

**Pró-Reitoria de Graduação  
Enfermagem  
Trabalho de Conclusão de Curso**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
UMA REFLEXÃO.**

**Autoras: Ana Paulla Moreira Oliveira e Lívia de  
Souza Alves**

**Orientador: Prof. MSc. Maurício de Oliveira**

**ANA PAULLA MOREIRA OLIVEIRA**  
**LÍVIA DE SOUZA ALVES**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da universidade católica de Brasília, com requisito parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Maurício de Oliveira Chaves

Brasília – DF

2011



Monografia de autoria de Ana Paulla Moreira Oliveira e Livia de Souza Alves, intitulada **“SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO”** apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro, da Universidade Católica de Brasília, defendido e aprovado, em 15 de junho de 2011, pela banca examinadora constituída por:

---

Profº. MSc. Maurício de Oliveira Chaves

Orientador

---

Profº. MSc. Drª. Maria Liz Cunha Oliveira Liz

Examinador

Brasília

2011

“Aos nossos pais e familiares, nossa eterna gratidão e carinho por nos ensinarem a ter fé em Deus e acreditar na vida”.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos inicialmente a Deus, que nos deu forças para concluirmos mais uma etapa de nossas vidas, que nos ajudou a vencer todos os obstáculos encontrados no meio do caminho.

Às nossas família, pela base sólida que sempre nos deu força para encarar a vida de frente.

Ao Professor Mauricio de Oliveira Chaves, orientador do nosso trabalho, pela paciência, competência e dedicação na execução do trabalho, por todo o conhecimento passado e pelas excelentes supervisões.

Aos docentes do curso de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, que contribuíram, de alguma forma para nossa formação.

Agradecemos a todos que de uma forma ou de outra possibilitaram a conclusão deste curso, a todos, a nossa sincera gratidão.

Ana Paulla Moreira Oliveira e Lívia de Souza Alves

## RESUMO

OLIVEIRA, Ana Paulla Moreira; ALVES, Livia de Souza. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma reflexão. Graduação em Enfermagem (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

A presente pesquisa é um estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e tem por objetivo geral Analisar a evolução da Sistematização da assistência de Enfermagem, desde sua origem até os dias atuais, e como objetivos específicos Levantar o histórico da Enfermagem com enfoque na SAE; Listar os diversos tipos de SAE existentes; Conhecer as etapas do processo da SAE; Levantar a problemática existente entre a teoria e a prática da SAE. É uma pesquisa bibliográfica, portanto os dados foram coletados através de bases de dados: SCIELO, LILACS, MEDLIN, BDENF, livros, revistas científicas, artigos de revisão e originais. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo utilizada em algumas instituições de saúde como uma metodologia assistencial por meio do Processo de Enfermagem (PE), o qual pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes. Foi realizada revisão literária sobre a Implantação e a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com o objetivo de analisar a evolução da SAE, as Teoria de Enfermagem, que abrangem as teorias Homeostáticas, Holística, Sinérgica, Teoria de Adaptação, Teoria de Martha Elizabeth Rogers e a teoria humanística e humanitária e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Sistema NIC e NOC, aspectos positivos e negativos da SAE, desde sua origem até os dias atuais. Em suma, a SAE representa um importante instrumento de informação, por favorecer a implantação de padrões e critérios de assistência e estabelecer as prioridades assistenciais.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Implementação da SAE.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Ana Moreira Paulla; ALVES, Livia de Souza. Systematization of nursing care: a reflection. Degree in Nursing (Completion of course work) - Catholic University of Brasilia, Brasilia, 2011.

This research is a study on the systematization of nursing care (SAE) and aims to analyze the general evolution of the Systematization of nursing care, from its origins to the present day, and as specific objectives Lift the history of nursing with a focus in EAS; List the various types of existing SAE; Know the stages of SAE; Raising the issue between theory and practice of SAE. It is a literature review, so data were collected through databases: SciELO, LILACS, MEDLINE, BDENF, books, journals, review articles and original. The Nursing Care System (NCS) has been used in some health institutions as a method of care through the nursing process (EP), which can be understood as the practical application of a theory of nursing care to patients. We performed a literature review on the deployment and implementation of Nursing Care System, with the aim of analyzing the evolution of the EAS, the Nursing Theory, covering homeostatic theories, holistic, synergistic, Adaptation Theory, Theory of Martha Elizabeth Rogers and humanitarian and humanistic theory and the Theory of Basic Human Needs. NIC and NOC system, positive and negative aspects of SAE, from its origins to the present day. In short, the NCS is an important information tool for promoting the implementation of standards and criteria for assistance and establish priorities of care.

