS, 1978).

Para que possamos interagir com o paciente, objetivando prestar-lhe uma assistência holística, devemos percebê-lo como ser único, com experiência de vida particular, com temores, ansiedades, sonhos, entre outros, e devemos utilizar para isto nossa percepção, sensibilidade e capacidade de comunicação, podendo este último, ser considerado elemento básico no processo de interação.

De acordo com Cianciarullo (2003), para desenvolver as atividades de enfermagem com eficiência, os Instrumentos Básicos devem ser utilizados em todas as etapas do Processo de Enfermagem. Contudo, é na coleta de dados que se busca

do enfermeiro suas maiores habilidades, entre elas a capacidade de interagir por meio das inúmeras técnicas de comunicação. Nesse sentido faz-se necessário que o profissional de enfermagem utilize a interação como instrumento básico, a qual é efetivada por meio da comunicação.

2. INTERAÇÃO

A interação, segundo Bersusa e Riccio (2003, p.77), pode ser definida como “a essência da vida social”. Podemos dizer que houve interação, quando os indivíduos se relacionam, formam grupos, sociedade, havendo a troca de idéias e sentimentos com conseqüente mudança de comportamento. A interação pode ocorrer entre pessoas e pessoas, e grupos e grupos.

Christensen (1986) foca a interação como componente da coleta de dados, a qual tem o propósito de obter informações e estabelecer o *rapport*. A interação ou relação transitória entre duas pessoas pode ser classificada como interrogativa-diretiva, construção de *rapport* e *open-ended*.

Na interação interrogativa diretiva, que envolve questões sobre informação específica, o propósito principal é obter dados. O enfermeiro mantém o controle e direciona a interação, o cliente é um participante passivo. Esse tipo de interação é vantajoso quando se necessita de dados específicos em um curto espaço de tempo; a desvantagem é que o cliente é um ser passivo, não estando apto para discutir o assunto.

Na interação tipo construção de *rapport* o foco está na construção da relação e na obtenção de informações. Perguntas empáticas são utilizadas para facilitar o controle do cliente na interação. Os dados emergem no desenvolvimento da interação, mas a construção do *rapport* necessita de mais tempo e os dados específicos podem não ser obtidos. Já na interação tipo *open-ended*, há uma combinação dos dois tipos,

o objetivo é obter dados do cliente e estabelecer um *rapport*. O assunto com o cliente emerge por intermédio de várias técnicas de comunicação. A interação começa com o mínimo de autoridade para encorajar o cliente e direcionar os tópicos das discussões. Gradualmente, é utilizada a autoridade para direcionar o foco específico e obter informações necessárias.

Todos os três tipos de interação têm um lugar na relação com o cliente. O resultado da interação é visto por meio dos dados que refletem o que foi dito pelo paciente e o que o enfermeiro observou. Podendo a interação ser utilizada nos três clientes da Enfermagem. Por exemplo, com o indivíduo: “você esta com fome?”. Com a família: “vocês estão satisfeitos com o comportamento das crianças” e com a comunidade: “há muitas adolescentes nesta parte da cidade grávidas?”

Bersusa e Riccio (2003) classificam a interação nas seguintes formas: cooperação, competição, conflito, adaptação e assimilação, as quais se encontram relacionadas entre si.

Cooperação → a atuação de dois ou mais indivíduos combinando suas atividades na busca de um mesmo objetivo. Podemos exemplificar na Enfermagem por meio da escala de plantão, onde todos têm por objetivo comum a assistência ao paciente. A cooperação acontecer de forma temporária ou contínua, direta ou indireta, dependendo do período em que ocorrer e do objetivo do trabalho, se realizadas em conjunto atividades semelhantes ou em conjunto a mesma atividade, respectivamente.

Competição → tipo de luta que ocorre tanto no mundo animal quanto no vegetal, decorrente das diferenças, capacidades e aspirações dos diversos integrantes da sociedade existente. A competição além de ser universal é contínua e destituída de violência, e pelo fato dos indivíduos geralmente não terem consciência do fato, a torna violenta e agressiva. Na Enfermagem podemos exemplificar, por meio da

aprovação de alguns auxiliares, enfermeiros, e técnicos em concurso público, impedindo a aprovação de outros.

Conflito → também é um tipo de luta, porém diferentemente da competição, ocorre conscientemente, é pessoal e intermitente, podendo ocorrer ameaça ou violência. Como exemplo na Enfermagem, temos a concorrência pelo primeiro lugar no concurso, que se dará entre pessoas determinadas, que aspiram a mesma coisa. Este tipo de luta, pode também ocorrer como resultado da rivalidade, do debate da discussão e guerras, como por exemplo: conflito de gerações, de sexos, de raças, do campo e da cidade, de classes, econômico, religiosos, interinstitucionais.

Adaptação → a adaptação significa ajustar-se, pôr em harmonia, adequar-se, conformar-se e ambientar-se. Segundo Bersusa e Riccio (2003), a adaptação do indivíduo ao ambiente ocorre em três níveis:

- ✓ **Biológico e Psicomotor.** Ocorre pela socialização tanto do corpo como das atitudes do indivíduo ao ambiente sócio-cultural, por ex.: a adaptação do grupo de enfermagem ao plantão noturno.
- ✓ **Afetivo:** Ocorre pela modificação dos sentimentos em relação a determinada pessoa ou grupo, por ex.: a mudança na relação sentimental que ocorre na equipe de enfermagem, quando passa a cuidar continuamente das pessoas.
- ✓ **Pensamento:** Ocorre pela necessidade de incorporar conhecimentos específicos ao objeto de estudo, por ex.: os enfermeiros incorporam os conhecimentos referentes ao Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), a fim de poder executá-lo.

Assimilação → Diferentemente da acomodação que só ocorre em nível superficial (externamente), ela se dá em nível de mudança de consciência cultural. Este processo ocorre quando as pessoas ou grupos incorporam os hábitos, experiências e história de outros grupos, numa vida comum.

3. COMUNICAÇÃO

Stefanelli (1993) afirma que a comunicação é um processo de partilhar e compreender a mensagem. Contudo, essas mensagens podem exercer influência direta no comportamento daqueles envolvidos na comunicação.

A comunicação é um instrumento básico utilizado no âmbito da Enfermagem e segundo Ferreira (1993, p. 124) significa a “capacidade de trocar idéias, dialogar, conversar com vistas ao bom relacionamento entre as pessoas”. Etimologicamente, comunicar vem do latim *communicare* que significa “por em comum”. Para Bittes Junior e Matheus (2003), a comunicação é tão importante como o ato de respirar, andar, sendo essencial à vida.

Desde que nascemos nos comunicamos, inicialmente pelo choro, sons, expressões faciais, audição, tato, atitudes, passando com o passar do tempo, a manter formas mais elaboradas de comunicação, como a fala e a escrita. Bodenave (apud BITTES JR.; MATHEUS, 2003), afirma que a maioria das pessoas é tão consciente da comunicação como o é de respirar e andar.

King (apud MENDES, 1994, p.16) considera a comunicação como, “um processo por meio do qual se transfere informação de uma pessoa para outra, seja diretamente em encontros face a face ou indiretamente por meio do telefone, televisão ou de formas escritas”. A comunicação é assim considerada, o componente de informação das interações.

“As finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar em si mesmo e a realidade. A comunicação é antes de tudo, um ato criativo.” (SILVA, 1996, p.21). Assim, não existe apenas um emissor e um receptor, mas a troca entre as pessoas, num processo de interação e reação (recíproca), que a curto ou longo prazo produz mudanças no modo de sentir, pensar e agir dos envolvidos (SILVA, 1996). “Nesse novo paradigma, a comunicação tem a função de promover o relacionamento entre as pessoas; uma Comunicação horizontal em busca de soluções.” (BITTES JR.; MATHEUS, 2003, p.65).

Entendemos então que, a comunicação promove o relacionamento e a troca de idéias e saberes (interação), constituindo assim uma nova consciência capaz de produzir mudanças no ser humano e no mundo.

Menezes (apud MENDES, 1994, p.19), entende que, [...] “a comunicação significa **estar em relação com**, representa a ação de pôr em comum, de compartilhar as nossas idéias, os nossos sentimentos, as nossas atitudes”. Nesse sentido, identifica-se com o processo social básico: a interação. É uma troca de experiências socialmente significativas; é um esforço para a convergência de perspectivas, a reciprocidade de pontos de vistas e implica, dessa forma, certo grau de ação conjugada e cooperação.

As mais diversas ciências apresentam conceitos de comunicação. Para a **Linguística** “A comunicação humana inclui formas de **comunicação verbal** como a fala, a linguagem escrita e a linguagem dos **signos**. Compreende modos não verbais que não invocam a linguagem propriamente dita, mas que constitui, todavia aspectos extremamente importantes de como nós comunicamos. Quando interagimos, fazemos vários gestos – alguns vocalizados e audíveis, outros não vocalizados como formas de movimentação dos olhos, da

face e do corpo. Sejam elas intencionais ou não, esses comportamentos carregam grande quantidade de **significado comunicativo**” (LINDBLOM, 1990 apud MACHADO, 2001, p. 4). Para a **Etologia** a “Comunicação é a **transferência da informação via sinais** enviados num canal entre emissor e receptor. A ocorrência da comunicação é reconhecida pela diferença no comportamento de um reputado receptor em duas situações que difere somente na presença ou ausência do suposto sinal... o efeito de um sinal pode ser prevenir mudança na saída da recepção ou manter um estado comportamental interno específico de prontidão” (HAILMAN, 1977 apud MACHADO, 2001, p.3). Na Ecologia do Comportamento a comunicação é entendida como o “Processo no qual atores usa sinais especialmente construídos ou arranjos para modificar o comportamento de reagentes” (KREBS; DAVIES, 1993 apud MACHADO, 2001, p.4).

Na Enfermagem, numa relação enfermeiro-paciente, a comunicação deverá ser considerada o elemento básico por meio do qual o enfermeiro constrói o relacionamento com o paciente, no sentido de atender suas necessidades básicas (MENDES, 1994). Assim, podemos considerar que, seu relacionamento como fator primordial no relacionamento enfermeiro-paciente, torna-se pré-requisito para o planejamento da assistência do paciente.

4. ELEMENTOS E NÍVEIS DA COMUNICAÇÃO

Os elementos que compõem a comunicação são: o emissor ou transmissor, o receptor ou decodificador, e a mensagem (SILVA, 1996; BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2003).

O emissor ou transmissor é quem emite a mensagem, o receptor ou decodificador é quem recebe a mensagem, e a mensagem é a idéia transmitida, que por sua vez, deverá ter o mesmo significado para o receptor como o tem para o emissor,

para que haja uma comunicação efetiva. Cada elemento é de crucial importância, na falta de um deles, não ocorre a comunicação (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2003).

Para que a mensagem seja transmitida do emissor para o receptor, é necessário ser veiculada por canais, ou seja, os meios para transmitir as mensagens, como, órgãos dos sentidos (visão, audição, tato), e também pela expressão facial (SILVA, 1996).

Como a comunicação é um processo contínuo, o receptor ao receber a mensagem, decodifica-a e retorna-a ao emissor. Este processo chama-se retro alimentação, ou seja, é ela que ajuda a revelar o significado da mensagem que foi recebida (POTTER; PERRY, 2002).

Para Pluckman (apud MENDES, 1994), a comunicação humana não é uma simples transmissão de mensagens verbais e não-verbais do emissor para o receptor, mas sim, a produção de significados. Pode-se considerar então que, não há comunicação se não houver a troca de mensagens significativas, que realmente produzam mudanças de idéias, de comportamentos.

Segundo Potter e Perry (2002), a comunicação poderá ocorrer nos níveis intrapessoal, interpessoal e público. A comunicação intrapessoal ocorre dentro do indivíduo, por meio do falar sozinho ou do diálogo interno, que ocorre tanto conscientemente quanto inconscientemente; a interpessoal, é a interação entre duas ou mais pessoas ou de pequeno grupo, sendo considerável saudável quando permite a redução de problemas, tomada de decisões e crescimento pessoal; e a pública, se dá pela interação com grandes grupos, por intermédio de aulas, palestras, reuniões, etc.

5. FORMAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação pode ocorrer de forma verbal e não-verbal, ou estar junta no processo de interação interpessoal.

Quando falamos, nos expressamos por meio dos movimentos, do tom de voz, da expressão facial, estamos nos comunicando de forma verbal e não-verbal (POTTER; PERRY, 2002). Reconhecer estas formas de comunicação é primordial na interação enfermeiro-paciente. As autoras ressaltam ainda que, a comunicação verbal utiliza a palavra falada ou escrita. Assim, “palavras são instrumentos ou símbolos usados para expressar idéias ou sentimentos, incitar respostas emocionais, ou descrever objetos, observações, memórias ou inferências (p. 217)”. A linguagem é o código utilizado para transmitir o significado da mensagem. A mudança de uma palavra pode mudar todo o significado da frase.

Silva (1996) explica que, a comunicação verbal tem como objetivo expressar (transmitir), clarificar um fato (entender um raciocínio, um gesto, postura), ou validar a compreensão de um fato ou idéia (avaliar a compreensão de alguma coisa). A mesma autora resalta que, para que ocorra a comunicação verbal, o principal ponto a ser considerado é a fala, que deverá ser normal e clara. Quando a fala é defeituosa, a comunicação não se torna efetiva. Considera-se como fala defeituosa, a maneira de falar que distrai a atenção daquilo que se quer transmitir o que geralmente ocorre quando quem transmite a mensagem possui deformações na fala, seja por causas orgânicas (como fenda palatina, problemas auditivos, lesões cerebrais, etc.), ou funcionais (falha na aprendizagem, bloqueios emocionais).

Outro ponto a ser observado na comunicação verbal segundo a autora é o vocabulário, que deve traduzir para o receptor exatamente o mesmo sentido que tem para o emissor, quando isso não ocorre, dizemos que não houve uma comunicação eficaz. Assim, para que ocorra uma comunicação eficaz, é necessária a utilização de um vocabulário compreensível ao receptor como o é ao emissor.

Os significados denotativos e conotativos das palavras, também influenciam na comunicação verbal. Podemos dizer que o significado denotativo é aquele compartilhado pelos indivíduos que usam uma mesma linguagem, ou seja, é usado para definir uma palavra de modo que ela signifique o mesmo para todos. “Já o significado conotativo de uma palavra, reflete o tom ou interpretação do significado da palavra, em vez da definição” (POTTER; PERRY, 2002, p.218).

Além desses pontos, as autoras ressaltam que, o ritmo na mensagem a ser transmitida, a oportunidade e a relevância, ou seja, avaliar uma boa oportunidade para transmitir a mensagem, e o humor, como instrumento de promoção do bem-estar, devem ser observados durante a comunicação verbal.

Tão ou mais importante que a comunicação verbal é a não-verbal, que consiste na “transmissão de mensagens sem o uso da palavra” (POTTER; PERRY, 2002, p. 218). As referidas autoras mencionam que, a comunicação não-verbal é mais importante que a verbal, por transmitir espontaneamente a mensagem a que se destina, pois considera que “[...] os gestos comunicam significados que são mais significativos que as palavras.”

Segundo Silva (1996), a comunicação **não-verbal** pode ser classificada em:

- a) **Cinésia:** postura e expressão do corpo. Ao entendê-las, a comunicação é mais efetiva. As posições e movimentos do corpo classificam-se em: **emblemas** (atos não verbais que traduzem uma mensagem verbal que geralmente não ocorre como os sinais do surdo-mudo, um aceno para quem está longe); **ilustradores** (movimentos que acompanham a fala); **demonstrações de afeto** (aperto de mão); **reguladores** (movimentos sutis que regulam o fluxo de uma conversa) e os **adaptadores**

(adquiridos na infância e são utilizados em situações que se precisa suportar).

- b) **Toque:** pode significar atitude de unir ao outro, perceber o outro ou relação com o outro. Pode ainda significar distância ou envolvimento entre as pessoas que estão se comunicando.
- c) **Territorialidade ou proxêmica:** é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural, entre os participantes de uma interação, por ex.: diferença de status, relações de poder, entre outros; o espaço pode definir o tipo de envolvimento e a comunicação com o outro.
- d) **Paralinguagem:** é qualquer som produzido pelo aparelho fonador, diferentemente das palavras. Estes sinais demonstram sentimentos, atitudes, e variam pelo ritmo da voz, intensidade e entoação, por ex.: “ah”, “er”, “uh”.
- e) **Características físicas:** é a própria aparência do corpo, sua forma. Os objetos usados pela pessoa, também refletem o autoconceito, (jóias, roupas, tipo de carro, etc.), como também de relações mantidas (aliança, anel de graduação, etc.).
- f) **Fatores do meio ambiente:** estão a disposição do próprio ambiente, as características do próprio espaço, como cor, forma e tamanho.
- g) **Tacênica:** é tudo que envolve a comunicação tátil, sendo relacionada ao espaço pessoal, a cultura dos comunicadores, expectativas de relacionamentos, por ex: local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores, etc.

Ainda segundo Silva (1996), a função da comunicação **não-verbal** é reforçar ou substituir o que está sendo dito, contradizer a comunicação verbal, e demonstrar sentimentos. Entendemos assim que, durante o processo de interação interpessoal, a comunicação não-verbal potencializa ou nega as mensagens verbais que estão sendo transmitidas. O enfermeiro que as percebe e as compreende, é capaz de determinar as necessidades do cliente, e planejar com mais eficiência os cuidados de enfermagem.

Segundo Potter e Perry (2002), alguns elementos da comunicação não-verbal merecem destaque, como:

- **Metacomunicação:** é a mensagem que é transmitida dentro de outra, e que transmite a atitude do emissor com relação a si mesmo, bem como a mensagem, atitudes, sentimentos e intenções para com o ouvinte. Por exemplo, quando o cliente declara para o enfermeiro, “Eu sei que as coisas estão ficando melhores”, e o enfermeiro percebe lágrimas nos seus olhos e uma expressão de sofrimento. O verdadeiro significado da mensagem que está sendo transmitida deverá ser investigado pelo enfermeiro.
- **Aparência Pessoal:** a aparência pessoal transmite muitas vezes a impressão sobre a personalidade e o autoconceito das pessoas. Os enfermeiros devem estar atentos a este tipo de comunicação, e estimular os pacientes a um sentimento de valorização, se possível permitir que eles vistam suas próprias roupas, pois geralmente roupas hospitalares são monótonas e modeladas para a doença. Não só a aparência pessoal dos pacientes deve ser trabalhada, mas também a da equipe que com ele se relaciona. O uso

de uniforme branco e limpo transmite ao paciente a sensação de limpeza e competência, porque geralmente é esta imagem que o paciente faz de um profissional competente. Observamos, porém que, em pediatria o uso de uniforme branco muitas vezes dificulta a interação da equipe de saúde com o pequeno paciente, pela relação que ele faz da roupa branca com as situações de dor vivenciadas por ele no ambiente hospitalar. Por isso, geralmente são adotados jalecos coloridos, numa tentativa de facilitar esta interação.

6. COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA ENFERMAGEM

A comunicação terapêutica é a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à auto-realização (SILVA, 1996).

Rodrigues (1991, 1995, citada por NEGRINE; RODRIGUES, 2000) relata que a comunicação terapêutica é vista como um processo por meio do qual uma pessoa tenta conscientemente ajudar a outra a aumentar sua capacidade adaptativa.

A comunicação terapêutica permite uma interação entre enfermeira e paciente, e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência. O uso da comunicação terapêutica pela enfermeira aumenta a aceitação e a compreensão do paciente quanto à realização dos procedimentos, diminuindo a necessidade (POTTER; PERRY, 2002).

A comunicação é de suma importância na prática de enfermagem, pois permite ao profissional estabelecer um

relacionamento de trabalho com os pacientes, ajudando-os a suprir suas necessidades em relação à saúde (POTTER; PERRY, 2002). As mesmas autoras assinalam que por intermédio da comunicação são criadas condições, para que o profissional de enfermagem efetive mudanças, no intento de promover o bem-estar do paciente.

Desenvolver as habilidades de comunicação é de fundamental importância para os profissionais da área de saúde, em especial os enfermeiros, que devem conhecer o significado das mensagens enviadas pelo paciente para então elaborar um plano assistencial adequado para atender as necessidades do mesmo.

Os profissionais de saúde não devem esquecer que suas mensagens não são interpretadas apenas pelo que fala, mas também pela forma como se comportam. Dessa forma podemos tornar nossa comunicação mais efetiva ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no que diz respeito à proximidade, postura, toque e o contato visual (SILVA, 1996).

Nesta perspectiva Bittes Júnior e Matheus (2003) afirmam que, a comunicação em enfermagem pode ser vista como uma necessidade humana básica, uma competência que o enfermeiro deve utilizar para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional. Desse modo a comunicação deve ser reconhecida pelos enfermeiros como arte e responsabilidade, para que melhor possam assistir o paciente.

Stefanelli (1993) acrescenta que a comunicação deve ser considerada como uma competência interpessoal a ser conquistada pelo enfermeiro, que empregada de modo terapêutico, possibilitará o atendimento do paciente em todas as suas dimensões.

Na Enfermagem a comunicação está presente em todas as suas ações, influenciando diretamente a qualidade da

assistência prestada aos que necessitam de seus cuidados e a interação enfermeiro paciente. Neste contexto, Barcellos e Camponogara (2001) afirmam que a interação enfermeiro paciente é única, nenhuma outra estrutura de interação pode oferecer ao paciente uma fonte mais potente de apoio: um fundamento profissional instruído e uma aceitação humana, atenciosa como uma pessoa de valor e dignidade.

Os enfermeiros não devem esquecer na sua prática, que a comunicação verbal precisa estar associada à comunicação não-verbal, confirmando o exposto verbalmente pela pessoa. Dessa maneira pode-se dizer que há coerência entre ambas, demonstrando uma efetividade na comunicação. Conforme Potter e Perry (2002), o profissional no intento de auxiliar o paciente, deve estar ciente de seus valores, sentimentos e atitudes em relação a este, aprendendo a comunicar-se com ele de modo adequado, já que, aquilo que o profissional pensa ou sente em relação ao indivíduo será transmitido não verbalmente. Isso significa que o enfermeiro não deve negar qualquer sentimento negativo que possa ter em relação a um paciente, dominando, porém, a maneira de expressar seus sentimentos em relação ao mesmo, não o condenando ou censurando.

Na prática da Enfermagem, a comunicação verbal, expressa por meio da linguagem escrita focaliza-se nas funções de fazer relatórios e registros. Esses registros devem conter vocabulário científico, precisão e exatidão ao descrever um acontecimento relativo ao paciente, para permitir uma comunicação efetiva entre os membros das equipes de enfermagem e saúde. As anotações de enfermagem são julgadas como importantes porque são documentos que auxiliam no planejamento, continuidade e avaliação do paciente.

A comunicação como processo colabora na qualidade das relações de trabalho seja com a equipe de saúde, seja no

registro das atividades de enfermagem, na assistência ao paciente, família e comunidade, além de evitar que barreiras de comunicação comprometam a eficiência do processo de cuidar do próprio exercício de enfermagem (BITTES JUNIOR; MATHEUS, 2003).

Nas etapas do processo de enfermagem, o profissional utiliza técnicas de comunicação, pois, está coletando, assimilando e transmitindo informações constantemente. Esse processo fornece uma base de elementos confiáveis para a prestação de uma assistência de boa qualidade, mas poderá ser interrompida se o profissional não utilizar a comunicação terapêutica (POTTER; PERRY, 2002).