**Keywords:** Nursing. Nursing Care System. Implementation of the NCS.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
1.2 Questão norteadora:.....	10
1.3 Hipótese.....	10
1.4 Objetivo Geral .....	10
1.5Objetivos específicos.....	11
<b>2.METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
2.1 Caracterização do Estudo .....	11
2.2 Coleta de Dados.....	12
2.3 Técnica, análise e interpretação de dados.....	12
2.4 Quadro 1 – Bibliografias pesquisadas segundo Título, Autor, Ano e Tipo de Obra. ....	13
Quadro 02 – Tipo, período e total das obras pesquisadas.....	18
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
3.1 História da Enfermagem Moderna .....	19
3.2 O histórico de enfermagem.....	20
3.3 As teorias de Enfermagem.....	21
3.3.1 Teoria homeostática.....	21
3.3.2 Teoria Holística .....	22
3.3.3 Teoria Sinérgica.....	23
3.3.4 Teoria da Adaptação.....	24
3.3.5 Teoria de Martha Elizabeth Rogers e a teoria humanística e humanitária .....	25
3.3.6 Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA) .....	25
3.3.7 Hildegard E . Peplau e a teoria do relacionamento interpessoal.....	26
3.4.8 Dorothea Orem e a teoria do déficit de autocuidado .....	26
3.3.9 Teoria da enfermagem transcultural .....	27



3.4 A Enfermagem e o cuidar .....	27
3.5 A História da Sistematização da Assistência de Enfermagem .....	28
3.6 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).....	29
3.6.1 Exame Físico .....	31
3.6.2 Diagnóstico de Enfermagem .....	31
3.6.3 Prescrição de Enfermagem .....	32
3.6.4 Evolução de Enfermagem.....	33
3.6.5 Anotação de Enfermagem .....	35
3.7 O processo de enfermagem.....	38
3.8 Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	39
3.8.1 Estrutura física das unidades .....	40
3.8.2 Número de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem .....	40
3.8.3 Impressos .....	41
3.8.4 Capacitação profissional.....	41
3.9 Sistematizações (SAE) nos dias atuais. ....	41
<b>3.10 NANDA.....</b>	<b>43</b>
3.11 Sistema NIC.....	45
3.12 Sistema NOC .....	46
3.13 Aspectos Positivos da SAE.....	46
3.14 Aspectos negativos da SAE.....	47
3.15 A falta de conhecimentos sobre conteúdos básicos .....	47
3.15.1 A falta de conhecimento por parte dos docentes gera a inexperiência dos alunos .....	47
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem por propósito principal a promoção, a prevenção, a assistência e a recuperação da saúde da pessoa doente ou saudável, bem como a família ou a sociedade. No trabalho do enfermeiro estão presentes três ações básicas: Cuidar, gerenciar e educar, as quais possuem objetivos específicos, de acordo com cada processo particular, visando sempre o bem-estar do cliente. Estes três diferentes processos definem o papel que deve ser desempenhado pelo enfermeiro, o cuidado do ser humano em sua complexidade tem sido apontado como objeto epistemológico da enfermagem, por diversos autores (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

O cuidado prestado pelo enfermeiro ao cliente deve ser um cuidado humanizado, favorecedor de uma vida mais saudável; um “cuidado terapêutico”. O cuidado terapêutico é uma ação que se desenvolve e termina na e com a pessoa, carregado de valor (ético e estético), sendo um bem necessário às pessoas (PRADO; REIBNITZ, 2004).

O enfermeiro deverá ter uma visão como todo e humanizada de todo o processo de Enfermagem. Destaca-se entre os outros profissionais por ser articulador, educador e pela presença estável junto ao cliente e familiares analisando as modificações necessárias em seu estado geral. A Enfermagem, além de ciência, ressalta-se por ser uma arte de cuidar, construindo conhecimentos próprios classificando o cuidado e o cuidador (HORTA, 1979; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

Em sua rotina do dia-a-dia, o enfermeiro depara-se com a tecnologia e complexidade em determinadas situações, devendo dispor-se por muitas vezes em um cenário hospitalar decadente com doenças complexas e mudanças contínuas no âmbito cultural e étnico. Diante desse desafio iniciaram uma abordagem para solucionar problemas, cabe a este profissional desenvolver pensamentos críticos que resultem em um plano de cuidado que reflita criatividade e tomada de decisões que expressem autonomia diante da equipe de trabalho (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

O Enfermeiro é indispensável na prestação da assistência de enfermagem e nela engloba o atendimento integral do cliente, este não deve ser visto somente como um portador de uma patologia, mas como um indivíduo com temores, anseios, expectativas e totalmente individual, em suas mais íntimas prioridades biopsicossociais, sendo necessário o conhecimento técnico e científico, competência, responsabilidade e ainda o amor e respeito, conquistar a confiança do seu cliente e viabilizar a qualidade do cuidado. Na Enfermagem cuidar é um verbo cuja ação ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que

assume a posição de ser o cuidador, e outra pessoa que assume a posição de ser cuidada (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia cuidativa que se inicia a partir de um julgamento do enfermeiro, sobre quais são as necessidades dos clientes que estão sendo cuidados profissionalmente por ele. É usada para sistematizar o cuidado e organizar as condições necessárias para sua prática. É um instrumento de trabalho que visa facilitar e tornar possível a realização do cuidado. Quando aplicado facilita melhores condições para identificar, compreender e descrever como o cliente está reagindo frente aos seus processos vitais e seus problemas de saúde, reais ou potenciais, podendo determinar quais os cuidados profissionais devem ser implementados (CARVALHO; GARCIA, 2002).