No desenvolvimento do processo terapêutico existem técnicas de comunicação terapêutica que facilitam a interação enfermeiro-paciente. Para Stefanelli (1993), as técnicas não existem para serem usadas mecanicamente. Ao utilizá-las o enfermeiro deve considerar cada uma delas particularmente para cada situação específica. O enfermeiro por interagir com o paciente com uma maior frequência do que os demais profissionais da área de saúde precisa estar mais atento ao emprego das técnicas de comunicação terapêutica como facilitador no processo de interação com o paciente. De acordo ainda com mesma autora as técnicas de comunicação podem ser classificadas em três grupos de expressão, de clarificação e de validação.

No **grupo de expressão** estão organizadas as técnicas que ajudam à descrição da experiência e a expressão de pensamentos e sentimentos sobre ela. Nesse grupo encontram-se as seguintes técnicas: usar terapêuticamente o silêncio; ouvir reflexivamente; verbalizar a aceitação; verbalizar interesse; usar frases incompletas; repetir as últimas palavras ditas pelo paciente; fazer pergunta; desenvolver a pergunta feita; usar frases descritivas; manter o paciente no mesmo assunto; permitir ao

paciente que escolha o assunto; colocar em foco a idéia principal; verbalizar dúvidas; dizer não; estimular expressão de sentimentos subjacentes; e o uso terapêutico do humor.

o **grupo de clarificação** estão às técnicas que ajudam a esclarecer o que for expresso pelo paciente, entre elas podemos citar: estimular comparações; solicitar que esclareça termos comuns; solicitar ao paciente que precise o agente de ação; e descrever os eventos em seqüência lógica.

No **grupo de validação** as técnicas permitem a existência de significação comum do que é expresso, e são apresentadas como: repetir a mensagem do paciente; pedir ao paciente para repetir o que foi dito; e sumarizar o conteúdo da interação.

As técnicas de comunicação terapêutica são instrumentos que contribuem para a excelência da assistência de enfermagem e permitem o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico entre enfermeiro-paciente. Com este relacionamento o enfermeiro permite ao paciente a expressão de percepções, pensamentos e sentimentos e relacioná-los com ações observadas e relatadas (STUART; LARAIA, 2002).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da aproximação com o tema, percebe-se que o processo de comunicação é essencial em todos os momentos da vida. A comunicação, sem dúvida, é uma ferramenta utilizada em todas as ciências, no dia-a-dia, e na Enfermagem, a qualidade da assistência é definida em função da habilidade do profissional em organizar as informações a partir do processo de interação com o cliente. Para utilizar a comunicação como um instrumento básico de enfermagem deve-se conhecê-la nas suas diversas formas (verbal, não verbal e para-verbal), a fim de implementar uma assistência com qualidade.

REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, V. R.; CAMPONOGARA, S. O uso da comunicação não-verbal no cuidado ao paciente cardiopata: percepções da equipe de enfermagem. In: COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria:UNIFRA, 2001. 232p. p.53-72.
- BERSBUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe – Instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para o cuidado da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BITTES JUNIOR, A. B.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação como instrumento básico em enfermagem. In: **instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. Cianciarullo, T.I. São Paulo: Atheneu, 2003.
- CHRISTENSEN, P. J. Assessment: overview of data collection. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, framework and models**. 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986. p. 57-67 (v.I)
- CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para o cuidado da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- FERREIRA. A.B.H. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- GARCIA, T. J. M.; AUGUSTOS, D. Aplicação do processo de comunicação pela enfermeira obstétrica. **Rev. Novas Dimensões**. V. 4, n. 6, nov./dez., p.303-307.
- GELAIN, I. O significado do “Êthos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.5, n.1/4, p. 14-25, jan./dez., 1992
- MACHADO, I. **Comunicação, um problema semiótico?** Disponível em: <http://www.uff.br/mestc/Irene_1.htm>. Acesso em: 14 set. 2004.
- MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.
- NEGRINI, M. R.; RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento terapêutico enfermeiro paciente junto a mulheres mastectomizadas. **Revista o Mundo da Saúde: cuidar em saúde**. São Paulo, v. 24, n. 4, julho/agosto 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática**: clínica e prática hospitalar. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente, 1996.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente teoria e ensino**. São Paulo: Robe editorial, 1993.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Reichman e Affonso, 2002.

CAPÍTULO 9

Mensuração: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem

KENYA DE LIMA SILVA
ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
MARIA MIRIAN LIMA DA NÓBREGA
WILMA DIAS DE FONTES

APRESENTAÇÃO

Na Enfermagem a mensuração é referenciada por alguns autores como a validação da observação. Esse capítulo apresentará uma revisão bibliográfica das diversas formas de mensuração em cada um dos clientes da Enfermagem: o indivíduo, a família e a comunidade. Na comunidade o enfermeiro pode mensurar dados subjetivos (aparência da área, limpeza do local, etc.) e dados objetivos (população, número de casos de doenças, etc.); na família os dados podem mensurados com o auxílio de instrumentos direcionados a conceitos existentes em teorias, relacionados a necessidades, estressores, etc.; o indivíduo como cliente que historicamente faz parte desse cuidar pode ter seus dados mensurados por meio dos processos do exame físico (inspeção, percussão, palpação e ausculta). Conclui-se que a mensuração é indispensável para que o enfermeiro possa confirmar sua

observação, determinando a necessidade do paciente, além de proporcionar-lhe autonomia e auxiliá-lo sua capacidade de julgar e determinar o planejamento de sua assistência. Este capítulo tem como objetivo enfatizar a mensuração como instrumento do cuidar em enfermagem em todos os seus clientes, a comunidade, a família e o indivíduo.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O homem vive num mundo recheado de formas, tamanho, qualidade, ritmo, frequência, sensações, sons e inúmeros outros estímulos. A necessidade de dominar e controlar tudo que o cercava o fez um observador. Porém, observar de modo puro e simplesmente não era suficiente para ele, era necessário sentir, tocar, dar dimensões aos objetos. Erthal (1993) refere que diante dessa necessidade, o homem primitivo começa a ter uma visão mais acurada do mundo e sente que é preciso controlar o tempo, as estações, determinar os dias, e começa a mensurar.

Porém, compreendeu que era necessário identificar a duração do dia e da noite, as estações do ano, entre outros, e desenvolveu instrumentos para contribuir com sua aferição. Com a evolução das civilizações a mensuração transformou-se numa habilidade cada vez mais complexa, em que os requisitos humanos, de percepção não eram mais suficientes. Era necessária a precisão no que se media.

O desenvolvimento tecnológico fez com que o homem aprimorasse cada vez mais seus instrumentos, criando aparelhos mais sofisticados e precisos. Hoje, para aferir algo são necessários aparelhos específicos e de precisão minuciosa, escalas validadas, além do auxílio das ciências exatas, as quais são imprescindíveis para confirmar os índices mensurados.

A Enfermagem, enquanto ciência do cuidar, que necessita de um leque de conhecimentos e habilidades para

desenvolver a assistência, também precisa mensurar para poder cuidar. Assim o cuidado é prestado com qualidade, direcionado às necessidades a fim de contribuir com a recuperação de quem é assistido. Contudo, é preciso que o mesmo ocorra de forma sistemática, por intermédio do processo de enfermagem, sendo desenvolvido em cinco fases: o levantamento de dados (histórico de enfermagem), o diagnóstico de enfermagem, o planejamento da assistência, a implementação da assistência e a avaliação. A primeira fase, a coleta de dados, é o momento em que o enfermeiro interage com paciente, é nessa fase que ela observa e mensura as informações e as condições do paciente para guiar a assistência.

Horta et al. (1971) citaram que para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem eficaz e eficiente são necessários ao enfermeiro os seguintes instrumentos básicos do cuidar: a observação, a comunicação, a criatividade, o trabalho em equipe, o planejamento, a avaliação, o método científico e a destreza manual. As autoras já enfatizavam a necessidade de se desenvolver o cuidado de enfermagem utilizando a destreza manual, ou seja, a habilidade das mãos como instrumento de trabalho indispensável para a prática do cuidar. Outro instrumento básico citado era o conhecimento científico, o qual aliado à destreza manual dar ao enfermeiro autonomia e capacidade para julgar o estado do paciente, conduzindo ao planejamento da assistência.

Porém, esse trabalho irá estabelecer como instrumentos básicos do cuidar a classificação de Christensen (1986a), que determina três instrumentos básicos: a interação, a observação e a mensuração. Para a referida autora mensuração é uma forma de observar, onde os dados são identificados de forma mais precisa.

Du Gas (1984) refere que mensurar é uma forma de validar a observação, utilizando além de instrumentos

específicos de aferição específica, os sentidos do tato, olfato, audição e visão para determinar quantidade, ritmo, frequência, extensão entre outras características do que é mensurado.

Griffith-Kenney e Chirstensen (1986) referem que a Enfermagem utiliza-se desse instrumento para coletar informações em três clientes específicos: o indivíduo, a família e a comunidade. Devido à especificidade de cada um, faz-se necessário que o profissional utilize diferentes formas para mensurar as respostas dos mesmos ao processo saúde-doença e assim identificar o foco do problema para então intervir.

2. A MENSURAÇÃO E OS CLIENTES DA ENFERMAGEM

Para que a Enfermagem preste seus cuidados é necessário antes conhecer quem ela vai cuidar. Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) referem que é indispensável ao enfermeiro dispor de dados que identifiquem as necessidades dos pacientes/clientes para que estas sejam satisfeitas. Contudo, é preciso quantificar cada necessidade encontrada e determinar se a mesma esta afetada ou não, e necessitando de suas intervenções. Para isto, o enfermeiro dispõe da mensuração e inúmeros instrumentos de aferição que contribuem com essa atividade. Neste capítulo iremos nos deter nas formas de mensuração em cada cliente da Enfermagem, iniciando pelo maior dos clientes, tanto em números quanto extensão, a comunidade.

3. COMUNIDADE

Sommerville (1986) refere que a palavra comunidade é frequentemente utilizada numa variedade de contextos. Clark (apud SOMMERVILLE, 1986) define comunidade como um grupo de pessoas entre as quais existe algum tipo de laço, interação entre elas e funções coletivas que atendem a um interesse comum.

Du Gas (1984) refere que cada comunidade possui seus problemas específicos, diante disso, fez-se necessário ao enfermeiro conhecer a comunidade na qual atua, uma vez que as diferenças variam entre ricos e pobres, entre a zona urbana e a rural, e tantas outras diferenças. Porém, o enfermeiro tem como papel fundamental no trabalho com a comunidade a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Contudo, para que ela desenvolva ações de prevenção e promoção é necessário dispor de informações referentes à comunidade. Smeltzer e Bare (2002) referem que diversos instrumentos foram criados para facilitar esse processo. Por meio dos instrumentos coletam-se informação sobre os hábitos de saúde da comunidade, o estilo de vida, número de habitantes, informações sobre sexo, raça, idade, índices das doenças mais frequentes e de mortalidade, entre outros.

Sommerville (1986) refere que podemos identificar dois tipos de dados na comunidade os subjetivos e os objetivos.

Dados Subjetivos – são aqueles identificados por meio da percepção (visão, tato, olfato, audição).

- ✓ Ex: Qual a aparência física da área?
- ✓ Pode-se ouvir o cantar dos pássaros?
- ✓ Há odores de esgotos no centro da cidade?

Dados Objetivos – são referentes às informações que caracterizam a localidade. Segundo Barden (apud SOMMERVILLE, 1986), eles são distribuídos em três categorias: dados espaciais, dados demográficos e identificação do meio.

Dados Espaciais – são referentes às características geográficas da localidade: rios, relevo (montanhas, planícies, etc.), altitude, latitude, temperatura, umidade entre outros.

- ✓ Ex: Altitude – 300m acima do nível do mar
- ✓ Temperatura – oscilando entre 20-25°C

Dados Demográficos – compreendem informações que descrevem e identificam a população, idade, sexo, raça, status sócio-econômico, ocupação, educação, saúde, etc.

- ✓ Ex: População – 17.500 hab
- ✓ Ocupação: 50% da população são funcionários públicos
- ✓ Número de casos de Tuberculose/ano – 02 casos/ano
- ✓ Índices de acidentes de trânsito – 30 acidentes/ano

Identificação do Meio – refere-se a existência de vantagens para facilitar a vida da comunidade. Por exemplo: pesquisas de adequação ou inadequação da distribuição da água, dos transportes, do sistema de eletrificação, serviço de segurança, escolas, shopping, acessos a serviços de saúde, etc.

- ✓ Ex: Número de escolas de ensino fundamental existentes na cidade: 3 municipal; 2 particulares; 1 estadual
- ✓ Número de policiais por habitante: 1 policia para cada 100 hab.

4. FAMÍLIA

Apesar de todas as mudanças ocorridas na sociedade, a família ainda é a unidade mãe da sociedade, na qual os indivíduos crescem e se desenvolvem. Sendo um ambiente importante para a promoção da saúde e a prevenção das doenças dos indivíduos, membros desta família. Portanto, local para realização das intervenções de enfermagem, por

necessitarem de apoio físico e emocional (POTTER; PERRY, 2002; LOVELAND-CHERRY, 1996).

A literatura apresenta várias definições sobre família. Fawcett (apud POTTER; PERRY, 2002, p.14) refere que a família “[...] é um grupo de indivíduos que interagem formando uma unidade básica da sociedade.” Delaney (1986) define família como um sistema dinâmico de dois ou mais indivíduos, que possuem uma história, objetivos comuns, obrigações, estão juntos por laços afetivos e por um extenso grau de intimidade.

O enfermeiro enquanto, profissional que cuida, também direciona seu cuidar a família. Hanson e Mischke (1996) referem que há inúmeros instrumentos citados na literatura para levantamento dos dados da família, os quais foram desenvolvidos por profissionais de diversas áreas e com diferentes enfoques. A psicologia enfoca a interação entre os membros da família; na sociologia enfatiza-se a satisfação com o casamento, tomadas de decisões e definições de papéis, entre outros. Segundo as autoras, alguns enfermeiros também têm desenvolvido instrumento que podem ser usados para coleta dados na família. Contudo, a limitação tem sido atribuída a validade psicométrica destes instrumentos. Entretanto, utilizando instrumentos validados, ou construídos é necessário que o enfermeiro encontre dados suficientes junto à família que assiste, para poder planejar uma assistência de qualidade e intervir de forma eficaz.

Segundo Delaney (1986), os dados referentes à família, quando coletados pelo enfermeiro ganham diferente ênfases, podendo ser relacionados à política, valores pessoais, auto-percepção, entre outros, ou expandir-se de acordo com a necessidade de cada família, direcionando-se para a identificação (identificação de cada membro); origem da família (onde cada membro nasceu); extensão dos membros da família (avós, tios, sobrinhos, entre outros).

Quando o enfermeiro usa um guia para coletar dados, estes podem ser organizados sistematicamente, para clarear e facilitar o processo. Com isso, a identificação dos dados na família, pode ser direcionada aos conceitos existentes nas teorias (necessidades humanas básicas, estressores, entre outros).

Por exemplo: Necessidades Humanas Básicas.

Psicobiológica: ambiente – número de cômodos por pessoas; presença de fossa, etc.

Psicossociais: amor e gregária – forma de relacionamento entre os membros.

Comunicação: forma como conversam, o tempo que passam conversando.

Alguns dados comumente mensuradas na família são: número de refeições diárias; número de visitas ao médico e ao dentista; peso de cada membro da família; renda familiar; despesas da família; número de cômodos por pessoa; número de vezes que um membro interrompe o outro ao falar; número de vezes que um membro fala pelo outro; número de gestações; número de horas por semanas que gastam com atividade; etc.

5. INDIVÍDUO

O indivíduo é um cliente que historicamente faz parte do cuidar da Enfermagem. Porém, a Enfermagem hoje não analisa o indivíduo como um ser isolado, mas, que recebe influencia de todo o contexto. Os dados coletados nessa clientela referem-se a sua história, seu estado fisiológico, psicológico, sócio-cultural e espiritual (CHRISTENSEN, 1986b).

Com a utilização do processo de enfermagem, faz-se necessário que a coleta de dados no indivíduo seja organizada de forma sistemática e com um instrumento previamente construído, o qual deve utilizar como base uma teoria ou

modelo teórico de enfermagem, que seja capaz de atender as necessidades do cliente. Pois, existem inúmeras teorias com diferentes enfoques (Horta – Necessidades Humanas Básicas; Newman – Estressores; Roy – Sistema de Adaptação, Orem – Autocuidado, entre outro), sendo imprescindível a escolha de um modelo teórico ou de uma teoria que se adeqüei as condições do cliente.

Munido do instrumento o enfermeiro terá que dispor de habilidades técnica para apreender os dados do cliente por meio da observação e mensuração. No indivíduo estes dados podem ser captados com a realização do exame físico, o qual valida as observações realizadas pelo enfermeiro.

O exame físico é parte integrante da avaliação de enfermagem, e abrangente condições físicas e o funcionamento dos órgãos do indivíduo. Esse processo requer do enfermeiro a utilização da percepção (visão, tato, olfato, audição), com o auxílio de instrumentos. Para que o profissional possa ter precisão no que mensura é necessária a utilização de alguns aparelhos específicos (estetoscópio, esfigmomanômetro, fita métrica, termômetro, balança antropométrica, oftalmoscópio, etc.), e outros materiais que contribuem com o processo do exame (espátula, agulhas, chumaço de algodão seco e embebido em álcool, garrote, lanterna, martelo de reflexos, etc.) (POTTER; PERRY, 2000; SMELTZER; BARE, 2002).

Autores como Potter e Perry (2002); Smeltzer e Bare (2002); Atkinson e Murray (1989); Du Gas (1984) referem a presença de alguns requisitos necessários para realização do exame físico:

- Solicitar a colaboração do paciente;
- Respeitar a privacidade do paciente;
- Permitir que o paciente fique relaxado e confortável;

- Explicar sobre os procedimentos que serão realizados;
- Realizar o exame no sentido céfalo-caudal;
- Iniciar o exame pelo lado não afetado, em órgãos pares (ouvidos, olhos, rins, outros);
- Monitorar a expressão facial do paciente em relação a manifestações de dor ou desconforto;
- Evitar interrupções e/ou interferências;
- Evitar comentários e expressões acerca dos problemas encontrados;
- Local deve possuir iluminação adequada (homogênea e sem sombras);
- Expor totalmente só a parte do corpo a ser examinada.

No intuito de evitar lesionar a pele do paciente, ou provocar desconfortos, é necessário que o examinador mantenha as mãos aquecidas e as unhas curtas.

A utilização dos sentidos requer do enfermeiro habilidades técnicas e perícia. Para tanto utiliza quatro processos fundamentais na realização do exame físico: inspeção, palpação, percussão e ausculta (POTTER; PERRY, 2000; SMELTZER; BARE, 2002; ATKINSON; MURRAY, 1989; DU GAS, 1984).

Inspeção é a etapa fundamental do exame físico. Smeltzer e Bare (2002, p.878) referem que o poder de observação é um dom que tem de ser cultivado. É o ato de observar e inspecionar. É um método que utiliza o sentido da visão para realizar avaliação quanto ao tamanho, aparência, coloração, simetria, posição e deformidades existentes no corpo humano.

Ao inspecionar o profissional utiliza dois métodos: a *inspeção estática*, que é realizada com o paciente em repouso. E a *inspeção dinâmica*, nela o examinador observa os movimentos corporais do paciente (deambulação – marcha, postura) e as alterações presentes nos mesmos.

No primeiro contato com o paciente faz-se uma *inspeção geral*, em que o enfermeiro observa o estado de saúde, estado nutricional e de hidratação, nível de consciência, estatura, postura, atividade motora, cor da pele, higiene pessoal, humor, tipo de fala, entre outros. A *inspeção específica* é realizada no exame dos diversos aparelhos.

Palpação é a utilização do sentido do tato com o objetivo de explorar a superfície corporal por meio da *palpação superficial*, com uma pressão de aproximadamente 1 cm de profundidade, que ocorre de modo suave, vagaroso e delicado; os órgãos internos são investigados por meio da *palpação profunda*, onde a mão faz uma pressão de aproximadamente 2,5 cm na região palpada.

A palpação confirma dados da inspeção e permite a obtenção de novos indícios como alteração da textura da pele (ressecada, úmida, etc.); do tamanho; da forma; da consistência (rígida, flácida); da sensibilidade (térmica; dolorosa); da elasticidade; da posição; da característica de alguns órgãos (visceromegalia); da resistência muscular; da presença de massas, nódulos e outras características. Existem várias técnicas de palpação, sua escolha depende do local a ser examinado e do que se pretende investigar.

As técnicas de palpação segundo Epstein (1998); Porto (1987) e Cróquer (1987) são:

- Mão espalmada usando-se toda a palma de uma ou de ambas as mãos (Ex: exame do abdome).
- Mão em garra (palpar a musculatura de braços e pernas).

- Mão espalmada usando-se apenas as polpas digitais e a parte ventral dos dedos (palpação de gânglios axilar).
- Palpação com o dorso dos dedos (ex: avaliar temperatura).
- Uma das mãos superpondo-se à outra (ex: palpação profunda do abdome).
- Em pinça, formada pelo polegar e indicador (ex: palpação do lábio).
- Digitopressão: comprime-se uma área com a polpa do polegar ou indicador (Ex: palpação do ouvido ou região óssea).
- Palpação bimanual (uma das mãos aproximada a estrutura a ser examinada e a outra realiza a palpação – ex: fundo de útero).
- Palpação bimanual combinada, com o dedo indicador e médio palpa-se a região-alvo e com a outra mão faz compressão externa dessa região para facilitar a palpação (Ex: palpação das glândulas salivares).

Palpação com uso de material:

- Puntipressão (uso de uma agulha sem ponta ou outro material neste formato para despertar a sensibilidade dolorosa).
- Vitripressão (uso de uma lâmina de vidro pressionando a região-alvo para diferenciar eritema de púrpura).
- Fricção com algodão (pressão com um chumaço de algodão sobre a pele, para detectar presença de sensibilidade tátil).

Percussão é uma habilidade que requer perícia e é difícil de ser aprendida. Consiste na utilização do sentido do tato para o golpeamento leve de uma área a ser pesquisada, utilizando-se a parte ulnar dos dedos (percussão dígito-digital); ou percussão com a borda cubital da mão ou com instrumento próprio, originando sons vibratórios, os quais são interpretados pelo sentido da audição. A percussão é utilizada principalmente para delimitar os órgãos, detectar coleções de líquido ou ar e perceber formações fibrosas teciduais.

A percussão pode ser realizada levemente golpeando-se diretamente a estrutura percutida, neste caso denominado de percussão direta, que é feita utilizando-se um ou dois dedos diretamente sob a pele. A percussão indireta ou dígito-digital é realizada pressionando-se o dedo médio da mão não dominante (plexímetro) sobre a área a ser percutida, enquanto, que o dedo indicador da outra mão a dominante (plexor), golpeia a falange distal com movimentos rápidos e repetidos. Somente o dedo médio deve comprimir a área percutida, evitando o abafamento do som pelos outros dedos (SMELTZER; BARE, 2002; PORTO, 1987).

Outra forma de percussão é com a região cubital da mão fechada (punho percussão de Murphy – ex: percussão renal) ou com a mão aberta (percussão com a borda da mão). A percussão também pode ser feita utilizando as duas mãos, conhecida por percussão de piparote, na qual uma das mãos golpeia o abdome com piparote (golpe com a região dorsal do dedo indicador) e a outra mão espalmada capta a presença de vibrações produzida pelo golpe. Ex: percussão para detectar presença de ascite (PORTO, 1987; CRÓQUER, 1987).

O som produzido na percussão tem características próprias quanto à intensidade, o timbre e a tonalidade, refletindo a densidade da superfície subjacente. Quanto mais densa é a área percutida, menos discernível e mais breve será

o som. O som é influenciado pela espessura da parede e pela natureza das estruturas subjacentes. A tonalidade do som produzido no local da percussão varia entre som timpânico, ressonância, hiperressonância, submacicez e macicez (POTTER; PERRY, 2000; SMELTZER; BARE, 2002; PORTO, 1987).

O som *timpânico* é o som produzido pela percussão de cavidades fechadas que contém ar, como o estômago. A *ressonância* é o som característico do pulmão com ar. A *hiperressonância* é o som produzido ao percutir o pulmão hiperinflado. O som *maciço* é obtido quando se percutem regiões sólidas, desprovidas de ar, como baço, fígado, rins e músculos; o som *submaciço* decorre da percussão de regiões relativamente densas, com quantidade restrita de ar, como a região de transição entre o parênquima pulmonar e um órgão sólido.

Ausculta consiste processo de ouvir sons ou ruídos produzidos pelos órgãos. Esses sons são decorrentes de vibrações produzidas pelo ar nas estruturas ocas dos órgãos. A vibração sonora pode ser captada diretamente pelo ouvido do examinador (ausculta direta), ou com auxílio do estetoscópio (ausculta indireta), outro aparelho específico utilizado na ausculta indireta, de batimentos cardíacos fetais é o pinar manual ou eletrônico (sonar). A ausculta é geralmente usada para avaliar ruídos respiratórios normais e patológicos, bulhas cardíacas normais e suas alterações, ruídos do trato gastrointestinal.

Os tipos de sons variam de acordo com o órgão auscultado. Segundo Potter e Perry (2002) e Potter (2002), os sons são caracterizados quanto a frequência, sonoridade, qualidade do som, duração ou extensão.

Frequência – número de ondas geradas pela vibração no período de 1 segundo. Quanto maior a frequência maior a ausculta.

Sonoridade ou altura – é a amplitude da onda produzida pela vibração. Sons que produzem altas amplitudes de ondas produziram níveis intensos de ruído.

Qualidade – é o que distingue sons com baixa frequência e sonoridade semelhante, permite distinguir sibilos dos sopros diastólico.

Duração – período de tempo em que duram as vibrações sonoras, as quais podem ser abafadas pela resistência do tecido em atrito das estruturas. Pode ser curta, média ou longa.

Olfato – por consistir na capacidade de sentir os odores do meio, é também uma importante avaliação a ser feita, pois, o enfermeiro deve estar familiarizado com os odores do corpo, a fim de detectar condições de falta de higiene, presença de processos infecciosos em abscessos, condições patológicas graves (cetoacidose diabética), entre outros tantos odores (POTTER; PERRY, 2002). Portanto, é um importante meio de mensuração das respostas do indivíduo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar em enfermagem é algo complexo. Diante disso, é necessário que o enfermeiro disponha de conhecimentos nos diferentes campos das ciências, e de instrumentos específicos que facilitem a guiar a prática profissional. Estes instrumentos são considerados por alguns autores (CHRISTENSEN, 1986a; HORTA et al., 1971) como instrumentos básicos para o cuidar em enfermagem, e estando o profissional munido destes, proporcionam a autonomia e a capacidade para julgar e determinar o planejamento das ações.

A mensuração como parte desses instrumentos, é indispensável para que o enfermeiro confirme sua observação, uma vez que é por meio do processo de aferição que se consegue ter idéia do real. Isso determina o quanto uma necessidade encontra-se afetada, como também dá ao enfermeiro condições de determinar o quanto o paciente necessita de sua ajuda e o quanto ele pode se autocuidar.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem:** introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- CHRISTENSEN, P. J. Assessment: data collection of the individual client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process:** application of theories, framework and models. 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986b. p. 68-86 (v.I)
- CHRISTENSEN, P. J. Assessment: overview of data collection. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process:** application of theories, framework and models. 2. ed. St. Louis: Mosby Company, 1986a. p. 57-67 (v.I)
- CRÓQUER, F. J. **O exame físico:** técnica de exploração. Barcelona: Pancast, 1987.
- DELANEY, L. L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process:** application of theories, framework and models. 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986p. 68-86 (v.I)
- DUGAS, B. W. **Enfermagem Prática.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
- EPSTEIN, O. et al. **Exame clínico.** Porto Alegre: Artemd, 1998.
- ERTHAL, T. C. S. **Manual de psicometria.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p.111-16.
- GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process:** application of theories, framework and models. 2 ed. St. Louis: Mosby Company, 1986. p. 12; 60 (v. I)

HANSON, S. M. H. MISCHKE, R. B. Family health assessment and intervention. In: BOMAR, P. J. **Nurses and family health promotion:** concepts, assessment and intervention. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. p.165-87

HORTA, W. A.; et al. O ensino dos instrumentos básicos da enfermagem. Rio de Janeiro, **Rev. Bras. Enf.** ano.24, n. 3; 4, p.159-69, abr./jun. 1971.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LOVELAND-CHERRY, C. L. Family health promotion and health protection. In: BOMAR, P. J. **Nurses and family health promotion:** concepts, assessment and intervention. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996. p.22-35

PORTO, C. C. **Exame clínico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.59-81

POTTER, P. A. **Semiologia em Enfermagem.** 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática:** clínica e prática hospitalar. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. (V 1).

SOMMERVILLE, B. L. Assessment: data collection of the community client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process:** application of theories, framework and models. 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986.p. 100-123 (v. I).

CAPÍTULO 10

Observação: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS
KENYA DE LIMA SILVA
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA
WILMA DIAS DE FONTE

APRESENTAÇÃO

A observação é considerada uma habilidade específica, que é utilizada para induzir a solução de problemas. Na Enfermagem a mesma é descrita por Horta como um instrumento básico que auxilia o cuidar. Esse capítulo traz uma revisão bibliográfica da observação, com os meios utilizados na realização da mesma, a participação do observador, o número e o lugar onde se realiza a observação. Destaca-se que esta é um processo considerado fundamental para a prática da Enfermagem, mas requer habilidades e perícia por parte de quem observa, pois observar não é uma tarefa fácil, e não se aprende nos livros. Este capítulo tem como objetivo descrever a observação como instrumento básico que auxilia a Enfermagem na assistência à clientela.

1. INTRODUÇÃO

Desde o nascimento, o homem faz observação. É um procedimento antigo que requer uso de técnicas utilizando os órgãos dos sentidos (olfato, audição, visão, gustação e tato), ou seja, observar é perceber tudo o que nos rodeia, como faz referência Ferreira (1986) é o ato ou efeito de observar. Um exemplo bem primitivo da capacidade da observação é referido quando o homem pré-histórico começou a observar o que acontecia quando havia o atrito de duas pedras, em contato com folhas secas, dando origem à faísca e, conseqüentemente, a origem do fogo, mas para isso acontecer foi preciso aperfeiçoar o sentido da percepção.

A necessidade de acompanhar a evolução do mundo globalizado fez com que o homem adapta-se seu ritmo ao freqüente progresso que passa a humanidade neste novo milênio. Contudo, para que ocorra o domínio do conhecimento é precisa ser mais que um mero participante do processo é necessário sentir e pensar com agilidade tornando-se um observador assíduo, como faz referência Erthal (1993, p. 35), ao afirmar que a “simples constatação de um fato como se apresenta ao indivíduo, é uma observação”.

A Enfermagem enquanto arte e ciência do cuidar envolve um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, por meio dessa troca de energia ocorre uma permuta de informações e sentimentos entre os seres envolvidos nessa interação. Esse processo de cuidar ou processo de enfermagem, entendido por Garcia e Nóbrega (2001), como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, como a clientela responde aos problemas de saúde, apresenta-se em cinco fases: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação.

Para uma assistência eficiente Horta et al. (1971), citam que são necessários os seguintes instrumentos básicos do cuidado: a observação, a comunicação, a criatividade, o trabalho em equipe, o planejamento, a avaliação, o método científico e a destreza manual. Enquanto, Orlando (1978) refere-se a quatro práticas básicas para a Enfermagem: a observação, o relatório e a anotação. Griffith-Kenney e Christensen (1986) referem como instrumentos básicos: a interação, a observação e a mensuração. Já, Cianciarullo (2000) refere que o termo instrumento básico usado na Enfermagem caracteriza-se por conhecimentos e habilidades específicas da profissão, de modo sistematizado, direcionado para a solução de problemas de saúde do indivíduo ou grupos.

Na primeira fase, a coleta de dados, o enfermeiro interage, observa e mensura as informações para guiar a assistência. Na prática a observação ocorre de forma sistematizada e objetiva, sendo um dos meios mais eficientes para auxiliar a assistência de enfermagem. Fernandes (apud CASTILHO; CAMPEDELLI, 1989) afirma que a anotação é um instrumento de grande significado na assistência de enfermagem, tornando-se indispensável na aplicação do processo de enfermagem. Afinal, é à parte da observação treinada na qual o profissional transcreve os dados para chegar ao diagnóstico da situação.

Segundo Nightingale (apud DIAS, 1990), a lição prática mais importante que pode ser dada ao enfermeiro é ensinar-lhe o que observar. Esse mesmo autor faz referência quanto à importância da observação na formação do profissional de enfermagem e relata que: a ênfase na noção de observação terá como conseqüência à formação de um profissional mais atento e mais apto na prática de enfermagem. Desta forma, a atitude do enfermeiro frente às noções fundamentais, que

sustentam a Enfermagem, terá maior possibilidade de ser bem estabelecida.

No ensino, o desenvolvimento da habilidade de observar na Enfermagem brasileira teve início com Horta, em 1971, quando publicou um artigo na Revista Brasileira de Enfermagem, intitulado: O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem, onde ela descreve o ensino formal da observação realizado em duas etapas; a primeira logo no início quando a observação é abordada como primeiro passo do método científico, com foco para: o que, como e porque observar, anotar e registrar as observações. E, o segundo momento na metade do curso de enfermagem quando aborda a disciplina de Fundamentos de Enfermagem quando passa a utilizar a inspeção, palpação e ausculta na observação sistematizada.

A Tese de Livre-Docência desenvolvida por Horta, intitulada: “**A Observação sistematizada na Identificação dos problemas de Enfermagem em seus Aspectos Físicos**”, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem em 1974, na qual a autora enfatiza a observação como o primeiro passo para o levantamento de dados significativos para a Enfermagem, com o objetivo de identificar os seus problemas para chegar ao diagnóstico de enfermagem, traçar o plano de cuidados para que sejam atendidas as necessidades do paciente (HORTA, 1974).

Griffth-Kenney e Christensen (1986) referenciam que a observação é um processo de informações importantes, de sugestões mentalizadas pelo uso dos órgãos dos sentidos, no qual os enfermeiros usam os sentidos em uma variedade de caminhos para observar os diversos clientes, seja observando característica da aparência ou função como, a postura, equilíbrio, traje, cor, forma ou a quantidade e tamanho aproximado de elementos visíveis no indivíduo.

Na família podem ser observadas as características da residência, espaço disponível, as relações entre as pessoas. Na comunidade o enfermeiro pode observar características das casas, da rua entre outras.

2. OBSERVAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO CUIDAR

A observação é um importante instrumento básico do cuidado dispensado pelo enfermeiro. Referenciam Atkinson e Murray (1989), que no primeiro contato entre enfermeiro e cliente, acontece o processo de observação. Neste encontro acontece uma troca de informações que utiliza a comunicação não-verbal para que a interação então ocorra e, conseqüentemente, o processo de cuidar tenha espaço para acontecer.

Cada pessoa observa um fato seguindo seus valores, visão de mundo, suas experiências, expectativas, emoções e motivações, além de fatores externos como o meio ambiente e a cultura. Mas o que é observação?

Segundo Horta (1971a, p. 164-5), observação “[...] é a ação ou efeito de observar, isto é, olhar com atenção para examinar com minúcia; atenção que se dá a certas coisas”. De acordo com a mesma autora a observação é uma habilidade que requer dose de esforço por parte do enfermeiro durante todas as atividades exercidas com o paciente, por ser “[...] o primeiro passo para execução de cuidados de enfermagem” (p. 165). Corroborando essa idéia Orlando (1978, p. 39) refere à observação “[...] como qualquer informação a respeito do paciente que o enfermeiro adquiriu enquanto estava em serviço”.

É essencial que o profissional de enfermagem utilize todos os órgãos, pois, a observação é um processo de trocas de informações por meio do uso dos sentidos (tato, olfato, audição e visão). Essa observação pode ser direcionada as

características de aparência e função; o processo de interação e relacionamento, e o ambiente.

Como já foi mencionada anteriormente, a observação envolve o uso dos sentidos para a aquisição de informações sobre o cliente, pessoas próximas ou família e o ambiente e a interações entre essas três variáveis. Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), a observação constitui uma habilidade que requer disciplina e prática, por parte do profissional, exige uma ampla base de conhecimentos e a utilização dos órgãos dos sentidos. Quando passamos a observar, utilizando os órgãos dos sentidos, percebemos comportamentos, colorações da pele, padrões respiratórios, ritmos cardíacos, expressões faciais, odores, aspectos de incisões, alterações da consciência, secreções, entre outros.

A observação não é um processo fácil. Segundo Castilho (1989) requer habilidade do enfermeiro que vai observar tal fenômeno para saber interpretar. Hanson (apud CASTILHO; CAMPEDELLI, 1989, p. 59) explica que “[...] a observação e a interpretação vivem uma simbiose mútua, de modo que cada uma sustenta a outra, conceitualmente falando, e a separação redundante em morte de ambas”. Refletindo sobre essa afirmação e transpondo-a para a realidade de nossa prática, poderemos ter a seguinte situação: cliente ansioso, internado há mais ou menos sessenta dias, não conversa com outros pacientes, refere sempre a falta da filha e da esposa. Essas informações caracterizam um conjunto de dados subjetivos, e por meio deles tem-se a seguinte interpretação: O paciente quer ir para casa.

A habilidade na observação depende do conhecimento do observador, por exemplo, na Enfermagem, em um quadro de Infarto Agudo do Miocárdio, o que fazer se o enfermeiro não tem conhecimentos a respeito dos sinais e sintomas de um paciente infartado?

A percepção de um fenômeno por meio dos órgãos dos sentidos requer certa habilidade, atenção e sensibilidade do pessoal de saúde. De acordo com Castilho e Campedelli (1989, p. 58), o enfermeiro deve “[...] olhar com atenção, perceber tanto problemas físicos por meio de sinais e sintomas como psicológicos, principalmente pela expressão facial e pela postura do paciente”. Por exemplo, utilizando a visão, podemos identificar fáceis de sofrimento, pelo olfato a infecção de uma ferida, pela audição a respiração com sibilos. Na prática profissional, a observação vai se aperfeiçoando e proporcionando lapidar os órgãos dos sentidos de forma a perceber o imprescindível.

A avaliação física corresponde ao exame físico, no qual os órgãos dos sentidos são utilizados por meio de técnicas específicas podendo ser ampliados por aparelhos, como por exemplo, estetoscópio, oftalmoscópio. A literatura descreve a existência de quatro técnicas usadas na realização do exame físico: inspeção, palpação, percussão e ausculta (SMELTZER; BARE, 2002; POTTER; PERRY, 2000; ATKINSON; MURRAY, 1989; DU GAS, 1984).

A inspeção, considerada etapa fundamental do exame físico, utiliza-se do sentido da visão, para identificar dados importantes e valiosos. Ao iniciar o exame físico, Griffith-Kenney e Christensen (1986) referem que podemos analisar as características e função de uma determinada parte do corpo, o tamanho, coloração, simetria, deformidades e tantas outras características.

3. TÉCNICAS DE OBSERVAÇÃO

Sabemos que a observação destaca-se como um dos principais instrumentos para identificar os problemas dos clientes. Desta forma, não basta saber utilizar a observação, mas utilizá-la de maneira coerente para atender aos objetivos

desejados. A observação para o enfermeiro constitui uma capacidade de compreender o contexto no qual esta inserida e assim poder agir. Dependendo do fenômeno a ser observado, podemos empregar diversas técnicas de observação, que devem ser adequadas ao fenômeno observado.

As observações do profissional podem ser realizadas direta ou indiretamente, de acordo com Orlando (1978, p. 39), a observação indireta é realizada por meio de “[...] qualquer informação derivada de outra fonte que não o paciente [...]”, como comentários feitos por amigos, parentes, membros da equipe de saúde, entre outros. Enquanto que a observação direta pode ser descrita com qualquer percepção, pensamento ou sentimento que o enfermeiro tem da sua própria experiência do comportamento do paciente.

Podemos evidenciar segundo Atkinson e Murray (1989), que a Enfermagem observa, não só a comunicação verbal e não-verbal como também, as respostas físicas do paciente, para que sejam registradas com exatidão no prontuário. Existindo a comunicação do cliente, o enfermeiro compreende e analisa os sinais e sintomas apresentados pelo mesmo, utilizando a abordagem verbal ou não-verbal, para obter a coleta de dados e, conseqüentemente, fazer a evolução de enfermagem e atender as demais etapas do processo. Segundo Horta (1979) é a partir dessa observação que ocorre ajustamento do paciente ao hospital, aos colegas, à equipe de enfermagem, à equipe de saúde, à alimentação, necessidades sentidas pelo paciente.

Carpenito (2002) compreende a investigação como o primeiro passo do processo de enfermagem, referindo que a coleta sistemática e deliberada de dados determina o estado de saúde atual e passado do cliente. Para que ocorra esse processo a autora refere que o enfermeiro deve ser capaz de comunicar-se efetivamente, observar sistematicamente e

interpretar os dados com exatidão. Quando comenta sobre a observação sistemática aponta que a habilidade do profissional depende de seu conhecimento.

Maroni (1990, apud MATHEUS, 2003), afirma que existem vários tipos de observações, os quais podem ser classificados: quanto aos meios utilizados (observação sistemática e observação assistemática); quanto à participação dos observadores (observação participante e observação não-participante); quanto ao número de observadores (observação individual e observação em equipe); e quanto ao lugar onde se realiza (observação da vida real e observação de laboratório). Esse mesmo autor conceitua **Observação Sistemática** como sendo aquela que tem um propósito preestabelecido, que é feita quando sabemos o quê, como e quando observar, essa coleta de dados pode ser subsidiada por instrumento do tipo “*check list*” ou roteiro, que orienta o profissional na coleta de dados sistemáticos, como por exemplo, no exame físico e na entrevista. Tendo como vantagens, o levantamento de dados seqüenciais identificados de forma organizada e pode ser realizado por vários observadores. Para Horta (1971b, p. 47), observação sistematizada é aquela “[...] planejada segundo um roteiro predeterminado”. A **Observação assistemática** é a que realizamos sem a utilização de meios especiais ou técnicas.

Quanto à participação do observador podemos ter a **Observação participante** quando o pesquisador integra-se ao grupo que observa, estando lado a lado, se torna membro do grupo, por exemplo, na observação de um grupo o observador convive com ele para estudar os seus valores e crenças, não sendo necessário fazer perguntas. Na **Observação não-participante**: acontece quando o observador é um mero expectador, onde ele tem contato com a realidade, mas não participa dela (MARONI, 1990 apud MATHEUS, 2003).

Quanto ao número de participantes a **Observação individual**, quando é feita por uma única pessoa e a **Observação em equipe** é feita por várias pessoas e cada uma observa um aspecto da mesma situação (MARONI, 1990 apud MAHTEUS, 2003). Outros autores referem que cada observador utiliza uma determinada técnica para observar um aspecto diferente ou todos observam a mesma situação para poder comparar, como exemplo, temos a técnica de observar uma determinada área quando um professor solicita a seus alunos para saírem e dar uma caminhada observando todo o local para depois fazer uma descrição do que foi observado, podemos evidenciar que cada pessoa observa um aspecto do local que visitou.

Em se tratando do lugar onde se realiza essa observação, poder ser: na **Vida Real** quando é realizada no momento em que ocorre o fenômeno, e **no Laboratório**, quando essa ocorre dentro de condições estabelecidas, podendo os fatores interferir na ocorrência do fato.

4. OBSERVAÇÃO E OS CLIENTES DA ENFERMAGEM

Na assistência de enfermagem, a observação tem o poder de ver e perceber, contemplar e anotar algo, pela atenção da vida, que permeia toda atividade humana. Dependendo do cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, o cuidado com a observação deve ser aprimorado. Contudo, essa observação deve ser acurada e analisada por meio de uma avaliação crítica.

Christensen (1986), ao fazer referencia a observação como instrumento básico refere três aspectos específicos para direcionamento da observação: as características de aparência e função, a satisfação e processos de interação, e o ambiente. Considerando os três itens que devem ser priorizados ao

realizar a observação no **indivíduo** podemos ter como exemplo o seguinte:

- **Características da aparência e função:** postura, vestimentas, cores, batimento de aleta nasal, *ictus cordis*, emagrecimento, entre tantos outros elementos.
- **Satisfação e processo de interação e relacionamento:** comunicação não verbal, os movimentos corporais, gestos, contato visual, auto-estima, entre outro.
- **Ambiente:** limpeza do local em que o mesmo está inserido, os móveis, os objetos de uso pessoal.

Com relação ao cliente **família**, o profissional nas visitas domiciliares pode e deve direcionar sua observação nestes mesmo três itens:

- **Características da aparência e função:** número de membros da família, existência de doenças nas crianças, característica das vestimentas das pessoas, as necessidades biológicas encontram-se sendo supridas pelos chefes da família.
- **Satisfação e processo de interação e relacionamento:** os gestos de afeto utilizado entre as pessoas, entonação da voz ao se direcionar a algum membro da família, contato visual entre os conjugues e os filhos, como são resolvidas as discórdias, entre outros.
- **Ambiente:** limpeza da casa, umidade do local, destino dos dejetos, armazenamento do lixo.

Enquanto no cliente **comunidade**, o profissional faz sua observação em uma estrutura mais ampla considerado também às relações políticas.

- **Características da aparência e função:** as praças são arborizadas, características das casas (casebres ou mansões), existência de postos policiais estruturados, de atendimento médico-hospitalar, as escolas são limpas ou estão pixadas, mantêm existência de *playground* para as crianças, pode-se inferir que as comunidades junto com as autoridades políticas preocupam-se com a necessidade de lazer com aspecto de auxiliar o desenvolvimento infantil.
- **Satisfação e processo de interação e relacionamento:** as relações que se estabelecem entre os professores, os alunos e as famílias, a satisfação das pessoas no que se refere às políticas instituídas para a comunidade, se existem uma organização de moradores, alguém da comunidade faz parte de algum conselho, entre outros.
- **Ambiente:** limpeza das ruas, presença de esgotamento sanitário, organização do trânsito, segurança das pessoas ao andarem a noite, destino do lixo da cidade, há muito barulho no local, entre outros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante a discussão sobre a compreensão que os enfermeiros possuem do que vem a ser observação na prática de enfermagem. Por esse motivo, buscamos observar durante o processo de cuidar a habilidade do profissional para detectar os problemas potenciais do cliente e como isso atendê-los de

modo prático e automático. Nesse sentido, a observação é compreendida como um caminho, no qual a informação é coletada e dela espera-se a obtenção de uma assistência. Porém, alguns enfermeiros que estão na prática, não despertaram ainda para a importância da observação sistematizada direcionada para o raciocínio crítico de seus clientes. Segundo Castilho e Campedelli (1989), a observação deve ser objetiva para que realmente seja um instrumento da profissão como ciência, mas, alerta para o fato do registro inadequadamente dessas observações, pois a habilidade de observar não é uma tarefa fácil e não se aprende nos livros.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem** – introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p. 217-218.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CASTILHO, V.; CAMPEDELLI, M.C. Observação e registro – subsídios para a assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M. C. (Org.) **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989, p. 57-65.
- CHRISTENSEN, P. J. Assessment: data collection of the individual client. IN: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing Process – application of theories, frameworks and models**. 2 ed. St. Louis: Mosby Company, 1986, p. 12 – 60 (v.I)
- CIANCIARULLO, T. I. et al. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.
- DIAS, C. B. G. **Observação em enfermagem:** a necessidade de um conceito. Ribeirão Preto, 1990. 101p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- DU GAS, B. W. **Enfermagem Prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984. 580p.
- ERTHAL, T. C. S. **Manual de psicoterapia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. p.111-16.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Nova Fronteira, 1986.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. N. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 52, 2000, Recife ABEn, 2001. p. 231-43.

GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, framework and models**. 2 ed. St. Louis: Mosby company, 1986. p. 12; 60 (v.I)

HORTA, W. A. A observação sistematizada com base para o diagnóstico de enfermagem. **Rev. Novas Dimensões**, São Paulo, v.24, n.5, p.46-53, jul./set. 1971b

HORTA, W. A. A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, a.27, n.2, p. 214-19, abr./Jun., 1974.

HORTA, W. A. Observação: descrição de método para desenvolvimento desta habilidade em estudante na disciplina Fundamentos de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, a 25, n. 4, p. 179-184, Jul./Set., 1972.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/ Editora da USP, 1979.

HORTA, W. A. et al. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, v. 24, n. 3,4, p. 159-169, 1971a

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p, 39-40.

MATHEUS, M. C. et al. Observação em enfermagem. IN: CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: ATHENEU, 2003, P. 5-24.

ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente** – função, processo e princípio. São Paulo: EPU. 1978, p.39.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002.

SMELTZER, S.C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 55. (V I).

PARTE III

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAPÍTULO 11

Sistemas de Classificação em Enfermagem: ferramentas essenciais para a prática de enfermagem

Desde os primórdios, ou seja, desde a época do homem primitivo, a classificação já era uma realidade, sendo vista como um comportamento de adaptação na evolução biológica (SOKAL, 1974). Para este mesmo autor, a ciência da classificação apareceu na Grécia antiga, mas o processo de classificação, de reconhecimento de similaridades e o agrupamento de organismo, datam desde a era primitiva.

Classificar segundo Souza (2002, p.5) significa, “[...] agrupar, colocar em um conjunto que apresente características semelhantes. Uma vez agrupados estes fenômenos podem ser colocados em classes, segundo suas características”.

Ferreira (1975, p.334) afirma que “[...] classificar é distribuir em classes e/ou grupos, segundo um método de classificação [...]”, estabelecendo diferenças e colocando limites entre as coisas. Hayakawa e Hayakawa (1990 apud SOUSA 1990, p.5) referem também que é o modo “[...] como nomeamos as coisas e onde colocamos a linha entre uma classe e outra depende de nossos interesses e propósitos da classificação”.

A classificação possui vários objetivos, como: conseguir economia de memória, permitir facilidade de manipular os objetos ou fenômenos classificados; e tem como grande objetivo, segundo Sokal (1974, p.1115) “[...] descrever a estrutura e as relações dos objetos constituintes uns com os outros e com objetos similares e simplificar estas relações de um modo que afirmações gerais possam ser feitas sobre classes de objetos”.

Na Enfermagem a necessidade de nomear os fenômenos de interesse e de definir os conceitos, existe desde o início da Enfermagem Moderna, sendo registrado em escritos de Florence Nightingale, de 1859, quando afirmou que a Enfermagem desconhecia os seus elementos específicos, ou seja, seus conceitos ou fenômenos (NIGHTINGALE, 1989).

As tentativas de desenvolver sistemas de classificação na Enfermagem têm surgido desde o início de século XX. Em 1929, Wilson realizou a primeira tentativa de classificar problemas de enfermagem, fazendo um estudo com o objetivo de separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos dos clientes, num esforço para isolar os aspectos particulares da Enfermagem dos cuidados de saúde em geral (KELLY, 1985).

De acordo com Nóbrega (2000), os sistemas de classificação da prática de enfermagem, apareceram mundialmente na década de 1950, quando as enfermeiras foram em busca de modelos conceituais ou teorias que identificassem seus próprios conceitos e sua utilização na prática, quando buscaram responder questionamentos como: qual o conhecimento específico da Enfermagem? Quais os seus conceitos? Quais os seus significados? E qual a utilização desses conceitos na prática?

O desenvolvimento desses modelos conceituais ou teorias de enfermagem deram origem a quatro conceitos

centrais, que se constituem no metaparadigma de enfermagem – ser humano, saúde, ambiente e enfermagem; sendo os três primeiros comuns a outras disciplinas, que têm a saúde como objeto de estudo (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b).

Vera Fry em 1953, também numa tentativa de classificar os fenômenos de interesse da Enfermagem, identificou cinco áreas de necessidades do cliente, a saber: necessidade de tratamento e medicação, necessidade de higiene pessoal; necessidade ambiental; necessidade de ensino e orientação e necessidade humana ou pessoal; e as considerou como domínios da profissão e foco para os diagnósticos de enfermagem (KELLY apud NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a, p.19).

Segundo Gordon (1987), em 1960, foi desenvolvida nos Estados Unidos, a primeira classificação considerada de relevância para a prática da Enfermagem. Ficou conhecida como *os 21 Problemas de Abdellah*, e descreve os objetivos terapêuticos da Enfermagem, bem como seu desenvolvimento, focalizando as principais necessidades do cliente (terapêutica das necessidades) e os problemas de enfermagem (terapêutica de problemas), de acordo com os modelos da década de 1950.

Henderson (1989, p.7), em 1966, identificou e listou 14 necessidades humanas básicas, que compreende as funções da Enfermagem, que tinham por objetivo “[...] descrever os cuidados necessários ao ser humano para conservar e/ou recuperar sua saúde, independentemente dos cuidados médicos”. Esta lista não representa os problemas de saúde do cliente e, sim, as áreas onde estes problemas podem ocorrer. Os componentes do cuidado de enfermagem são para a referida autora funções de competência exclusiva dos enfermeiros e podem ser descritos como: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestimentas, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente,

comunicação, prática religiosa, realização, atividade de lazer e aprendizagem, podendo assim, tanto servir de guia na promoção da saúde, como na prestação dos cuidados de enfermagem.

Segundo Douglas e Murphy (apud NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b), os 21 problemas de Abdellah e a lista das 14 necessidades humanas básicas de Henderson têm sido consideradas precursoras da tentativa de sistematizar o conhecimento de abordagens taxonômicas na Enfermagem.

Na década de 1970, contribuíram para o desenvolvimento dos conceitos, a introdução do processo de enfermagem nos Estados Unidos, e posteriormente em todo o mundo, constituindo assim, um modelo operacional para a prática de enfermagem. Este processo é constituído de várias partes distintas, que variam de acordo com o modelo conceitual utilizado, vindo a favorecer o desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem, que tem sido considerado o primeiro estágio na tarefa de denominar fenômenos que constituem os objetos de ação dos enfermeiros (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000b).

Vários têm sido os sistemas de classificação relacionados com algumas fases do processo de enfermagem, entre eles podemos citar: *Diagnóstico de Enfermagem* – Taxonomia da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA); *Problemas de Enfermagem* – Community Health System-Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; *Intervenções de Enfermagem* – Nursing Intervention Classification (NIC); e *Resultados Esperados* – Nursing Outcomes Classification (NOC); entre outros (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000b). Todos tiveram como ponto de partida o trabalho da NANDA-I, desenvolvido na década de 1970, nos Estados Unidos.

Com a criação desses sistemas de classificação, a Enfermagem continuava precisando de uma classificação que

atendesse a necessidade de universalizar sua linguagem, evidenciando os elementos da sua prática (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000a). A preocupação de ter uma classificação internacional fez com que os enfermeiros da *Association Nursing American* (ANA) e da NANDA, enviassem para a Organização Mundial de Saúde (OMS) documento solicitando a incorporação da Taxonomia I da NANDA, os diagnósticos da Associação dos Visitantes de Omaha e o trabalho relacionado com o *Diagnostic and Statistic Manual III* (DSM III), do Conselho de Enfermeiros Psiquiatras e de Saúde Mental da ANA, para serem incluídos no Código Internacional das Doenças (CID-10), uma vez que tinha sido aprovada uma mudança no núcleo central dessa Classificação, que passou a ser denominada a partir de então de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, abrindo espaço para a inclusão de outras classificações (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b).

A resposta enviada pela OMS aos enfermeiros quanto ao documento proposto explicava que o mesmo não representava a Enfermagem no seu contexto mundial, sugerido que um órgão internacional de enfermagem desenvolvesse um sistema de classificação, que fosse capaz de abranger os mais diferenciados contextos da prática de enfermagem. Em atendimento a esta solicitação, no Congresso Quadrienal do Conselho Internacional das Enfermeiras (CIE), realizado em Seul, em 1989, foi votada e aprovada a proposta para desenvolver um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000a).

A elaboração deste projeto teve como justificativa a falta de um sistema e de uma linguagem específica da Enfermagem, que pudessem colaborar com a formulação das políticas de saúde, na contenção dos custos, na informatização dos serviços

de saúde, na crescente importância das classificações médicas, e ainda no controle do seu próprio trabalho. Este fato tem impulsionado a Enfermagem a demonstrar sua importância e sua contribuição nos serviços de saúde, bem como a importância urgente de padronizar uma linguagem, que seja capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem (ICN apud, NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000b).

Temos hoje, à nossa disposição, sistemas abertos de classificação dos elementos da prática de enfermagem, em interação dinâmica durante a execução do processo de enfermagem: sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem, de intervenções e de resultados de enfermagem. Nos capítulos a seguir serão abordados os sistemas mais utilizados no Brasil: Taxonomia da NANDA-I, Classificação de Intervenções de Enfermagem, Classificação de Resultados de Enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

REFERÊNCIAS

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – CIPE/CNP. Geneva. Tradução Portuguesa. 2000.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro; Nova Fronteira, 1975. p.334
- GORDON, M. **Nursing Diagnosis: process and application**. 2nd ed. St. Louis; Mosby, 1987. p. 33-66
- HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre os cuidados de enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 69p
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE. **The International Classification for Nursing Practice: a unifying framework** – The Alfa Version. Geneva, Suíza: ICN, 1996. 252p.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE. **International Classification for Nursing Practice** – ICNP® UPDATE – Beta 1 Version. Geneva, Suíza: ICN, 1999. 151p.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem “o que é e o que não é”**. São Paulo: Cortez: Ribeirão Preto: ABEN – CEPEN, 1989

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEN; Idéia, 2000 a, p.19-27.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência Semântica de classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE** – versão alfa. João Pessoa: Idéia, 2000 b, p.136.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Classificação internacional da prática de enfermagem – CIPE/ICN: uma visão geral da versão alfa e considerações sobre a versão beta. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. **A classificação internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: ABEN, 1999, p.8-33 (Série Didática).

SOKAL, R. R. Classification: purposes, principles, progress, prospect. **Science**. v. 185, n. 4157, p.1115-1123, sep. 1974.

SOUSA, M.F. As classificações e a construção do conhecimento na Enfermagem. In: SIMPÓSIO SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 6., 2002. **Anais...** São Paulo, 2002. p.5.

CAPÍTULO 12

Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: evolução histórica e estrutural

CLÁUDIA DE LOURDES HENRIQUES DE LIMA

KENYA DE LIMA SILVA

LUCIANA GOMES FURTADO

MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

APRESENTAÇÃO

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA é considerado, o mais divulgado e utilizado na Enfermagem no âmbito mundial. Ele tem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem, em busca de uma maior especificidade dos seus conceitos. Este capítulo tem como objetivo descrever o processo evolutivo do sistema de classificação de enfermagem da NANDA Internacional e o desenvolvimento estrutural ocorrido entre a Taxonomia I e Taxonomia II, como suas atuais perspectivas.

1. EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA INTERNACIONAL

A necessidade de uma linguagem padronizada que suprisse as exigências dos sistemas computadorizados, para viabilizar o custo de assistência médica em geral, com a finalidade de reembolso dos serviços de enfermagem, como também a importância de declarar com maior clareza a sua base intelectual para a prática, motivaram o desenvolvimento do sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem (MICHEL, 2003).

Em 1973, em resposta a esse reconhecimento e na necessidade de formular um sistema para Diagnóstico de Enfermagem, as enfermeiras norte-americanas Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin, da Universidade de *Saint Louis* (MO) nos Estados Unidos, organizaram a Primeira Conferência Norte-Americana para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, dando início ao esforço formal para identificar, desenvolver e classificar diagnósticos de enfermagem (NANDA, 1992; MILLS, 1991).

Participaram dessa conferência cem enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá, com a tarefa de gerar diagnósticos de enfermagem relacionados aos sistemas funcionais específicos, contando com as suas lembranças de situações de pacientes para gerar os sinais e sintomas, sendo os diagnósticos aceitos por meio da maioria dos votos dos participantes da conferência (NANDA, 1992). Ao final do trabalho foram aceitos 34 diagnósticos, os quais foram colocados em uma lista experimental, em ordem alfabética, pois os enfermeiros não conseguiram concordar com um esquema para classificar os diagnósticos de enfermagem desenvolvidos (NANDA, 2000; GUERRA, 1998). Neste

mesmo ano o uso do termo diagnóstico passou a ser incorporado pela *American Nurses Association* (ANA) em seus documentos para a prática de enfermagem (CRUZ, 1994).

A partir dessa Conferência foi constituído um grupo de enfermeiros denominado de Grupo Norte-Americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem com o objetivo de criar um sistema de classificação. Foram identificados quatro passos necessários para o desenvolvimento de um sistema de classificação, que até hoje ainda são úteis, como: identificar todos os aspectos que os enfermeiros localizam ou diagnosticam; obter algum acordo quanto à nomenclatura consistente que pode ser utilizada para descrever o domínio da Enfermagem; agrupar os diagnósticos identificados (os títulos) em classes e subclasses, de forma que possa emergir padrões e relações entre eles; e substituir números ou abreviações equivalentes para terminologia, assim os dados relacionados aos vários diagnósticos podem ser manipulados mais prontamente de forma manual ou por computador (NANDA, 1992).

Esse grupo continuou a aperfeiçoar seus estudos sobre os diagnósticos de enfermagem, na tarefa de identificar, desenvolver e classificar os diagnósticos. Segundo Kerr (1992), os primeiros diagnósticos foram desenvolvidos contendo um título diagnóstico e características definidoras, sem apresentar definições e o método padrão de ordenar os títulos diagnósticos era o alfabético. Esse método de ordenamento, no entanto, foi considerado pela NANDA como incômodo e difícil de usar (GARCIA, 1994).

Durante a Terceira Conferência em 1978, um grupo de enfermeiras teóricas foi convidado para discutir os problemas da falta de uma base conceitual do sistema de classificação. Este grupo, presidido pela Irmã Calista Roy, foi designado para desenvolver uma estrutura taxonômica para os

diagnósticos de enfermagem. O grupo usando métodos indutivos, estudou a lista dos diagnósticos de enfermagem e gerou vários padrões amplos que agrupavam os diagnósticos individuais. No decorrer desse processo foram identificados diferentes níveis de abstração entre os diagnósticos: alguns eram muito abstratos e gerais enquanto outros eram específicos e concretos (KIM; MORITZ, 1982 *apud* WARREN, 1990). O trabalho dessas teóricas se expandiu por três conferências, a terceira em 1978, a quarta em 1980 e a quinta em 1982.

A partir de 1982, na Quinta Conferência, houve a conversão do Grupo constituído para Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA, que foi formalmente organizada e seu regimento interno aprovado (FARIAS *et al*, 1990; PEREZ, 1990). Ocorreu também a abertura das conferências sobre classificação de diagnósticos de enfermagem à comunidade internacional de enfermagem, fato decisivo para que o impacto dos mesmos na prática profissional fosse percebido em outros países (GARCIA, 1994).

Nessa Conferência, o grupo presidido por Roy apresentou seu trabalho final, propondo os nove Padrões do Homem Unitário como estrutura conceitual, no qual se basearia o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem. Entretanto este grupo só identificou os padrões e observou os diferentes níveis de abstração entre os diagnósticos de enfermagem, sem nenhuma tentativa de classificação (GARCIA, 1994; WARREN, 1990).

O Grupo de teóricas foi desfeito, sendo então criado o Comitê de Taxonomia presidido por Phyllis Kritek, que foi encarregado da tarefa de gerar uma taxonomia inicial para os títulos dos diagnósticos de enfermagem (PEREZ *et al*, 1990). O Comitê de Taxonomia concentrou-se na lista de diagnósticos de enfermagem existentes e nos Padrões do Homem Unitário. Os títulos foram separados em quatro níveis de abstração,

sendo o nível I o mais abstrato e o nível IV menos abstrato. Foi observado que os níveis III e IV eram os mais úteis para os enfermeiros na prática e em última análise, as categorias do nível I foram identificadas como alterações das respostas humanas e foram categorizadas sob os Nove Padrões do Homem Unitário (NANDA, 2000).

A proposta da estrutura conceitual apresentada na Quinta Conferência foi retomada na Sexta Conferência em 1984, na qual a denominação de Padrões do Homem Unitário foi modificada para os Padrões de Respostas Humanas: Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir (NÓBREGA, 1991).

A Taxonomia da NANDA permaneceu organizada a partir dessa estrutura conceitual por dezesseis anos, durante os quais vários diagnósticos foram acrescentados e outros revisados a cada conferência bienal. E foi neste formato que a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA disseminou-se dentro e fora dos Estados Unidos, tornando-se a mais conhecida e utilizada (GARCIA, NÓBREGA; 2004; MICHEL, 2003).

Na sétima conferência em 1986, a Taxonomia da NANDA foi formalmente aceita para desenvolvimento e testagem. Nesta classificação os diagnósticos foram apresentados por meio de: um título, definição, características definidoras e fatores relacionados. O Comitê de Taxonomia da NANDA utilizou como regras de classificação e normas: que não haveria ordem inerente para um padrão; o nível de abstração determina o nível de colocação na taxonomia; o diagnóstico é classificado considerando a definição do padrão e a definição do diagnóstico; a localização do diagnóstico é conceitualmente consistente com visões teóricas atuais na Enfermagem; as categorias entre parênteses foram desenvolvidas para esclarecer porque certos diagnósticos foram colocados em um nível

específico ou em um padrão específico; e o sistema de numeração foi desenvolvido para facilitar a informatização da taxonomia (GARCIA, 1994; NANDA, 2000; MICHEL, 2003).

Esse sistema de classificação foi revisado na oitava conferência em 1988, quando foi aprovada a Taxonomia I Revisada (GARCIA, 1994; NANDA, 2000; MICHEL, 2003). Neste mesmo ano o Comitê de Taxonomia colaborou com Virgínia Saba, representante da ANA (Associação Americana de Enfermagem), e desenvolveram uma lista de diagnósticos de enfermagem para submeter à Organização Mundial de Saúde (OMS) para inclusão na CID – 10. A Taxonomia I Revisada foi traduzida em uma terminologia que fosse consistente com regras para classificação usadas pela OMS no desenvolvimento da CID – 10 (WARREN, 1990).

Também foi nesta conferência que ocorreu a participação da Enfermagem brasileira no desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem no âmbito internacional, com apresentação de trabalhos. A partir de então, têm sido desenvolvidos estudos sobre diagnósticos de enfermagem, elaboração de dissertações de mestrado e tradução de obras sobre o tema na Universidade Federal da Paraíba, como testemunho de engajamento neste estudo (PEREZ et al, 1990). Foram formados Grupos de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem (GIDE), destacando-se o GIDE-PB e o GIDE-SP, pioneiros nesse processo; como também foram desenvolvidos vários trabalhos na tentativa de se fazer uma adaptação à realidade brasileira da validação e uniformização dos diagnósticos de enfermagem proposta pela NANDA (FRANÇA, 1999; NÓBREGA, 1991; COLER, 1997).

Em 1989, foi publicada a Taxonomia I Revisada, diferente apenas pelo aumento da lista de diagnósticos aprovados na conferência anterior. Em 1990, na nona conferência da NANDA, foi apresentada a Taxonomia II, com aperfeiçoamento das

definições dos Padrões de Respostas Humanas (NOBREGA, 1991). Nesta Conferência, foi também aprovada uma definição para diagnóstico de enfermagem, o qual passou a ser a definição oficial da NANDA, em que o diagnóstico de enfermagem é considerado um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos qual o enfermeiro é responsável (NANDA, 2000).

No decorrer dos estudos sobre diagnósticos de enfermagem foram levantados alguns questionamentos relacionados com a inexistência de pesquisas de validação transcultural para a maioria dos diagnósticos desenvolvidos pela NANDA, já que a introdução dos mesmos na prática de enfermagem internacional tem sido feita de modo geral com pouca ou nenhuma consideração pelo significado atribuído no contexto de outra cultura (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Aqui no Brasil, estes problemas também foram evidenciados, orientando o trabalho dos membros do GIDE-PB a direcionarem o foco dos seus estudos para a validação dos diagnósticos da NANDA na realidade brasileira, surgindo então, a primeira publicação de um livro sobre diagnósticos de enfermagem no Brasil, que tinha como maior objetivo apresentar a tradução, para o português, da Taxonomia I Revisada da NANDA e reunir as informações básicas para enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre a aplicação dos diagnósticos de enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

As autoras citam ainda que, a partir da publicação desse livro e de outras publicações, e das várias traduções de livros-texto de enfermagem em português, feitas pelas editoras a partir de critérios próprios, surgiu a impossibilidade de atendimento a um dos propósitos fundamentais dos diagnósticos de enfermagem, a padronização da linguagem.

Buscando solucionar esse problema, foi realizado em São Paulo – SP, em 1991, o I Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, onde foram destacados os Diagnósticos de Enfermagem no ensino, na pesquisa e na prática de enfermagem, sendo sugerido no final do evento, a realização de um novo encontro para tratar da uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem no Brasil. Assim, em julho de 1992, na cidade de João Pessoa – PB, realizou-se o II Simpósio Nacional sobre os Diagnósticos de Enfermagem, que tinha como tema central à uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem no Brasil (COLER, 1997; CRUZ, 1994).

O resultado dos trabalhos desenvolvidos neste simpósio foi publicado, em 1994, por Nóbrega e Garcia, como organizadoras, na forma de livro de bolso, onde estão contidos todos os diagnósticos de enfermagem, que, embora respeitando a estrutura básica da taxonomia da NANDA, incluem alteração na forma como os seus componentes foram traduzidos para o português, que, por vezes, representavam modificações significativas na estrutura desses diagnósticos. Este livro foi amplamente utilizado e referenciado em todo o território nacional, mas apesar dessa utilização ainda persistiam os problemas de tradução, adaptação ou adequação dos diagnósticos de enfermagem à nossa realidade (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Na décima primeira conferência da NANDA, em abril de 1994, o Comitê de Taxonomia reuniu-se para inserir os novos diagnósticos recém aprovados na estrutura da Taxonomia I Revisada. Entretanto, os enfermeiros tiveram uma considerável dificuldade em categorizar alguns desses diagnósticos. Dada esta dificuldade, sentiu-se que, uma nova estrutura taxonômica poderia ser viável. Essa possibilidade suscitou uma discussão sobre como poderia ser realizada de forma acadêmica e aplicável à prática assistencial (GARCIA; NÓBREGA, 2004; NANDA, 2005).

Decidiu-se, então, verificar se surgiriam conjuntos “naturais” de diagnósticos utilizando o método “Q-sort” naturalístico, cuja primeira rodada concluiu-se no final desta conferência. A segunda rodada foi completada posteriormente, na conferência de 1996. A estratégia permitiu identificar 21 categorias para classificarem os diagnósticos, consideradas um número muito grande que prejudicaria a sua utilidade como estrutura de classificação (BRAGA; CRUZ, 2003).

Em 1998, na décima terceira conferência da NANDA, o Comitê de Taxonomia organizou e enviou à diretoria da NANDA quatro resultados de “Q-sort”, usando diferentes estruturas: a primeira era o resultado do “naturalístico” realizado entre 1994 e 1996; a segunda usava a estrutura proposta por Jenny; a terceira usava a estrutura da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), e a quarta tinha como base os Padrões Funcionais de Saúde de Gordon. Considerou-se que nenhuma dessas estruturas era completamente satisfatória, mas que a dos Padrões Funcionais de Saúde era a melhor. Com a permissão da sua autora, a enfermeira Marjory Gordon, a NANDA modificou a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde e criou uma quinta alternativa que foi apresentada aos seus membros em 1998 (BRAGA; CRUZ, 2003; NANDA, 2000).

No ano de 2000, durante décima quarta conferência da NANDA, foi apresentada a nova estrutura taxonômica aos participantes, e em 2001 foi publicada a Taxonomia II, caracterizada por ser multiaxial e por organizar, a partir de 13 domínios, 46 classes, 93 conceitos diagnósticos e 155 diagnósticos de enfermagem aprovados até aquele momento (GARCIA; NÓBREGA, 2004; CRUZ, 2001).

Esta Taxonomia II apareceu pela primeira vez no livro NANDA – *Nursing Diagnosis: definitions and classification 2001-2002* (Diagnóstico de enfermagem: definição e classificação 2001-2002), usada para a classificação de diagnóstico de enfermagem, período este em que a NANDA

começou a negociar uma aliança com o Centro de Classificação do *College of Nursing* da Universidade de Iowa – EUA, visando à possibilidade de fazer a ligação entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (NANDA, 2005).

Em 2004, na décima sexta conferência, foi publicada outra edição da Taxonomia II no livro NANDA – *Nursing Diagnoses: definitions and classification 2003-2004* (Diagnóstico de enfermagem: definição e classificação 2003-2004), contendo 12 diagnósticos novos de enfermagem, incluindo onze diagnósticos de promoção da saúde/bem-estar, um de risco e três outros revisados, totalizando assim, 167 diagnósticos de enfermagem. Além disso, este livro continha uma estrutura unificada comum: a Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem, lançada pela *American Nurses Association*, em 2003, sendo seus principais investigadores a Dr^a McCloskey Dochterman e a Dr^a Dorothy Jones (NANDA, 2005).

A última publicação da NANDA-I *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008* (NANDA, 2007) apresenta uma relação de 188 diagnósticos de enfermagem, dos quais 15 são novos e 26 foram revisados. Os novos diagnósticos refletem a ênfase sobre a promoção da saúde e a adição de dois diagnósticos focalizados na comunidade: Contaminação e Risco para contaminação. Outras mudanças apresentadas nesta edição incluem informações sobre o uso e a aplicação dos diagnósticos de enfermagem na educação, informática, pesquisa e administração em enfermagem.

2. ESTRUTURA DA TAXONOMIA I

A Taxonomia I apresentava como estrutura teórica os nove Padrões de Respostas Humanas (Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir), resultado do trabalho coordenado por Irmã Calista Roy, numa estrutura monoaxial, onde os diagnósticos eram

distribuídos dentro de cada padrão, havendo uma relação entre a definição do padrão e o conceito diagnóstico (FARIAS *et al.*, 1990; NANDA, 2000). Apresentava cinco níveis teóricos de abstração entre os diagnósticos de enfermagem, sendo o nível I, o mais abstrato da Taxonomia, correspondendo aos Padrões das Respostas Humanas (PRH); o nível II representando as alterações nas subcategorias dos PRH; o nível III descrevendo o fenômeno de preocupação e/ou interesse e os níveis IV e V os mais concretos, usados para determinar a assistência de enfermagem, revelando-se os de maior utilidade na prática (GARCIA, 1994).

Nesta Taxonomia o Padrão **Trocar** foi definido como uma resposta humana que envolve dar e receber mútuos, tendo como exemplos de diagnósticos: Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais, Risco para infecção, Diarréia, Débito cardíaco diminuído, Risco para aspiração; o Padrão **Comunicar** como uma resposta humana que envolve enviar mensagem, representado pelo diagnóstico Comunicação verbal prejudicada; o Padrão **Relacionar** como uma resposta humana que envolve o estabelecimento de laços, tendo como exemplos de diagnósticos: Interação social prejudicada, Isolamento social, Risco para solidão, Desempenho de papel alterado, Padrões de sexualidade alterados; o Padrão **Valorizar** como uma resposta humana que envolve a atribuição de valor relativo, representado pelos diagnósticos: Angústia espiritual, Risco para sofrimento espiritual, Potencial para bem-estar espiritual aumentado; o Padrão **Escolher** como resposta humana que envolve a seleção de alternativas, tendo como exemplos de diagnósticos: Enfrentamento individual ineficaz, Adaptação prejudicada, Controle ineficaz do regime terapêutico; o Padrão **Mover** como uma resposta humana que envolve atividade, tendo como exemplos de diagnósticos: Mobilidade física prejudicada, Andar prejudicado, Intolerância à atividade, Fadiga, Amamentação ineficaz; o Padrão **Perceber** como

resposta humana que envolve a recepção de informações, tendo como exemplos de diagnósticos: Distúrbio da imagem corporal, Distúrbio da auto-estima, Alterações sensoriais/percepção, Desesperança; o Padrão **Conhecer** como resposta humana que envolve o significado associado com a informação, tendo como exemplos de diagnósticos: Déficit de conhecimento, Confusão aguda, Processos de pensamento alterados, Memória prejudicada; e o Padrão **Sentir** como resposta humana que envolve a consciência subjetiva das informações, tendo como exemplos de diagnósticos: Dor, Náusea, Sentimento de pesar antecipado, Tristeza crônica, Risco para automutilação (FARIAS *et al.*, 1990; NANDA, 2000).

Os Padrões de Resposta Humana não foram organizados por níveis hierárquicos, ou por nível de importância, mas, pelo suporte literário apresentado pelas teóricas, pela opinião dos peritos e pela literatura de enfermagem (GARCIA, 1994). Esta Taxonomia apresentava uma lista de 150 diagnósticos em ordem taxonômica, incluindo definição, características definidoras, fatores relacionados e/ou de risco.

3. ESTRUTURA DA TAXONOMIA II

A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, possibilitando certa flexibilidade da nomenclatura, permitindo de modo fácil, acréscimos e modificações, nos diagnósticos. Por ser multiaxial, permite a individualização do diagnóstico de enfermagem; ajusta-se melhor aos avanços na área da informática; facilita a identificação de lacunas a serem preenchidas com a proposição de novos conceitos ou diagnósticos de enfermagem. A mesma foi organizada em sete eixos ou dimensões de respostas humanas (NANDA, 2002).

Utilizando os eixos da Taxonomia II da NANDA, podemos compor os enunciados diagnósticos e os descritores que melhor retratam a situação clínica, e elaborar afirmativas

diagnósticas mais precisas. O conceito diagnóstico tem presença obrigatória na afirmativa diagnóstica, enquanto que a presença dos termos incluídos nos outros eixos varia em função do que é observado na prática, durante a avaliação do paciente. Às vezes, ainda, um valor de um determinado eixo está implícito, não havendo a necessidade de inclui-lo na afirmativa diagnóstica, não sendo necessário e adequado utilizar os sete eixos para anunciar um diagnóstico (NANDA, 2002).

Eixo	Definição	Valores
Eixo 1 O conceito diagnóstico	É o principal elemento, ou a parte essencial e fundamental, a raiz, da declaração diagnóstica.	Os 138 conceitos diagnósticos
Eixo 2 Tempo	A duração de um período ou intervalo.	Agudo; crônico; intermitente; contínuo.
Eixo 3 Sujeito do diagnóstico	A pessoa para a qual o diagnóstico é determinado.	Indivíduo; família; grupo; comunidade.
Eixo 4 Idade	A quantidade de tempo ou intervalo durante o qual um indivíduo existe.	Feto; neonato; lactente; criança de 1 a 3 anos; criança em idade pré-escolar; criança em idade escolar; adolescente; adulto jovem; adulto de meia idade; adulto idoso-jovem; adulto em meia-velhice; adulto idoso.
Eixo 5 Estado de saúde	A posição ou grau no <i>continuum</i> da saúde que vai do bem-estar à doença.	Bem-estar; risco; real.
Eixo 6 Descritor	Um julgamento que limita ou especifica o significado de um diagnóstico de enfermagem.	Antecipatório; Aumentado; Baixo; Capacidade; Comprometido; Defensivo; Deficiente; Desequilibrado; Desorganizado; Desproporcional; Diminuído; Disfuncional; Disposição para aumentado; Eficaz; Equilíbrio; Esgotado; Excessivo; Funcional; Incapacidade; Incapacitante; Ineficaz; Interrompido; Organizado; Percebido; Perturbado; Prejudicado; Retardado, Situacional e Total.
Eixo 7 Topologia	Partes/regiões do corpo e/ou suas funções correlatas – todos os tecidos, órgãos, sítios anatômicos ou estruturas.	Auditivo/a; cardiopulmonar; cerebral; cutâneo/a; gastrointestinal; gustativo/a; intestinal; intracraniano/a; mucosas; neurovascular periférico/a; olfativo/a; oral; renal; tátil; vascular periférico/a; vesical e visual.

Quadro 1: Eixos da Taxonomia II da NANDA.

Fonte: NANDA Internacional. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 255-261.

Os organizadores da Taxonomia II da NANDA (2005) referem que, em função da taxonomia ser multiaxial, há uma variação significativa na construção dos diagnósticos. No intuito de que não sejam formados diagnósticos absurdos, a associação recomenda que sejam utilizados apenas os diagnósticos que foram aprovados e validados nas conferências.

Os diagnósticos aprovados encontram-se organizados na Taxonomia II, numa estrutura de 13 domínios (Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação/troca; Atividade/repouso; Percepção/cognição; Autopercepção; Relacionamentos de papel; Sexualidade; Enfretamento/tolerância ao estresse; Princípios de vida; Segurança/proteção; Conforto; Crescimento/desenvolvimento). Existem ainda, 47 classes distribuídas, entre os 13 domínios, dentro das quais, estão os 188 diagnósticos. Toda essa estrutura foi organizada de modo a assegurar a máxima combinação entre domínio, classe e diagnóstico de enfermagem (NANDA, 2007).

Cada **Domínio** é composto por **Classes** e cada classe é composta por **Conceitos diagnósticos**. Esta nova estrutura representa um sistema conceitual para direcionar a classificação dos diagnósticos, tendo como objetivo fundamental padronizar a nomenclatura dos diagnósticos de enfermagem, expandir o conhecimento das classificações vigentes e determinar a relação custo-benefício e qualidade do cuidado de enfermagem.

Domínios	Classes	Conceitos diagnósticos
1. Promoção da saúde	1. Consciência da saúde	
	2. Controle da saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controle eficaz do regime terapêutico ✓ Controle ineficaz do regime terapêutico ✓ Controle familiar ineficaz do regime terapêutico ✓ Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico ✓ Comportamento de busca da saúde (especificar) ✓ Manutenção ineficaz da saúde ✓ Manutenção do lar prejudicada ✓ Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico ✓ Disposição para nutrição melhorada ✓ Disposição para estado de imunização melhorado
2. Nutrição	1. Ingestão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrão ineficaz de alimentação do lactente ✓ Deglutição prejudicada ✓ Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais ✓ Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais ✓ Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
	2. Digestão	
	3. Absorção	
	4. Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco para comprometimento das funções vitais ✓ Risco para nível de glicose no sangue instável
	5. Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volume de líquidos deficiente ✓ Risco de volume de líquidos deficiente ✓ Volume excessivo de líquidos ✓ Risco de desequilíbrio do volume de líquidos ✓ Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado
3. Eliminação e troca	1. Função urinária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eliminação urinária prejudicada ✓ Retenção urinária ✓ Incontinência urinária total ✓ Incontinência urinária funcional ✓ Incontinência urinária de esforço ✓ Incontinência urinária de urgência ✓ Incontinência urinária reflexa ✓ Risco de incontinência urinária de urgência ✓ Disposição para eliminação urinária melhorada ✓ Incontinência urinária por transbordamento
	2. Função gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incontinência intestinal ✓ Diarréia ✓ Constipação ✓ Risco de constipação ✓ Constipação percebida
	3. Função tegumentar	

Domínios	Classes	Conceitos diagnósticos
4. Atividade/repouso	4. Função respiratória	✓ Troca de gases prejudicada
	1. Sono/repouso	✓ Padrão de sono perturbado ✓ Privação de sono ✓ Disposição para sono melhorado
	2. Atividade/exercício	✓ Risco de síndrome do desuso ✓ Mobilidade física prejudicada ✓ Mobilidade no leito prejudicada ✓ Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada ✓ Capacidade de transferência prejudicada ✓ Deambulação prejudicada ✓ Atividades de recreação deficientes ✓ Recuperação cirúrgica retardada ✓ Estilo de vida sedentário
	3. Equilíbrio de energia	✓ Campo de energia perturbado ✓ Fadiga
	4. Respostas cardiovasculares/pulmonares	✓ Débito Cardíaco diminuído ✓ Ventilação espontânea prejudicada ✓ Padrão respiratório ineficaz ✓ Intolerância à atividade ✓ Risco de intolerância à atividade ✓ Resposta disfuncional ao desmame ventilatório ✓ Perfusão tissular ineficaz
5. Percepção/cognição	5. Autocuidado	✓ Déficit no autocuidado para vestir-se /arrumar-se ✓ Déficit no autocuidado para higiene/banho ✓ Déficit no autocuidado para alimentação ✓ Déficit no autocuidado para higiene íntima ✓ Disposição para autocuidado aumentada
	1. Atenção	✓ Negligência unilateral
	2. Orientação	✓ Síndrome da interpretação ambiental prejudicada ✓ Perambulação
	3. Sensação/percepção	✓ Percepção sensorial perturbada
	4. Cognição	✓ Conhecimento deficiente ✓ Disposição para conhecimento aumentado ✓ Confusão aguda ✓ Confusão crônica ✓ Memória prejudicada ✓ Processos do pensamento perturbados ✓ Disposição para tomada de decisão melhorada ✓ Risco para confusão aguda
5. Comunicação	✓ Comunicação verbal prejudicada ✓ Disposição para comunicação aumentada	
6. Auto percepção	1. Autoconceito	✓ Distúrbio da identidade pessoal ✓ Sentimento de impotência ✓ Risco de sentimento de impotência ✓ Desesperança ✓ Risco de solidão ✓ Disposição para autoconceito melhorado ✓ Disposição aumentada de poder ✓ Risco para comprometimento da dignidade humana ✓ Disposição aumentada de esperança

Domínios	Classes	Conceitos diagnósticos
7. Relacionamentos de papel	2. Auto-estima	✓ Baixa auto-estima crônica ✓ Baixa auto-estima situacional ✓ Risco de baixa auto-estima situacional
	3. Imagem corporal	✓ Distúrbio na imagem corporal
	1. Papéis do cuidador	✓ Tensão do papel de cuidador ✓ Risco de tensão do papel de cuidador ✓ Paternidade/maternidade prejudicada ✓ Risco de paternidade ou maternidade prejudicada ✓ Disposição para paternidade/maternidade melhorada
8. Sexualidade	2. Relações familiares	✓ Processos familiares interrompidos ✓ Disposição para processos familiares melhorados ✓ Processos familiares disfuncionais: alcoolismo ✓ Risco de vínculo pais/filhos prejudicado
	3. Desempenho de papel	✓ Amamentação eficaz ✓ Amamentação ineficaz ✓ Amamentação interrompida ✓ Desempenho de papel ineficaz ✓ Conflito no desempenho do papel de pai/mãe ✓ Interação social prejudicada
	1. Identidade sexual	
9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse	2. Função sexual	✓ Disfunção sexual ✓ Padrões de sexualidade ineficazes
	3. Reprodução	
	1. Respostas pós-trauma	✓ Síndrome do estresse por mudança ✓ Risco de síndrome do estresse por mudança ✓ Síndrome do trauma de estupro ✓ Síndrome do trauma de estupro: reação silenciosa ✓ Síndrome do trauma de estupro: reação composta ✓ Síndrome pós-trauma ✓ Risco de síndrome pós-trauma
2. Respostas de enfrentamento	✓ Medo ✓ Ansiedade ✓ Ansiedade relacionada à morte ✓ Tristeza crônica ✓ Negação ineficaz ✓ Sentimento de pesar antecipado ✓ Sentimento de pesar disfuncional ✓ Adaptação prejudicada ✓ Enfrentamento ineficaz ✓ Enfrentamento familiar incapacitado ✓ Enfrentamento familiar comprometido ✓ Enfrentamento defensivo ✓ Enfrentamento comunitário ✓ Disposição para enfrentamento aumentado	

Domínios	Classes	Conceitos diagnósticos
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disposição para enfrentamento familiar aumentado ✓ Disposição para enfrentamento comunitário aumentado ✓ Risco de sentimento pesar disfuncional ✓ Risco de disposição para comportamento de saúde
	3. Estresse neurocomportamental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disreflexia autonômica ✓ Risco de disreflexia autonômica ✓ Comportamento infantil desorganizado ✓ Risco de comportamento infantil desorganizado ✓ Disposição para comportamento infantil organizado aumentado ✓ Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
10. Princípios de vida	1. Valores	✓ Disposição aumentada de esperança
	2. Crenças	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disposição para bem-estar espiritual aumentado ✓ Disposição aumentada de esperança
	3. Congruência entre valores/crenças/ações	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Angústia espiritual ✓ Risco de angústia espiritual ✓ Conflito de decisão (especificar) ✓ Desobediência ✓ Risco de religiosidade prejudicada ✓ Religiosidade prejudicada ✓ Disposição para religiosidade aumentada ✓ Distresse moral ✓ Disposição para tomada de decisão melhorada
11. Segurança/proteção	1. Infecção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de infecção ✓ Disposição para estado de imunização melhorado
	2. Lesão física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mucosa oral prejudicada ✓ Risco de lesão ✓ Risco de lesão perioperatória por posicionamento ✓ Risco de quedas ✓ Risco de trauma ✓ Integridade da pele prejudicada ✓ Risco de integridade da pele prejudicada ✓ Integridade tissular prejudicada ✓ Dentição prejudicada ✓ Risco de sufocação ✓ Risco de aspiração ✓ Desobstrução ineficaz de vias aéreas ✓ Risco de disfunção neurovascular periférica ✓ Proteção ineficaz ✓ Risco de síndrome de morte súbita da criança

Domínios	Classes	Conceitos diagnósticos
	3. Violência	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de automutilação ✓ Automutilação ✓ Risco de violência direcionada a outros ✓ Risco de violência direcionada a si mesmo ✓ Risco de suicídio
	4. Riscos ambientais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de envenenamento ✓ Risco de contaminação ✓ Contaminação
	5. Processos defensivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resposta alérgica ao látex ✓ Risco para resposta alérgica ao látex ✓ Disposição para estado de imunização melhorado
	6. Termorregulação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ✓ Termorregulação ineficaz ✓ Hipotermia ✓ Hipertermia
12. Conforto	1. Conforto físico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor aguda ✓ Dor crônica ✓ Náusea ✓ Disposição para conforto melhorado
	2. Conforto ambiental	✓ Disposição para conforto melhorado
	3. Conforto social	✓ Isolamento social
13. Crescimento Desenvolvimento	1. Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso no crescimento e no desenvolvimento ✓ Risco de crescimento desproporcional ✓ Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)
	2. Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso no crescimento e no desenvolvimento ✓ Risco de atraso no desenvolvimento

Quadro 2: Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos

Fonte: NANDA International. *Nursing Diagnoses: definitions & classification* – 2007-2008. Philadelphia: NANDA International, 2007. p. 271-281

4. ESTRUTURA DA TAXONOMIA NNN

Esta taxonomia apresenta uma estrutura formada por quatro Domínios (Funcional, Fisiológico, Psicossocial e Ambiental) e 28 Classes, as quais incluem Diagnósticos, classes de Resultados e Intervenções (BARROS, 2004).

O interesse em desenvolver esta nova Taxonomia surgiu desde o período de lançamento da Taxonomia II, quando deu

início a uma negociação entre a NANDA e o Centro de Classificação do *College of Nursing* da Universidade de Iowa, Iowa, EUA. Foi abordada nesta aliança, a possibilidade de desenvolver uma estrutura taxonômica comum, com o objetivo de fazer uma relação entre as três classificações e facilitar a ligação entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Foram feitas algumas reuniões, o que culminou numa conferência reunindo 24 especialistas em desenvolvimento, testagem e refinamento de linguagens de enfermagem padronizadas, numa tentativa de realizar o primeiro rascunho da estrutura taxonômica comum. O objetivo era desenvolver uma estrutura comum para a prática de enfermagem, incluindo dados da NANDA (diagnósticos de enfermagem), NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) e NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem), com a possibilidade de incluir também outras linguagens (NANDA, 2005).

DOMÍNIOS	CLASSES	DEFINIÇÃO DAS CLASSES	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA
I. Domínio Funcional: Incluem diagnósticos, resultados e intervenções para promover as necessidades.	• Atividade/ exercício físico	• Atividade física, incluindo conservação e liberação de energia	• Intolerância à atividade • Risco de intolerância a atividade • Risco de síndrome do desuso • Risco de quedas • Fadiga • Mobilidade no leito prejudicada • Mobilidade física prejudicada • Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada • Capacidade de transferência prejudicada • Deambulação prejudicada • Estilo de vida sedentário
	• Conforto	• Sensação de bem-estar emocional, físico e espiritual, e relativa ausência de angústia	• Náusea • Dor aguda • Dor crônica • Campo de energia perturbado

• Crescimento e desenvolvimento	• Crescimento e marcos de desenvolvimento físicos, emocionais e sociais	• Risco de atraso no desenvolvimento • Insuficiência do adulto para melhora (o seu estado de saúde) • Atraso no crescimento e no desenvolvimento • Risco de crescimento desproporcional • Comportamento infantil desorganizado • Disposição para o comportamento infantil organizado
• Nutrição	• Processos relacionados à ingestão, a assimilação e ao uso de nutrientes	• Amamentação eficaz • Amamentação ineficaz • Amamentação interrompida • Padrão ineficaz de alimentação do lactente • Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais • Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais • Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais • Disposição para nutrição aumentada • Deglutição prejudicada
• Autocuidado	• Capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária	• Déficit no autocuidado para banho/higiene • Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se • Déficit no autocuidado para alimentação • Déficit no autocuidado para higiene íntima
• Sexualidade	• Manutenção ou modificação de identidade e padrões sexuais	• Disfunção sexual • Padrões de sexualidade ineficazes
• Sono/repouso	• Quantidade e qualidade dos padrões de sono, descanso e relaxamento	• Privação de sono • Padrão de sono perturbado • Disposição para sono aumentado
• Valores/crenças	• Idéias, objetivos, percepções, crenças espirituais ou outras crenças que influenciam em escolhas ou decisões	• Angústia espiritual • Risco de angústia espiritual • Disposição para bem-estar aumentado • Religiosidade prejudicada • Risco de religiosidade aumentada • Disposição para religiosidade aumentada

<p>2. Domínio Fisiológico: Incluem diagnósticos, resultados e intervenções para promover uma ótima saúde biofísica.</p>	<p>• Função cardíaca</p>	<p>• Mecanismos cardíacos usados para manter a perfusão tissular</p>	<p>• Débito cardíaco diminuído • Perfusão tissular ineficaz</p>
	<p>• Eliminação</p>	<p>• Processos relacionados à secreção e excreção de resíduos corporais</p>	<p>• Incontinência intestinal • Constipação • Constipação percebida • Risco de constipação • Diarréia • Incontinência urinária funcional • Incontinência urinária reflexa • Incontinência urinária de esforço • Incontinência urinária total • Incontinência urinária de urgência • Eliminação urinária prejudicada • Retenção urinária • Disposição para eliminação urinária melhorada</p>
	<p>• Líquidos e Eletrólitos</p>	<p>• Regulação do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico</p>	<p>• Volume de líquidos deficiente • Volume excessivo de líquidos • Risco de volume de líquidos deficiente • Risco de volume de líquidos desequilibrado • Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado</p>
	<p>• Neurocognição</p>	<p>• Mecanismos relacionados ao sistema nervoso e ao funcionamento neurocognitivo, incluindo memória, pensamento e julgamento</p>	<p>• Disreflexia autonômica • Risco de disreflexia autonômica • Confusão aguda • Confusão crônica • Síndrome da interpretação ambiental prejudicada • Capacidade adaptativa intracraniana diminuída • Memória prejudicada • Negligência unilateral • Processos do pensamento perturbados • Perambulação</p>
	<p>• Função farmacológica</p>	<p>• Efeitos (terapêuticos e adversos) de medicamentos ou drogas e outros produtos farmacologicamente ativos</p>	

<p>3. Domínio Psicossocial: Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover uma ótima saúde mental e emocional e o funcionamento social.</p>	<p>• Regulação física</p>	<p>• Respostas da temperatura corporal, sistema endócrino e imunológico para regular os processos celulares</p>	<p>• Resposta alérgica ao látex • Risco de resposta alérgica ao látex • Risco de temperatura corporal desequilibrada • Hipertermia • Hipotermia • Risco de infecção neurovascular periférica • Proteção ineficaz • Termorregulação ineficaz</p>
	<p>• Reprodução</p>	<p>• Processos relacionados à procriação humana e ao nascimento</p>	
	<p>• Função respiratória</p>	<p>• Ventilação adequada para manter os gases do sangue arterial dentro dos limites normais</p>	<p>• Desobstrução ineficaz das vias aéreas • Risco de aspiração • Padrão respiratório ineficaz • Troca de gases prejudicada • Risco de sufocação • Ventilação espontânea prejudicada • Resposta disfuncional ao desmame ventilatório</p>
	<p>• Comportamento</p>	<p>• Ações que promovem, mantêm ou restabelecem a saúde</p>	<p>• Manutenção ineficaz da saúde • Comportamentos de busca de saúde • Desobediência • Controle ineficaz do regime terapêutico • Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico • Controle familiar ineficaz do regime terapêutico • Disposição para controle aumentado do regime terapêutico</p>
	<p>• Comunicação</p>	<p>• Recebimento, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não-verbais</p>	<p>• Comunicação verbal prejudicada • Disposição para comunicação aumentada</p>
	<p>• Enfrentamento</p>	<p>• Ajuste ou adaptação a situações estressantes</p>	<p>• Adaptação prejudicada • Conflito de decisão • Enfrentamento ineficaz • Enfrentamento comunitário ineficaz • Disposição para enfrentamento comunitário ineficaz • Enfrentamento defensivo • Enfrentamento familiar comprometido</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamento familiar incapacitado • Disposição para enfrentamento familiar aumentado • Sentimento de pesar antecipado • Sentimento de pesar disfuncional • Risco de sentimento de pesar disfuncional • Síndrome pós-trauma • Risco de síndrome pós-trauma • Síndrome do trauma de estupro • Síndrome do trauma de estupro: reação composta • Síndrome do trauma de estupro: reação silenciosa • Síndrome do estresse por mudança • Risco de síndrome do estresse por mudança • Automutilação • Risco de automutilação • Risco de suicídio • Risco de violência direcionada a si mesmo • Disposição para enfrentamento aumentado
• Emocional	• Estado mental ou sentimento que pode influenciar as percepções sobre o mundo	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Ansiedade relacionada à morte • Medo • Desesperança • Tristeza crônica
• Conhecimento	• Capacidade de compreender e aplicar informações para promover, manter e restabelecer a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento deficiente (especificar) • Disposição para conhecimento aumentado
• Papéis/ relacionamentos	• Manutenção e/ou modificação de comportamentos sociais esperados e ligações emocionais com terceiros	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de vínculo pais/filhos prejudicado • Tensão do papel do cuidador • Risco de tensão do papel de cuidador • Conflito no desempenho do papel de pai/mãe • Processos familiares disfuncionais: alcoolismo • Processos familiares interrompidos • Paternidade ou maternidade prejudicada • Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

			<ul style="list-style-type: none"> • Desempenho de papel ineficaz • Interação social prejudicada • Isolamento social • Risco de violência direcionada a outros • Disposição para processos familiares melhorados • Disposição para paternidade/maternidade melhorada
	• Autopercepção	• Consciência da própria identidade corporal e pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio da imagem corporal • Distúrbio da identidade pessoal • Risco de solidão • Sentimento de impotência • Risco de sentimento de impotência • Baixa auto-estima crônica • Baixa auto-estima situacional • Risco de baixa auto-estima situacional • Disposição para autoconceito melhorado
4. Domínio Ambiental: Incluem diagnósticos, resultados e intervenções para promover e proteger a saúde ambiental e a segurança dos indivíduos, sistemas e comunidades.	• Sistema de saúde	• Estruturas e processos sociais, políticos e econômicos para a prestação de serviços de cuidado à saúde	
	• Populações	• Agrupamento de indivíduos ou comunidades que tenham características em comum	
	• Controle de risco	• Evitação e controle de ameaças à saúde identificáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do lar prejudicada • Risco de lesão • Risco de lesão perioperatória por posicionamento • Risco de envenenamento • Risco de trauma • Risco de síndrome da morte súbita

Quadro 3: A Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem com Exemplos de Diagnósticos da NANDA.

Fonte: NANDA Internacional. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação*, 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 273-284

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem são de suma importância para todos os níveis da prática da enfermagem (assistência, ensino e pesquisa), facilitando a comunicação entre as enfermeiras, oferecendo uma linguagem padronizada, facilitando a troca de informações entre a equipe de enfermagem e contribuindo na continuidade da assistência. A NANDA contribui de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem, desenvolvendo um sistema conceitual para classificar os diagnósticos em uma taxonomia.

Esperamos que este trabalho desperte nas enfermeiras a curiosidade, em saber o motivo pelo qual durante todos esses anos, tantos profissionais têm dedicado todo seu tempo na tentativa obter um sistema de classificação uniforme de diagnóstico em enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B.L. Perspectivas da utilização das classificações NNN no ensino, na assistência e na pesquisa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2004, **Anais...** Gramado: ABEn, 2004.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n 2, p. 240-244, mar/abr. 2003.

COLER, M. S. Da evolução a classificação da prática de enfermagem. In: Guedes, M.V.C. et al. (org.). **O uso de diagnóstico na prática da enfermagem**. Brasília: ABEn, 1997. p. 22-26.

CRUZ, D. A. L. M. A. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo, T. I. et al. (org.) **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. Serie Didática: Enfermagem no SUS, (ISBN – 85-86709-01-8) p. 63-84.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Revista Paulista Enfermagem**. v. 13, n 1/3, p. 3-7. 1994.

FARIAS, J. N. et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160p.

FRANÇA, U. M. **Diagnósticos de Enfermagem e uma proposta para pacientes com AIDS**. João Pessoa, 1999. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 1999. p. 25-28.

GARCIA, T. R. Diagnóstico de Enfermagem – uma proposta para uniformização da linguagem do enfermeiro. **Enfermagem Revista**. Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 57-67. dez. 1994.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos, I. et al (org). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções – Série Atualização e enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 37 – 63.

GUERRA, E. M. D; Avanços na validação de diagnóstico de enfermagem. In: ENCONTRO CEARENSE SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. **Anais...** Ceará: ABEN, 1998, p. 41-46.

KERR, M. E. et al. Development of definitions for taxonomy II. **Nursing Diagnosis**. v. 3, n. 2, p. 65-71, 1992.

MICHEL, J. L. M. **Adaptação transcultural da taxonomia II de diagnóstico de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ao contexto brasileiro**. São Paulo, 2003. 149f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação de Enfermagem.

MILLS, W. C. Nursing Diagnosis; the importance of a definition. **Nursing Diagnosis**. V. 2. n. 1. p. 3-8. jan./mar., 1991.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Nursing Diagnoses: definitions and classification: 1992 – 1993**. Philadelphia: NANDA, 1992.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação – 1999-2000**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação** – 2001-2002. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação** – 2003-2004. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação** – 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NANDA International. **Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008**. Philadelphia: NANDA-I, 2007.

NÓBREGA, M. M. L. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA e a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta**. João Pessoa. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, p. 37-39.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência Semântica de classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – versão alfa**. João Pessoa: Idéia, 2000. 136p.

PEREZ, V. L. A. B., et al. Diagnóstico de enfermagem um desafio de enfermagem para os anos 90. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 43, n. (1, 2, 3/4), p. 14-18, jan./dez. 1990.

WARREN, J. J. The development of NANDA's nursing diagnoses taxonomy. **Nursing Diagnoses**. v. 1, n 4, p. 162-168. 1990.

CAPÍTULO 13

Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (Nursing Intervention Classification)

MARIA SÔNIA SANTANA
DENYSE LUCWÜ MARTINS
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA
TELMA RIBEIRO GARCIA

APRESENTAÇÃO

A proposta dos sistemas de classificação em enfermagem é organizar termos que tenham o mesmo significado para os profissionais de enfermagem em qualquer parte do mundo. Se isso for alcançado, teremos conseguido a padronização do vocábulo em enfermagem, conseqüentemente, uma linguagem padronizada comum, que favorecerá tanto o crescimento do conhecimento na Enfermagem, como a utilização do processo de enfermagem, contemplando desta forma os elementos da prática de enfermagem. Este capítulo tem como objetivo relatar o processo de construção da NIC e descrever a importância do Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Desenvolver sistemas de classificação envolve reflexões, observações, estudos e pesquisas. É um trabalho exaustivo, porém de grande utilidade prática e de aumento do conhecimento. A classificação permite organizar, ordenar o conhecimento, possibilitando perceber seus fundamentos. A linguagem se torna padronizada, facilitando a descrição da prática, determinando comportamentos, facilitando a compreensão e comunicação das ações profissionais.

Na busca de seus próprios conhecimentos e da autonomia profissional, a Enfermagem percebeu a necessidade de ter alicerçado seu fazer e encontrou na sistematização da assistência de enfermagem o instrumento que precisava para organizar, melhorar e torná-la mais científica. Diante disto, observamos diversos estudos sendo desenvolvido com o intuito de aperfeiçoar esta sistematização da assistência, tanto na prática quanto no ensino da profissão (NAKAMURA, 2003, p. 14).

Uma taxonomia para as intervenções traz benefícios a todos os níveis da prática da Enfermagem, ou seja, assistência, ensino e pesquisa. Além disso, facilita a comunicação, ao proporcionar uma terminologia comum para a troca de informações de todas as áreas da profissão.

Um sistema de classificação das intervenções de enfermagem é essencial em virtude de: “[...] 1 – delinear o corpo de conhecimento único para a Enfermagem; 2 – determinar o conjunto de serviços de enfermagem; 3 – desenvolver um sistema de informação; 4 – refinar o sistema de classificação do paciente; 5 – ser um elo entre os diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados; 6 – alocar recursos para os planos de enfermagem; 7 – articular outros profissional na função específica da Enfermagem.” (TITLER et al., 1991, p.46).

Entre esses sistemas de classificação, está o das intervenções de enfermagem, correspondente à fase de tratamento, que ao longo dos anos tem recebido várias denominações, como: Intervenção, Ação, Prescrição, Conduta e Tratamento. Esses termos utilizados na Enfermagem constituem-se, na concepção de Gutiérrez e Souza (2000), em nós conceituais, impulsionando os profissionais de enfermagem a buscarem o entendimento desses conceitos, para que sua utilização tenha um significado apropriado para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem.

Para melhor entendimento dos significados desses termos se faz necessário definir aqueles que aparecem com mais frequência nos registros profissionais. Segundo Ferreira (1986), o termo **Ação** (do latim *actione*) é o ato ou efeito de atuar, atuação, obra, modo de proceder a atitude entre outros; o termo **Tratamento** (do latim *tratar-tractare*) é o ato ou efeito de tratar, trato, acolhimento, recepção, processo de curar; o termo **Prescrição**, é o ato ou efeito de prescrever, ordem expressa e formal, determinação, significa a determinação e descrição por escrito das decisões sobre medicamentos e outros procedimentos usado nos relatórios médicos; o termo **Intervenção** (do latim *interventione*) é o ato de intervir, interferência.

Independente de como esses termos encontram-se definidos, eles representam uma estreita relação do fazer da Enfermagem, cuja vinculação pode ser percebida em Horta (1979, p.36), quando afirma que a prescrição de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem que compreende a “[...] implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.” Da mesma forma o termo intervenção significa

literalmente “[...] colocar-se entre o cliente e o problema para modificar ou influenciar o problema e isto implica em interferência ativa do enfermeiro para auxiliar o cliente a chegar aos resultados desejados.” (PEREIRA, 1997, p.30).

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO – NIC

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), foi elaborada a partir do Projeto de Intervenções de IOWA, iniciado em 1987, por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem de Iowa, Estados Unidos, e recebeu vários suportes financeiros para a sua construção, teste e refinamento, aplicação e manutenção (CHIANCA, 2002).

A estruturação da NIC passou por quatro fases, cada uma destas fases com alguma sobreposição temporal da fase subsequente. Para McCloskey e Bulechek (2002), estas fases foram as seguintes: Fase I: Construção da Classificação (1987 – 1992) – (Método Indutivo); Fase II: Construção da Taxonomia (1990 – 1995) – (Método Dedutivo); Fase III: Teste Clínico e Aperfeiçoamento (1993 – 1997) – (Etapas de implementação: NANDA, NIC e NOC); e Fase IV: Uso e Manutenção (1996, em desenvolvimento)”.

De acordo com as referidas autoras, para a elaboração desta taxonomia, foram utilizados diversos métodos de pesquisa, como por exemplo, o método indutivo, na **fase I**, para a construção da classificação baseada na prática existente. As fontes originais constaram de livros-texto atuais, de planos de cuidados e sistemas de informação de enfermagem. Análise de conteúdo, revisão com grupos focais e questionários para especialistas de várias áreas foram empregados para ampliar os conhecimentos de prática clínica dos membros da equipe de pesquisa. A **fase II**, por sua vez, caracterizou-se pelos métodos dedutivos.

Os métodos para construir a taxonomia incluíram análise de similaridade, agrupamento hierárquico e escalonamento multidimensional. A **fase III**, por meio de testes clínicos de campo, etapas de implementação foram desenvolvidas e testadas, tendo sido identificada a necessidade de ligações entre NANDA, NIC e NOC. Com o passar do tempo, mais de mil enfermeiros preencheram questionários e **cerca de cinquenta Associações profissionais oferecem contribuições sobre a classificação. A fase IV**, caracteriza-se pelo uso e manutenção do sistema de classificação, continua em desenvolvimento.

A primeira edição da NIC foi apresentada em 1992 com 366 intervenções de enfermagem; a segunda edição, publicada em 1996, inclui 433 intervenções de enfermagem; e a terceira publicada em 2000, inclui 486 intervenções.

McCloskey e Bulechek (1996, p.18), descrevem o termo classificação das intervenções de enfermagem como, “[...] o ordenamento ou arranjo das atividades de enfermagem dentro de um grupo ou dispostos numa base de suas relações e determinação dos níveis de intervenções para estes grupos [...]”. E explica a Taxonomia das Intervenções de Enfermagem como, “[...] uma organização sistemática da intervenção baseada em semelhanças dentro das quais pode ser considerada uma estrutura conceitual”.

No entendimento de McCloskey e Bulechek (2002 citados por GARCIA; NÓBREGA, 2003, p.16) a NIC é definida como, “[...] qualquer tratamento, baseado em julgamento e conhecimento clínico, que a(o) enfermeira(o) desempenha para melhorar os resultados do paciente/cliente.” De acordo com as autoras citadas a NIC é um sistema útil para: documentação clínica; comunicação acerca do cuidado realizado, quer entre profissionais ou quer entre outros setores pelos quais o paciente caminhe

durante a atenção à saúde; integração de informações em pesquisas e em bases de dados relacionados; avaliar a produtividade em termos da relação custo/benefício da intervenção de enfermagem e inclusão nos currículos de formação de profissionais de enfermagem.

Segundo McCloskey e Bulechek (1996), as ligações entre diagnósticos e intervenções são necessárias por muitas razões, como: identificar intervenções de enfermagem, que são opções de tratamento para resolução de um diagnóstico de enfermagem; ajudar os enfermeiros a se familiarizarem com a linguagem da NIC facilitando seu uso na prática, na educação e na pesquisa; oferecer uma estrutura inicial para uma base de dados de um sistema de informações clínicas de enfermagem; e facilitar a testagem em campo e validação das ligações.

3. ESTRUTURA DA NIC

De acordo com McCloskey e Bulechek (2002), as intervenções da NIC estão relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA, aos problemas do Sistema OMAHA e aos resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC – *Nursing Outcomes Classification*).

A estrutura taxonômica da NIC é constituída por três níveis. O primeiro nível, o mais abstrato, é representado por sete domínios: Fisiológico básico, Fisiológico complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de Saúde, Comunidade. O segundo nível é representado por 30 classes, organizadas dentro dos domínios. O terceiro nível é constituído pelas 486 intervenções de enfermagem, agrupadas por classes e domínios (GARCIA; NÓBREGA, 2003).

O domínio **Fisiológico básico** é definido como cuidados que dão suporte ao funcionamento físico do organismo. Este domínio tem seis Classes: **Controle de atividades e exercícios** – contém dez intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação de gasto de energia; **Controle das eliminações** – com vinte e quatro intervenções para estabelecer e manter padrões de eliminações, intestinal e urinária, normais e controlar complicações resultantes de padrões alterados; **Controle de imobilidade** – apresenta nove intervenções para controlar a restrição de movimentos corporais e as seqüelas; **Suporte nutricional** – com dezessete intervenções para modificar ou manter o estado nutricional; **Promoção do conforto físico** – contém doze intervenções para promover conforto utilizando técnicas físicas; e **Facilitação do autocuidado** – apresenta vinte e três intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina da vida diária.

O domínio **Fisiológico complexo**, definido como cuidados que dão suporte a regulação homeostática, possui oito Classes: **Controle ácido-base e eletrólitos** – com vinte e seis intervenções para regular o equilíbrio eletrolítico/ácido-básico e prevenir complicações; **Controle de drogas** – que apresenta vinte e sete intervenções para facilitar efeitos desejados de agentes farmacológicos; **Controle neurológico** – com doze intervenções para otimizar as funções neurológicas; **Cuidados perioperatórios** – com onze intervenções para oferecer cuidados antes, durante e imediatamente após cirurgia; **Controle respiratório** – apresentando dezoito intervenções para promover a permeabilidade das vias aéreas e a troca de gases; **Controle da pele/lesões** –

com quatorze intervenções para manter ou restaurar a integridade tissular; **Termorregulação** – contendo seis intervenções para manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais e **Controle da perfusão tissular** – com quarenta e duas intervenções para otimizar a circulação do sangue e líquidos dos tecidos.

O domínio **Comportamental**, definido como cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida, possui seis Classes: **Terapia comportamental** – com vinte e cinco intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis; **Terapia cognitiva** – apresentando nove intervenções para reforçar ou promover o funcionamento cognitivo desejável ou alterar o funcionamento cognitivo indesejável; **Melhora da comunicação** – com onze intervenções para facilitar o envio e o recebimento de mensagens verbais e não-verbais; **Assistência no enfrentamento (coping)** – com trinta e três intervenções para auxiliar o outro a contar com seus pontos fortes, adaptar-se a uma mudança de função ou alcançar um nível mais elevado de funcionamento; **Educação do paciente** – com vinte e quatro intervenções para facilitar o aprendizado; **Promoção do conforto psicológico** – com nove intervenções para promover conforto, utilizando técnicas psicológicas.

O domínio **Segurança** é definido como cuidados que dão suporte contra danos. Este domínio possui duas Classes: **Controle de crise** – com doze intervenções para oferecer ajuda imediata e em curto prazo em crises psicológicas e fisiológicas; **Controle de risco** – apresenta trinta e nove intervenções para iniciar atividades de redução de riscos e manter a monitorização contínua de riscos.

No domínio **Família**, definido como cuidados que dão suporte à unidade familiar, possui três Classes: **Cuidados no período de gestação ao nascimento de filho** – com trinta e nove intervenções para apoio no preparo para o nascimento e controle das mudanças psicológicas e fisiológicas antes, durante e imediatamente após o parto; **Cuidados na criação de filhos** – apresenta vinte e quatro intervenções para auxiliar na educação/criação de filhos; **Cuidados no ciclo da vida** – com onze intervenções para facilitar o funcionamento da unidade familiar e promover a saúde e bem-estar dos membros da família ao longo da vida. O domínio **Sistema de saúde**, definido como cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde, possui três Classes: **Mediação com o sistema de saúde** – com quatorze intervenções para facilitar a interface entre paciente/família e o sistema de atendimento à saúde; **Controle do sistema de saúde** – com vinte intervenções para proporcionar e melhorar os serviços de apoio ao oferecimento de cuidados; **Controle das informações** – apresenta treze intervenções para facilitar a comunicação sobre os cuidados de saúde.

O domínio **Comunidade**, definido como cuidados que dão suporte à saúde da comunidade, e possui duas Classes: **Promoção da saúde comunitária** – com sete intervenções que promovem à saúde de toda a comunidade; **Controle de riscos comunitários** – apresenta nove intervenções para auxiliar a detecção ou prevenção de riscos à saúde de toda a comunidade (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

As intervenções de enfermagem incluídas na NIC possuem: título, definição e uma lista de atividades, que descrevem as ações profissionais ao executar a intervenção de enfermagem, como podem ser visualizadas no exemplo de uma intervenção de enfermagem a seguir (Quadro 1).

Título: Controle de convulsões
Definição: Cuidado do paciente durante e após um episódio de convulsão
Atividades: <ul style="list-style-type: none"> • Restringir os movimentos para prevenir lesões • Monitorar a direção da cabeça e dos olhos durante o episódio • Afrouxar as roupas • Permanecer com o paciente durante a convulsão • Manter via aérea pérvia • Estabelecer acesso IV, quando adequado • Administrar oxigênio, quando adequado • Monitorar o estado neurológico • Monitorar os sinais vitais • Reorientar após a convulsão • Registrar a duração da crise convulsiva • Registrar as características da crise convulsiva: partes do corpo envolvidas, atividade motora e progressão da convulsão • Documentar as informações sobre a convulsão • Administrar medicamentos, quando adequado • Administrar anticonvulsivante, quando adequado • Monitorar os níveis das drogas antiepilépticas, quando adequado • Monitorar a duração e as características do período pós-convulsão

Quadro 1: Elementos estruturais de uma Intervenção de Enfermagem da NIC
Fonte: McCLOSKEY, J.C., BULECHEK, G.M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.329.

4. COMO ESCOLHER INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

McCloskey e Bulechek (2004) afirmam que existem mais de 12.000 atividades distribuídas entre as 486 intervenções de enfermagem incluídas na NIC, e pelo fato de se tratar de uma linguagem padronizada, o título e a definição não podem ser mudados, só sendo possível por meio de um processo formal de revisão. Já as atividades podem ser modificadas, dependendo da necessidade de uma situação particular do paciente para que ocorra a

individualização do cuidado. As intervenções devem incluir verbos de ação que reflitam as atividades a serem executadas. A NIC apresenta, para cada diagnóstico de enfermagem desenvolvido e aprovado pela NANDA, as possíveis intervenções de enfermagem, apresentando as principais para atender os diagnósticos.

Segundo Garcia e Nóbrega (2004) foram identificados por McCloskey e Bulechek, em 1992, e por Johnson e colaboradores, em 2002, seis fatores que devem ser considerados ao se selecionar uma intervenção de enfermagem: o resultado desejado para o paciente; as características definidoras do diagnóstico de enfermagem; a base de pesquisa associada com a intervenção; a viabilidade da execução da intervenção; a aceitação da intervenção pelo paciente e a capacidade física, intelectual e legal do profissional para executá-la.

5. COMO ESCOLHER ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Na escolha das atividades de enfermagem deve-se levar em consideração a possibilidade de: modificar os fatores relacionados (causas) dos diagnósticos de enfermagem; atenuar ou eliminar as características definidoras (sinais e sintomas) dos diagnósticos de enfermagem e melhorar ou alterar os resultados esperados (GARCIA; NÓBREGA, 2003).

A NIC não prescreve intervenções para situações específicas. A decisão de quando e para que paciente usar uma intervenção faz parte da tomada de decisão clínica do enfermeiro. Os enfermeiros precisam selecionar a(s) intervenção(ões) apropriada(s), tendo por base o que conhecem do paciente e as condições dos mesmos. Observa-se que o número demasiado de sistemas não padronizados é

notadamente, a questão principal da dificuldade em se obter grandes conjuntos de dados para que possam ser comparados com o custo do trabalho do enfermeiro (GUIMARÃES, 2000).

A linguagem utilizada na classificação das intervenções de enfermagem é clara, formulada com consistência, refletindo a linguagem utilizada na prática. Levantamentos com profissionais da saúde têm demonstrado que todas as intervenções são usadas na prática. Embora toda a lista de 486 intervenções possa parecer exagerada, num primeiro momento, para estudantes e profissionais, temos visto que os enfermeiros logo descobrem aquelas intervenções que são mais empregadas em suas especialidades ou com a sua população de pacientes (McCLOSKEY; BULECHEK, 2002).

A importância da classificação das intervenções no processo de ensino iniciado pelos enfermeiros é ressaltada por Souza (1997), para determinar as necessidades do paciente com respostas apropriadas; a determinação dos custos dos serviços de enfermagem, o que poderá facilitar o cálculo de cada intervenção; o planejamento para resolver necessidades nas tendências da prática de enfermagem; a unificação da linguagem na comunicação da Enfermagem; e a articulação com o sistema de classificação de outros cuidados de saúde.

O aspecto operacional do cuidado de enfermagem é descrito por Garcia e Nóbrega (2003, p.19), quando relatam que as pesquisadoras responsáveis pelo desenvolvimento da NIC afirmam, que “[...] as intervenções executadas pelos profissionais de enfermagem podem ser consideradas o produto do cuidado de enfermagem e que, dessa forma, deve-se procurar conhecer seu custo operacional”. As autoras ressaltam que, para facilitar os custos das intervenções, a

Enfermagem deve observar: que intervenções funcionam melhor para o alcance de um determinado resultado; que intervenções são executadas em conjuntos e as que são executadas por outras especialidades.

Quando a Enfermagem conseguir determinar os custos de cada intervenção realizada, dará um passo substancial, para reduzir os custos do cuidado e reembolsar pelos seus serviços, e isto será concretizado quando existir uma padronização das intervenções de enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A NIC representa uma das mais avançadas propostas em termos de pesquisas sobre intervenções de enfermagem, com uma estrutura taxonômica apresentada com 486 intervenções voltadas para os diagnósticos de enfermagem. As intervenções de enfermagem consistem em unidades de trabalho visando primordialmente a promoção da qualidade da assistência de enfermagem. Esforços para desenvolver e usar linguagens uniformizadas de enfermagem são necessários porque dados de enfermagem devem ser incluídos em estudos sobre qualidade e custos. Por este motivo, concordamos que atualizar os conhecimentos sobre a classificação das intervenções de enfermagem, facilita os enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem acompanhar a evolução do assunto, contribuindo assim, para a assistência, ensino e pesquisa.

Acreditamos que a utilização da Classificação de Intervenções de Enfermagem, juntamente com as Classificações de Diagnóstico e de Resultados de Enfermagem tornará o trabalho invisível da Enfermagem em visível, por meio da documentação das atividades de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- CHIANCA, T. C. M. As classificações da prática de enfermagem: diagnóstico, intervenções e resultados. In: III Fórum Mineiro de Enfermagem, org. MONTEIRO, et al. **Sistematizar o cuidar**. Uberlândia: UFU, 2002. Anais.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos, I. et al (org). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções – Série Atualização e enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 37 – 63.
- GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. **Intervenções de enfermagem propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem “excesso de volume de líquidos”**. São Paulo, 2000. 163p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.
- GUTIÉRREZ, M. G. R.; SOUZA, M. F. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In: Garcia, T. R.; Nóbrega, M. M. L. (org.) **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem: Idéia, 2000.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUSP; 1979.
- McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G.M. **Nursing Interventions Classification – NIC: Iowa intervention project**. 2. ed. St. Louis: Mosby. 1996. 739p.
- McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.148-161.
- McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 3 ed. St. Louis: Mosby, 2002.
- NAKANURA, J. A. **Validação da proposta diagnóstica Insaturação arterial periférica na criança cardiopata**. 2003. 96f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina.

- PEREIRA, M. A. **Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e proposta de intervenções de enfermagem**. João Pessoa, 1997. Dissertação (mestrado). CCS/UFPB
- SOUSA, M. C. M. **Diagnóstico de enfermagem nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais na criança – validação e proposta de intervenções**. 1997. 98p. Dissertação (Mestrado) UFPB / CCS.
- TITLER, M. G. et al. Classification of nursing interventions for care of the integument. **Nursing Diagnosis**. V.2, n.2, apr./jun., p.45-56, 1991.

CAPÍTULO 14

Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC (Nursing Outcomes Classification)

ANA PAULA MARQUES ANDRADE DE SOUZA
KENYA DE LIMA SILVA
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA

APRESENTAÇÃO

Neste capítulo, enfocamos o Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem, considerado como a primeira linguagem ampliada e padronizada, usada para descrever os resultados dos clientes produzidos pelas intervenções de enfermagem, além de ser um sistema complementar a taxonomia da NANDA. Este capítulo tem como objetivo descrever o sistema de classificação dos resultados de enfermagem e enfatizar a sua importância como instrumento tecnológico do processo de cuidar em enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é reconhecido como uma metodologia universal para prestação de cuidados de saúde, sendo utilizado como instrumento para apoiar a prática de

enfermagem, além de favorecer o desenvolvimento de conceitos e sistemas de classificação (OPAS, 2001; ANTUNES, 2000).

A introdução do processo de enfermagem na prática assistencial, a partir da década de 1970, favoreceu o desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem uma vez que esses estão relacionados a algumas fases do processo, como por exemplo: Sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA; Classificação das intervenções de enfermagem (*Nursing Intervention Classification*); Classificação dos resultados esperados de enfermagem (*Nursing Outcomes Classification*), dentre outros (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000). Neste estudo iremos abordar sobre o Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* – NOC).

Há décadas, os resultados das intervenções de enfermagem eram classificados, pois Florence Nightingale registrava sistematicamente os resultados dos cuidados por ela prestado aos soldados da Guerra da Criméia, com a finalidade de selecionar os cuidados, de acordo com o problema apresentado por cada cliente. Com a reestruturação do sistema norte-americano de cuidados de saúde, cujo objetivo era aumentar a economia e estabelecer critérios para selecionar provedores de cuidados (o que corresponde no Brasil aos planos de saúde), houve uma preocupação com o tipo de cuidado prestado por esses provedores e os seus resultados. Frente ao processo de reestruturação, a Enfermagem teve que definir suas intervenções e resultados para poder manter sua identidade e ser reconhecida pelos sistemas de saúde, pois geralmente os resultados apresentados por esses provedores traziam informações sobre a prática médica e os resultados das organizações, excluindo as

intervenções e os resultados da prática de enfermagem (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004). Diante disso, houve um esforço dos enfermeiros para categorizar os resultados e identificar as medidas essenciais dos mesmos.

Na década de 1980, foram formuladas duas categorias de resultados, a primeira de Lang e Clinton com seis categorias: *estado de saúde física; estado de saúde mental; funcionamento social e físico; atitudes, conhecimento e comportamento de saúde; uso de recursos profissionais de saúde; percepções do paciente a respeito da qualidade do cuidado de enfermagem*. A segunda de Marek, cujas categorias descrevem o estado do paciente e o uso de recursos, são elas: *medidas fisiológicas; medidas psicossociais; medidas funcionais; comportamentos do cliente; conhecimento do cliente; controle de sintomas; manutenção do lar; bem-estar; conquista de metas; satisfação do paciente; segurança; frequência do serviço; custo; re-hospitalização; solução dos diagnósticos de enfermagem*. (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

Porém, só na década de 1990, houve o aumento da importância da eficiência dos cuidados de saúde, resultando na ênfase do desenvolvimento dos resultados de enfermagem, pois para que a Enfermagem trabalhasse junto às organizações era preciso medir e documentar os resultados dos clientes que fossem influenciados por seus cuidados (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Em agosto de 1991, na Universidade de Iowa, nos Estados Unidos, surgiu a equipe de desenvolvimento da NOC (*Nursing Outcomes Classification*), equipe essa pertencente também ao grupo da Classificação das

Intervenções de Enfermagem (NIC). A NOC é uma linguagem reconhecida e aprovada pela Associação Americana de Enfermeiras (ANA), para ser usada na padronização de linguagem de enfermagem nos Estados Unidos; é considerado ainda, um sistema de classificação complementar a taxonomia da NANDA e da NIC (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

A OPAS (2001, p. 64) define **Resultados** como um “[...] conceito variável que representa o estado de uma pessoa, família ou comunidade medida ao longo de um *continuum*, e que representa as respostas às intervenções de enfermagem”, ou seja, os resultados representam a real condição do cliente e não as metas esperadas.

Os resultados em enfermagem não se baseiam apenas em exames laboratoriais, inclui dados relacionados ao conhecimento do cliente, comportamento, segurança, uso de recursos de manutenção, entre outros, ou seja, descrevem o estado, os comportamentos e as percepções ou sentimentos dos clientes em resposta ao cuidado que lhe foi prestado. Inclui categorias que são influenciadas mais pelos cuidados de enfermagem do que pelos cuidados médicos (MARIN, 2004; GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Portanto, a NOC é a primeira linguagem ampliada e padronizada, usada para descrever os resultados dos clientes produzidos pelas intervenções de enfermagem (MARIN, 2004).

A NOC é definida como uma classificação integral e normalizada, dos resultados obtidos com os clientes, desenvolvida para avaliar os efeitos das intervenções (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004). Essas intervenções são avaliadas levando em consideração se elas produziram ou influenciaram um resultado positivo, se foram realizadas com a intensão de influenciar ou produzir um resultado.

Identificar, rotular, validar e classificar resultados de enfermagem; testar em campo e validar a classificação; definir e testar procedimentos de medidas para os resultados e indicadores usando dados clínicos, são os propósitos da NOC. Até o presente podemos diferenciar cinco fases da pesquisa da NOC: **Fase I (1992 – 1993)** – caracterizada como fase do trabalho piloto, o qual tinha como objetivo provar a Metodologia; **Fase II (1993 – 1996)** – construção dos resultados; **Fase III (1996 – 1997)** – fase da construção da taxonomia e experimento clínico; **Fase IV (1998 – 2000)** – avaliação das escalas de medição; **Fase V** – fase do refinamento e uso clínico, iniciada em 1997 até a presente data (NURSING..., 2003).

A primeira publicação da NOC foi em 1997, com 190 resultados distribuídos em 06 domínios e 26 classes. A segunda representou a conclusão das fases I e II da pesquisa, constava de uma lista de 260 resultados distribuídos em 07 domínios e 29 classes, e foi editada em português no ano de 2004. A terceira edição encontra-se apenas na língua original, consta de 07 domínios e 31 classes, com 330 resultados, destes 311 estão relacionados ao indivíduo, 10 à família e 09 à comunidade (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

3. ESTRUTURA DA NOC

A segunda edição em português apresenta a estrutura atual da NOC, com uma lista de 260 resultados, distribuídos em ordem alfabética, sendo que destes 247 estão relacionados ao indivíduo, 07 a família e 06 a comunidade.

Os sete domínios da NOC são distribuídos em: saúde ocupacional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, comportamento e conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde da família e saúde da comunidade (NURSING..., 2003).

Esses domínios possibilitam a aplicação deste sistema tanto na área hospitalar como na extra-hospitalar, ao indivíduo ou comunidade. Cada domínio possui um conjunto de classes, totalizando 29 classes, conforme demonstrado no quadro 1.

Domínio	Classes
1. Saúde Funcional	Manutenção da energia, crescimento e desenvolvimento, mobilidade, cuidado pessoal.
2. Saúde Fisiológica	Cardiopulmonar, excreção, líquidos e eletrólitos, resposta imunitária, regulação metabólica, neurocognitiva, nutrição, resposta terapêutica, integridade tissular, função sensorial.
3. Saúde Psicossocial	Bem-estar psicológico, adaptação psicossocial, autocontrole, interação social.
4. Comportamento e Conhecimento em saúde	Condutas relacionadas com a saúde, crenças relacionadas com a saúde, conhecimentos relativos a saúde, manejo de risco e seguridade.
5. Saúde Percebida	Saúde e qualidade de vida, sintoma, estado.
6. Saúde da Família	Situação dos prestadores de assistência familiar, estado de saúde dos membros da família, bem estar familiar.
7. Saúde da Comunidade	Bem-estar da comunidade, proteção da saúde da comunidade.

Quadro 1: Domínios e classes da estrutura da NOC
Fonte: OPAS (2001)

Para cada domínio há uma definição, conforme demonstrado a seguir: **Saúde Funcional** – resultados que descrevem capacidade para o desempenho de tarefas básicas de vida; **Saúde Fisiológica** – resultados que descrevem funcionamento orgânico; **Saúde psicossocial** – resultado que descrevem funcionamento fisiológico e social; **Comportamento e Conhecimento em saúde** – resultados que descrevem atitudes, compreensões e ações com relação a saúde e a doença; **Saúde Percebida** – resultados que descrevem impressões do indivíduo sobre sua saúde; **Saúde da Família** – resultados que descrevem os estados de saúde, comportamento ou funcionamento da família como um todo e do indivíduo como membro da família; **Saúde da Comunidade** – resultados que descrevem a saúde, o bem-estar e o funcionamento de uma população (MARIN, 2004).

Cada resultado da NOC possui um título (nome); uma definição; uma lista de indicadores objetivos e subjetivos que descrevem especificamente o cliente, o prestador do cuidado, a família ou a comunidade; uma escala tipo *Liket*, de cinco pontos, que serve para avaliar o estado de saúde, os comportamentos e percepções ou sentimentos dos clientes, em momentos específicos. Além desses dados cada resultado tem um número de código, o que possibilita seu acesso em um banco de dados eletrônico. No final possui uma coleção de referências que foram utilizadas na elaboração dos resultados (GARCIA; NÓBREGA, 2004; MARIN, 2004).

A seguir exemplificamos um resultado encontrado na segunda versão da NOC.

4. ESTADO NUTRICIONAL: INGESTÃO DE ALIMENTOS E LÍQUIDOS (1008)

Domínio: Saúde Fisiológica

Classe: Nutrição

Escala: Não adequada a completamente adequada

Definição: Quantidade de alimentos e líquidos consumidos nas 24 horas.

Estado Nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Não adequado	Levemente adequado	Moderadamente adequado	Substancialmente adequado	Completamente adequado
Indicadores	1	2	3	4	5
100801 Ingestão oral de alimentos	1	2	3	4	5
100802 Ingestão de alimentos via sonda	1	2	3	4	5
100803 Ingestão oral de líquidos	1	2	3	4	5
100804 Ingestão de líquidos	1	2	3	4	5
100805 Ingestão NPT	1	2	3	4	5
100806 Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Quadro 2: Estado Nutricional: ingestão de alimentos e líquidos.

Fonte: JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. *Classificação dos resultados de enfermagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do processo de enfermagem como metodologia assistencial possibilita um planejamento da assistência de enfermagem voltada para o atendimento dos problemas apresentados pelo paciente, família ou comunidade.

A utilização do sistema de classificação dos resultados, além de possibilitar a padronização da linguagem de enfermagem, permite avaliar e analisar o efeito das intervenções de enfermagem elaboradas para o cliente, família ou comunidade, bem como a prática de enfermagem.

REFERENCIAS

ANTUNES, M. J. M. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistema de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia, 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo-SP, 2004, v. 2, p. 37-63.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARIN, H. F. **Terminologias em enfermagem**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/NIE n/AULAS/AULA04_04.pdf> Acesso em : 12 jan 2005

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistema de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistema de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería**. Washington, D.C.: OPS, 2001.

CAPÍTULO 15

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®

KENYA DE LIMA SILVA
DÉA SILVIA MOURA DA CRUZ
LUCIANA GOMES FURTADO
SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA
CANDICE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA

APRESENTAÇÃO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é um sistema de classificação, que tem o intuito de uniformizar e estabelecer uma linguagem comum que represente a prática de enfermagem no mundo, os conceitos da prática, os cuidados de enfermagem, possibilitar a comparação de dados de enfermagem entre populações, estimular pesquisas, propiciar dados sobre a prática, capazes de influenciar a educação em enfermagem e políticas de saúde, projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, a provisão de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de enfermagem. Para que isso ocorra é necessário a utilização de termos que sejam capazes de reproduzir um universo único de conhecimento, para que a

comunicação ocorra de forma clara, precisa, objetiva e entendível por todos que compõem a equipe de enfermagem, de modo a garantir a continuidade dos cuidados. Este capítulo tem como objetivo fazer um resgate do processo de construção da CIPE® e apresentar as modificações nas diversas versões publicadas com ênfase na CIPE® Versão 1.0.

1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO CIPE®

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um sistema de classificação criado para tentar suprir a necessidade de uma linguagem universal dentro da Enfermagem. Os esforços para a construção de uma classificação universal tiveram seu início no final da década de 1980, quando o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), devido às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), decidiu acrescentar às Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos uma Classificação de Problemas/Diagnósticos de Enfermagem, de Intervenções de Enfermagem e dos Resultados de Enfermagem (NIELSEN, 1996 *apud* NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b).

O desenvolvimento da CIPE® ocorreu após a tentativa de um grupo de enfermeiras, membros da *American Nursing Association* (ANA) e da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em 1986, de incluir na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) um esquema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem, como condições necessárias para o cuidado de enfermagem. Porém, a resposta enviada pela OMS aos enfermeiros, quanto ao documento proposto, explicava que o mesmo não representava a Enfermagem no seu contexto mundial,

sugerido que um órgão internacional da Enfermagem desenvolvesse um sistema de classificação, que fosse capaz de abranger os mais diferenciados contextos da prática da Enfermagem. Assim, em atendimento a esta solicitação, no Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), realizado em Seul, em 1989, foi votada e aprovada a proposta para desenvolver um Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

A elaboração deste projeto teve como justificativa a falta de um sistema e de uma linguagem específica da Enfermagem, que pudessem colaborar com a formulação das políticas de saúde, na contenção dos custos, na informatização dos serviços de saúde, na crescente importância das classificações médicas, e ainda no controle do seu próprio trabalho. Este fato tem impulsionado a Enfermagem a demonstrar sua importância e sua contribuição nos serviços de saúde, bem como a importância urgente de padronizar uma linguagem, que seja capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem (ICN *apud* NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000b).

Após aprovação da proposta e elaboração do Projeto, as atividades do CIE foram iniciadas em 1991, tendo como primeira ação o levantamento bibliográfico na literatura de enfermagem e de uma proposta junto às associações membros do CIE, para identificar os sistemas de classificação utilizados pelos enfermeiros que auxiliavam a prática de enfermagem no mundo (CIE, 1996).

De forma geral o desenvolvimento de uma classificação pode ser descrito em três etapas: a primeira envolve identificar os termos que se quer classificar (o vocabulário); a segunda exige que os conceitos sejam agrupados por características comuns e a terceira que se

organize em uma hierarquia lógica os termos escolhidos e agrupados (a classificação) (CIE, 1996).

O levantamento do CIE quanto às classificações existentes forneceu os elementos iniciais para a primeira etapa. Isto é, os termos das classificações existentes foram trabalhados em termos das suas características para serem agrupados. Quanto ao “arranjo” dos termos, ou melhor, quanto a arquitetura da classificação, afirma-se que não há apenas uma maneira de concebê-la, vários enfoques podem ser utilizados, pois o que faz que uma estrutura de classificação seja sólida é a sua lógica interna e a coerência com que se aplicam as suas regras de classificação (CIE, 1996).

Em julho de 1993, no Congresso Quadrienal do CIE, em Madrid, que teve como foco central à questão dos Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem, foi apresentado o primeiro resultado dos trabalhos iniciados em 1991, a lista com os termos identificados a partir dos 14 sistemas de classificação encontrados. Nesse Congresso, foram realizadas sessões especiais, de plenária e de pôsteres, sobre o Projeto do CIE, despertando o interesse de inúmeros enfermeiros pela CIPE® (CIE, 1996).

A consultora Randi Mortensen e o conselheiro técnico Gunnar H. Nielsen empreenderam a tarefa de desenvolver uma arquitetura para ambas as classificações dos fenômenos de enfermagem, problemas de enfermagem ou diagnósticos, e a classificação das intervenções de enfermagem ou atividades. Essa arquitetura foi apresentada no sexto encontro do grupo de desenvolvimento da CIPE® em junho de 1995, em Geneva. Algumas das idéias sobre a arquitetura da CIPE® tinham sido apresentadas em agosto de 1994 e depois em maio de 1995, durante a segunda Conferência Européia de Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções e Resultados. (COENEN, 2003).

O entusiasmo pela possibilidade da construção de uma classificação internacional para a Enfermagem, levou a formação de grupos de pesquisa por todo o mundo (América, Europa, África, Ásia e países do Pacífico), para comprovar a aplicabilidade e a viabilidade do que já se encontrava escrito. Todo esse trabalho culminou, em 1996, com a divulgação da Versão Alfa da CIPE®, ponto de partida de mudança na história da Enfermagem em nível mundial. Todavia, esta Versão continha a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem. Assuntos relacionados aos resultados clínicos tinham sido deixados de lado pelo Grupo de desenvolvimento da CIPE® (COENEN, 2003).

Mortensen (*apud* RULAND, 2001) refere que a CIPE é um marco unificador, pois reconhece o trabalho das outras classificações de enfermagem existentes e proporciona um marco em que os termos existentes nessas classificações podem ser nomeadas de forma cruzada.

A CIPE® Versão Alfa, como afirmou o próprio CIE (1996), teve o intuito de estimular comentários, observações e críticas, para o melhoramento e a construção da Versão Beta, numa matriz unificadora, onde as taxonomias pudessem ser identificadas, objetivando a uniformização da linguagem das práticas clínicas de enfermagem, e a inclusão da mesma na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde. A Versão Beta foi apresentada durante as comemorações dos 100 anos do Conselho, em julho de 1999 concretizando mais um dos objetivos do Projeto da CIPE® (CIE, 1999).

Abordando melhor essa etapa histórica, COENEN (2003) lembra que em 1997 a primeira proposta teórica para inclusão dos resultados emergiu na Versão Beta da CIPE® que foi publicada por membros do Grupo de Trabalho

interessados com a arquitetura. A Versão Beta da CIPE®, publicada em 1999, seria assim a primeira Versão da CIPE® incluindo as classificações dos fenômenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem.

Essa versão também tem como prioridade provocar modificações no modo de cuidar, e proporcionar a elaboração de manuais técnicos e educativos e materiais para treinar os enfermeiros, na utilização desta classificação (CIE, 2000). Porém, como obra ainda não acabada, outra versão foi publicada em janeiro de 2003, a Beta 2, na perspectiva de que, a partir desta edição, novas revisões viessem a ocorrer em períodos maiores.

Em maio de 2005 foi lançada no Congresso do CIE em Taipei Taiwan a CIPE® Versão 1.0, que teve como principal mudança a junção das Classificações de Fenômenos e Ações de Enfermagem em apenas uma com sete eixos, de modo a se tornar mais simples e compreensível tanto pelos profissionais como pelos computadores, bem como buscar se adequar às exigências da ISO 18.104 (CIE, 2005a).

A Organização Internacional de Normalização (ISO), publicou em 2002 um modelo de terminologia referencial para a Enfermagem, a ISO 18.104, que buscou padronizar a linguagem dos sistemas de classificação de enfermagem, estabelecendo normas para a construção de diagnósticos e ações de enfermagem (ISO, 2002).

2. CIPE® VERSÃO ALFA

Lançada em 1996 a CIPE® Versão Alfa não teve a pretensão de ditar regras, mas ser um instrumento para estimular os enfermeiros a desenvolverem comentários, observações críticas e recomendações para seu desenvolvimento, a fim de que o sistema de classificação

tivesse uma real aplicabilidade e utilização pelos enfermeiros em todo o mundo (CIE, 1996).

Na construção da Versão Alfa foram determinados os pilares de sustentação de toda a estrutura da CIPE®. Realizada sob três pirâmides conceituais, estabelecidas após a identificação dos termos utilizados nas classificações, os quais foram agrupados segundo características comuns e, posteriormente, agrupados de modo hierárquico, dando origem a duas das três pirâmides conceituais – classificação dos fenômenos de enfermagem e das intervenções de enfermagem (CIE, 1996; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

A CIPE® caracteriza-se por regras de classificação segundo as quais todos os conceitos se definem e se situam sistematicamente em um marco de relações hierárquicas. Esse tipo de relação é aquele em que um conceito de ordem superior é dividido em conceitos subordinados para formar outros níveis, designados de níveis de abstração. Dessa forma, deve-se ter em mente, ao analisar a CIPE®, que o termo cúspide – o que dá origem aos outros termos nos quais vai se subdividindo –, deve expressar um conceito que tenha todas as características dos termos a ele subordinados. Além disso, faz-se necessário que os termos subordinados de um mesmo nível compartilhem características do termo superior e, ao mesmo tempo, diferenciem-se entre si por características específicas. Diz-se que essas relações são do tipo gênero e espécie (CIE, 1996).

A terceira pirâmide, no momento da divulgação da versão alfa encontrava-se em construção, porém, era definida como resultado de enfermagem, tendo como termo preferido “o resultado sentido pelo enfermeiro”, definido como “[...] produto do efeito mediante uma intervenção de enfermagem sobre o fenômeno diagnosticado pelo enfermeiro” (CIE, 1996, p.5).

Os fenômenos de enfermagem na Versão Alfa são definidos como “[...] condições de saúde relacionadas ao paciente/cliente, mas também pode ser fenômenos ambientais de interesse para a Enfermagem por interferir nas condições de saúde do paciente” (CIE, 1996, p.15). A Classificação de Fenômenos de Enfermagem foi constituída de forma mono hierárquica, tendo um único princípio de divisão, o foco da prática de enfermagem, direcionado a dois elementos o ser humano e o ambiente (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

As intervenções de enfermagem são definidas como ações realizadas pelo enfermeiro em resposta aos fenômenos diagnosticados (abarcando toda diversidade de atividade de enfermagem – cognitiva, afetiva e psicomotora) e inclui a promoção da saúde, prevenção de enfermidades, restauração da saúde e alívio de sofrimentos (CIE, 1996). Construída numa estrutura multiaxial, a classificação das intervenções de enfermagem é compostas por seis eixos, onde se tem:

- A: AÇÕES – intervenções de enfermagem subdividas de acordo com a prática do enfermeiro.
- B: OBJETOS – de acordo com os objetos da prática de enfermagem, fenômenos ou objetos que não sejam fenômenos.
- C: MÉTODOS – métodos de práticas de enfermagem – procedimentos e intervenções.
- D: MEIOS – meios e práticas – instrumentos e recursos humanos.
- E: LUGAR DO CORPO – lugar do corpo da prática de enfermagem – localização e vias anatômicas
- F: TEMPO/LUGAR – tempo/local da prática.

3. CIPE® VERSÃO BETA

A CIPE® Versão Beta foi apresentada aos enfermeiros em 1999, como uma classificação constituída por fenômenos de enfermagem, ações de enfermagem substituindo intervenções de enfermagem (Versão Alfa) e a definição dos resultados de enfermagem (CIE, 2000).

Para facilitar a implantação da CIPE® num sistema de informação e assim agilizar o registro dos diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao paciente, a Versão Beta organiza seus fenômenos, ações e resultados numa estrutura multiaxial com oito eixos, onde para a construção dos diagnósticos, intervenções e resultados esperados faz-se com a junção dos conceitos contidos nos eixos das Classificações de Fenômenos e de Ações de Enfermagem, respectivamente (CIE, 2000).

4. CLASSIFICAÇÃO DE FENÔMENOS DE ENFERMAGEM

A CIPE® Versão Beta define fenômeno de enfermagem como dado aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem, e como diagnóstico o título dado pelo enfermeiro para uma decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2003).

Para elaboração do diagnóstico de enfermagem segundo a CIPE® é necessária a utilização dos seguintes eixos: foco da prática, julgamento e/ou probabilidade, a inclusão dos outros eixos serve para expandir e aumentar a compreensão do diagnóstico de enfermagem devendo ser utilizado apenas um termo de cada eixo (CIE, 2000).

O diagnóstico de enfermagem é constituído então, a partir dos oito eixos de Classificação dos Fenômenos de Enfermagem apresentados na Versão Beta como:

- A: FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – área de atenção da prática de enfermagem.
- B: JULGAMENTO – opinião clínica para determinar o estado do fenômeno.
- C: FREQUÊNCIA – número de ocorrência ou repetição do fenômeno no intervalo de tempo.
- D: DURAÇÃO – intervalo de tempo durante o qual acontece um fenômeno de enfermagem.
- E: TOPOLOGIA – região anatômica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatômica de um fenômeno enfermagem.
- F: LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA – posição ou localização no organismo de um fenômeno de enfermagem.
- G: PROBABILIDADE – possibilidade de ocorrência do fenômeno de enfermagem.
- H: PORTADOR – entidade que possui o fenômeno de enfermagem.

EXEMPLOS:

A	B	C	D	E	F	G	H
Dor	extrema	intermitente		direito	pé		
Ansiedade	moderada						
Higiene	deficiente				cabelo		

Dor extrema intermitente no pé direito

Ansiedade moderada

Higiene dos cabelos deficiente

5. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM

Ação de enfermagem na CIPE® Versão Beta é definida pelo CIE (2000, p.xvii) como o “[...] desempenho *das enfermeiras na prática*”, enquanto, intervenção é a “[...] ação

realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”.

Para a construção de uma intervenção de enfermagem utilizam-se os conceitos existentes nos eixos da Classificação das Ações. Sendo, o eixo A: tipo da ação, o que deve estar presente na construção de qualquer intervenção, os demais servem para expandir ou reforçar o diagnóstico, devendo ser utilizando apenas um termo de cada eixo (CIE, 2000).

As intervenções são constituídas pelos seguintes eixos:

- A: TIPO DA AÇÃO – realizações que levam a prática de enfermagem.
- B: ALVO – entidade que é afetada ou confere conteúdo a ação de enfermagem.
- C: MÉTODOS – entidade usada no desempenho da ação (instrumento ou serviço).
- D: TEMPO – orientação temporal da ação de enfermagem (ponto no tempo e intervalo no espaço).
- E: TOPOLOGIA – região anatômica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatômica de um fenômeno enfermagem.
- F: LOCALIZAÇÃO – orientação anatômica e espacial da ação de enfermagem (locais do corpo e localização).
- G: VIA – trajeto por meio do qual se realiza uma ação de enfermagem.
- H: BENEFICIÁRIO – entidade a favor da qual a ação de enfermagem é realizada.

EXEMPLOS:

A	B	C	D	E	F	G	H
Aliviar	Dor	Compressa fria					criança
Reduzir	Ansiedade	Técnicas de relaxamento					criança
Orientar	Higiene do Cabelo	Sabão	diariamente				criança

Intervenções:

Aliviar a dor da criança por meio da aplicação de compressa fria

Reduzir ansiedade da criança com técnicas de relaxamento

Orientar higiene do cabelo da criança com sabão diariamente

6. RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Entende-se por resultado de enfermagem a “[...] *medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem*”. Este tem por finalidade “[...] *identificar e distinguir os contributivos únicos da Enfermagem, nesta perspectiva complexa dos resultados dos cuidados de saúde*” (CIE, 2000, p.xv).

Para a elaboração do resultado de enfermagem segundo a CIPE®, é necessário a utilização dos seguintes eixos: foco da prática, julgamento ou probabilidade; sendo a inclusão de outros eixos opcional, servindo apenas para expandir ou reforçar o diagnóstico. Deverá ser utilizado apenas, um termo de cada eixo.

Exemplos

Ex.1: Uma criança que, em uma avaliação inicial apresentava o diagnóstico de enfermagem, *dor extrema intermitente no pé direito*, após a realização das intervenções de enfermagem, pode passar a apresentar *dor moderada no pé direito* ou ainda, pode continuar com *dor extrema intermitente no pé direito*.

Ex.2: Uma criança que, após avaliação inicial apresenta, *ansiedade freqüente*, após a realização das intervenções de enfermagem, pode ter como resultado *ansiedade reduzida*.

Ex.3: Uma criança que numa avaliação inicial apresenta o diagnóstico de enfermagem de *higiene deficiente do cabelo*, após a realização intervenção de enfermagem, pode apresentar como resultado *higiene adequada do cabelo*.

7. CIPE® VERSÃO 1.0

Em 2002, o Comitê de Aconselhamento Estratégico da CIPE® recomendou ao CIE a constituição de uma comissão para investigar qual *software* poderia ser usado para dar suporte ao complexo desenvolvimento da CIPE® e sua manutenção. O estudo contou com a participação de líderes mundiais, no campo de vocabulários de cuidados de saúde, com a intenção de assegurar que a CIPE® Versão 1.0 fosse consistente com as normas de vocabulários (ICN, 2005).

As principais recomendações emergidas do estudo foram prover uma base mais formal para a CIPE® e usar *software* que fosse capaz de satisfazer as necessidades atuais e propiciar alguns critérios para um vocabulário completo e viável. Alguns desses critérios visavam a evitar redundância e ambigüidade de termos e assegurar que os códigos associados a termos, em um vocabulário, não refletissem a estrutura hierárquica do vocabulário, critérios estes que não eram consistentes nas versões Beta e Beta 2 da CIPE® (ICN, 2005).

Portanto, a CIPE® Versão 1.0, lançada em julho de 2005 no 23º Congresso Quadrienal do ICN, em Taiwan, é mais do que meramente um vocabulário; é um recurso que pode acomodar vocabulários existentes por meio do mapeamento cruzado que pode ser usado para desenvolver novos vocabulários como uma terminologia composicional, e que pode identificar relações entre os conceitos e vocabulários como uma terminologia de referência. Essa versão reflete principais reformulações na direção de tornar os sistemas de classificação tecnologicamente mais fortes, enquanto, ao mesmo tempo, sejam acessíveis ao uso dos enfermeiros. Apresenta-se por meio de uma simples estrutura multiaxial, por empregar um método de descrição lógica (ICN, 2005).

No boletim, publicado em junho de 2006, o CIE destaca a definição, a visão e as metas estratégicas mais atuais da CIPE®, que, desse modo, passa a ser definida como um sistema de linguagem unificado de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática de enfermagem, que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes. É parte integrante de uma infra-estrutura mundial de informação que engloba a prática e a política de atenção à saúde, para melhorar os cuidados dos pacientes no mundo inteiro. Apresenta-se servindo de marco importante para articular a contribuição que a Enfermagem traz para a saúde e a atenção à saúde, em todo o mundo, fomentando a harmonização com outras classificações amplamente utilizadas no trabalho dos grupos de normalização em saúde e em Enfermagem (ICN, 2006).

Nessa versão, é apresentado um novo grupo de eixos que unificou os oito eixos das estruturas das Classificações de Fenômenos e de Ações da CIPE® Versão Beta 2 (16 eixos no total), consistindo apenas numa estrutura de classificação compreendida por sete eixos, denominada de Modelo de Sete Eixos, que deve facilitar ao usuário o acesso às definições e conceitos da CIPE®, por meio dos quais se poderão construir, tanto os diagnósticos, as intervenções, como os resultados de enfermagem. Essa nova versão apresenta explicitamente algumas vantagens determinadas pela sua nova estruturação, que é extremamente simplificada e resolvem alguns problemas das outras versões, como a redundância de termos e as ambigüidades, que eram inerentes à estrutura da CIPE Versão Beta 2. Além desses benefícios, a CIPE® Versão 1.0 facultará o mapeamento cruzado de termos locais e das terminologias existentes, por ser um sistema de linguagem de enfermagem unificado e uma terminologia composicional (ICN, 2005).

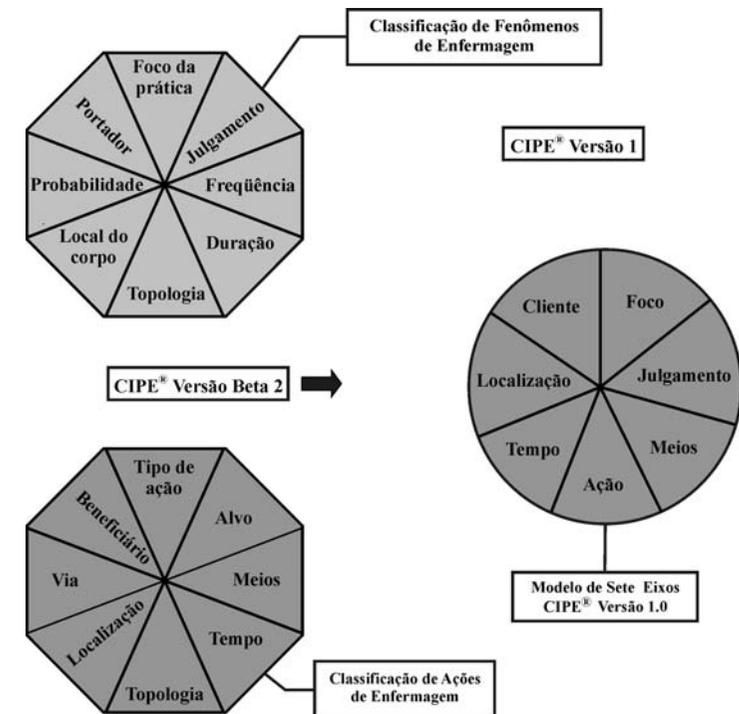


Figura 1: Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0.
Fonte: ICN (2005)

Nesse modelo, os sete eixos são definidos, como: **Foco:** a área de atenção que é relevante para a Enfermagem e contém 816 termos. Ex: dor, expectativa de vida, eliminação, conhecimento; **Julgamento:** opinião ou determinação clínica relacionada com o foco da prática de enfermagem, com 34 termos. Ex: risco, interrompido, anormal; **Meios:** a maneira ou método de se realizar uma intervenção, com 269 termos. Ex: atadura, serviço de nutrição; **Ação:** um processo intencional aplicado ou realizado para um cliente, com 214 termos. Ex: educar, trocar, administrar, monitorar; **Tempo:** o ponto, período, instante, intervalo ou a duração de uma

ocorrência, com 60 termos. Ex: admissão, nascimento de uma criança, crônico; **Localização:** orientação espacial e anatômica de um diagnóstico ou intervenção, com 238 termos. Ex: posterior, abdome, escola, centro de saúde comunitário; **Cliente:** sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção, com 27 termos. Ex: recém-nascido, família, comunidade. (ICN, 2005).

A CIPE® Versão 1.0 é constituída no total por 1.658 termos, distribuídos nos sete eixos, os quais se destinam à composição das afirmativas diagnósticas, de resultados e de intervenções, podendo essas afirmativas ser organizadas em grupos significativos para a prática de enfermagem e para os Catálogos CIPE®. Para o ICN (2005), esses catálogos são definidos como subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, especificamente direcionados para uma área ou especialidade selecionada da prática, que podem satisfazer uma necessidade da prática, na construção de sistemas manuais ou eletrônicos de registros de pacientes, com o benefício de serem parte de um sistema de linguagem unificado.

Esse novo modelo destina-se também à composição das afirmações diagnósticas, de intervenções e resultados de enfermagem, de maneira mais simples, apresentando as diretrizes para a composição das mesmas, seguindo o modelo de referência da Organização Internacional para Normalização: ISO 18.104 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para Enfermagem. Essa normalização foi publicada, em 2003, com o intuito de estabelecer um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem coerente com as metas e objetivos das terminologias em saúde específicas, de modo a promover uma referência unificada em saúde (NÓBREGA; GARCIA, 2004).

A ISO 18.104 tem o propósito de fornecer uma estrutura para geração de expressões, de conceitos atômicos em uma terminologia de referência por meio da apresentação de normas

para a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem, que devem ser obedecidas por todos os sistemas de classificação da área unificada. Isso tornaria mais fácil o alcance dos objetivos tão almejados, que são a possibilidade de comparar a prática da Enfermagem no âmbito nacional e internacional, por meio da utilização dos sistemas de informação.

Nesta norma, o diagnóstico de enfermagem é considerado um julgamento sobre um foco ou um julgamento sobre uma dimensão particular de um foco. Os descritores, foco e julgamento são essenciais na construção de um diagnóstico de enfermagem. O foco pode ser qualificado em relação ao tempo e lugar, e o julgamento pode ser qualificado pelo grau, pela potencialidade, pelo tempo e pela acuidade. Por fim, o descritor sujeito da informação, entidade à qual o diagnóstico se refere, pode ser um indivíduo, grupo ou ambiente físico (ISO, 2002).

A ação de enfermagem é considerada um ato intencional aplicado a um alvo por meio de uma ação. Esses dois descritores são essenciais na construção de uma intervenção de enfermagem. Outros descritores podem ser utilizados para melhor esclarecimento: tempo, lugar, via, meios e recipiente do cuidado (ISO, 2002).

Desse modo, observa-se que a CIPE® Versão 1.0 está adequada ao modelo da ISO 18.104, visto que apresenta os descritores mínimos obrigatórios para a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem e, ainda, outros descritores para melhor detalhá-los.

Para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, de acordo com a CIPE® Versão 1.0, é necessária a utilização dos eixos: foco e julgamento, podendo ser incluídos termos adicionais dos demais eixos. Para construir a declaração de uma intervenção de enfermagem, deve-se incluir um termo do eixo ação e deve-se incluir um termo alvo, ressalta-se que o termo alvo pode ser um termo de

qualquer eixo exceto o eixo julgamento; e podem-se incluir termos adicionais tanto quantos necessários da ação ou qualquer outro eixo. (CIE, 2005b).

EXEMPLOS:

EIXOS	AÇÃO	CLIENTE	FOCO	JULGAMENTO	LOCAL	MEIOS	TEMPO
Elementos da prática							
Diagnóstico de Enfermagem			Não aderência à medicação	Risco	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Explicar	Indivíduo			Domicílio	Regime medicamentos	
	Ensinar		Efeitos colaterais				
	Monitorar		Aderência à medicação		Domicílio	Caixa de comprimidos	
Resultados de Enfermagem			Aderência à medicação	Atual	Domicílio		

Fonte: CIE (2005b, p.31)

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de não aderência à medicação em domicílio.

Intervenções de Enfermagem: Explicar ao indivíduo o regime medicamentoso em domicílio; Ensinar os efeitos colaterais; Monitorar a aderência à medicação em domicílio por meio da caixa de comprimido.

Resultado de Enfermagem: Aderência à medicação em domicílio.

Deste modo, o CIE espera que esta nova versão da CIPE®, mais simplificada, seja bastante difundida e utilizada, de modo a facilitar a prática e unificar a linguagem da Enfermagem em todo o mundo, possibilitando comparações da prática no âmbito nacional e internacional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho que vem sendo desenvolvido para a elaboração de uma classificação internacional durante todos esses anos, tem transformado a história da Enfermagem em todo o mundo, pois, tem direcionado os enfermeiros envolvidos com o projeto, na busca de um ideal, o de tornar visíveis às ações da Enfermagem clínica. Para que isso ocorra, é necessária, a utilização de termos que sejam capazes de reproduzir um universo único de conhecimento, onde a comunicação ocorra de forma clara, precisa, objetiva e entendível por todos que compõem a equipe de enfermagem, de modo a garantir a continuidade dos cuidados.

O projeto do CIE por meio das diversas modificações feitas na CIPE® pretende uniformizar a linguagem na Enfermagem, para que o profissional, possa dispor dos conceitos dos fenômenos de enfermagem, identificando o que necessita de sua intervenção, guiando assim, as ações de enfermagem, traçando e registrando toda a sua prática assistencial.

REFERÊNCIAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE/CNP**. Geneva. Tradução Portuguesa. 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sintomas de classificação da prática profissional: **instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**. João Pessoa, 2003. (mimeo)

INTERNATIONAL COUNCIL NURSING. **Countdown to ICNP Version 1.** 3. ed. Jun./2005. Disposed of: <<http://www.icn.ch/icnpcountdown.htm>>. Accessed: 05 ago. 2005a.

INTERNATIONAL COUNCIL NURSING. **International Classifications for Nursing Practice – ICNP® UPDATE – Beta 1** Version. Geneva, Suíça: ICN, 1999. 151p.

INTERNATIONAL COUNCIL NURSING. **International Classification for Nursing Practice:** Version 1.0. Geneva: 2005b. 210p.

INTERNATIONAL COUNCIL NURSING. **The International Classifications for Nursing Practice:** A unifying framework – The Alfa Version. Geneva, Suíça: ICN, 1996. 252p.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 18.104.** Health informatics – Integration of reference terminology model for nursing. West Conshohocken: ASTM, 2002.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Classificação Internacional da Prática de Enfermagem CIPE/ICN: uma visão geral da versão alfa e considerações sobre a versão beta. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. **A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.** Brasília: ABEN, 1999, p.8-33 (Série Didática).

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. **Equivalência Semântica de classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE** – versão alfa. João Pessoa: Idéia, 2000 b, p.136.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem:** um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEN; Idéia, 2000 a, p.19-27.

RULAND, C. M. Evaluating the beta version of the International Classification for Nursing Practice for domain completeness, applicability of its axial structure and utility in clinical practice: a Norwegian project. **International Nursing Review.** 48, 9-16. International Council of Nurses, 2001.