A relação entre enfermeiro e cliente se torna mais estreita com a SAE. O profissional tem um maior envolvimento com o paciente devido a necessidade de sua presença mais efetiva ao lado do mesmo. Para que o enfermeiro possa realizar o histórico de Enfermagem, é preciso conversas e visitas freqüentes, em busca da constatação de diagnósticos, para que ações sejam planejadas, e as intervenções realizadas e avaliadas, a cada momento em que se façam necessárias. Através da realização da SAE, são justificados não somente o cuidado de Enfermagem que foi prestado, mas a própria razão de ser da profissão. Documentá-los, portanto, deveria ser uma decorrência não somente rotineira, mas, sobretudo, necessária (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é implementada por profissionais comprometidos com uma assistência de qualidade, visando o cuidado interativo, respaldo seguro, devido aos registros e proximidade do enfermeiro, usuário e família. A SAE representa um processo que agiliza e otimiza a assistência, contribuindo para a equipe multiprofissional com a certeza da qualidade e continuidade do cuidado e é capaz de unir os laços profissionais de toda uma equipe comprovando sua eficácia como um instrumento técnico- científico. Será um instrumento norteador da assistência que organiza o cuidado, proporcionando autonomia ao profissional enfermeiro perante a equipe de saúde e será a garantia que o cuidado realizado atende às reais necessidades do cliente.

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

Esse tema foi escolhido em função da magnitude da problemática, envolvendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A enfermagem está fundamentada no ato de cuidar, e para fazê-lo com mais qualidade deve ser colocado em prática a SAE, que é um processo seqüenciado e ordenado de eventos que possui um corpo próprio de conhecimentos centrado nos diagnósticos de enfermagem.

A SAE, que é um importante recurso, que significa a própria essência da enfermagem infelizmente, na maioria das vezes não está sendo colocada em prática nas instituições de saúde, daí a importância dessa pesquisa, onde traçaremos a linha do tempo da SAE e buscaremos algumas respostas para o seu baixo índice de aplicação.

Portanto essa pesquisa beneficiará profissionais de saúde e principalmente os clientes que com a implementação da SAE passam a receber uma assistência mais completa.

## **1.2 Questão norteadora:**

Como se deu a origem e desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem?

## **1.3 Hipótese**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) passou por grandes transformações, mas, no entanto, ainda não é utilizada intensamente por falta de conhecimento fiscalização e políticas institucionais que cobram essa prática.

## **1.4 Objetivo Geral**

Analisar a evolução da Sistematização da assistência de Enfermagem, desde sua origem até os dias atuais.

## **1.5 Objetivos específicos**

Levantar o histórico da Enfermagem com enfoque na SAE.

Listar os diversos tipos de SAE existentes.

Conhecer as etapas do processo da SAE.

Questionamentos existentes entre a teoria e a prática da SAE.

## **2.METODOLOGIA**

### **2.1 Caracterização do Estudo**

A presente pesquisa é do tipo bibliográfica. É realizada a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos como livros, artigos, teses, etc. São utilizados dados ou categorias teóricas já percorridos por outros pesquisadores e registrados devidamente. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (SEVERINO, 2007).

Segundo Gil (2009), a pesquisa bibliográfica envolve as seguintes etapas:

- Escolha do tema – é onde o trabalho se inicia. Perguntas podem auxiliar na escolha: Quais os campos que mais lhe interessam? Quais os temas que mais o investigam?
- Levantamento bibliográfico preliminar – é um estudo exploratório.
- Formulação do problema – trata-se de uma reflexão crítica sobre os assuntos estudados e identificação de controvérsias entre os diferentes autores.
- Elaboração do plano provisório de assunto - consiste na organização sistemática das diversas partes que compõem o objeto de estudo.
- Busca das fontes – consiste na identificação das fontes, geralmente bibliotecas ou materiais bibliográficos em formato eletrônico, capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto.

- Leitura do material – consiste em identificar as informações e os dados, estabelecer relações entre estes com o problema proposto e analisar consistência das informações e dados apresentados pelos autores.
- Fichamento - é a tomada de apontamentos no decorrer da leitura.
- Organização lógica do assunto – consiste na organização das idéias com vista em atender aos objetivos ou testar as hipóteses formuladas no início da pesquisa.
- Redação do texto – constitui a última etapa devendo-se seguir alguns aspectos relativos à estruturação do texto, estilo e aspectos gráficos que precisam ser considerados.

## **2.2 Coleta de Dados**

Os dados, dessa pesquisa, foram coletados através de um levantamento bibliográfico, desenvolvido através de pesquisa em livros, revistas científicas, artigos de revisão e originais. Para tanto, foram utilizados como fonte de pesquisa, biblioteca da Universidade Católica de Brasília, pesquisas na internet em *sites* especializados como Scielo, Portal Capes, Bireme, Ministério da Saúde, entre outros, no intervalo entre 1976 a 2009, nos quais foram buscadas informações sobre a SAE.

## **2.3 Técnica, análise e interpretação de dados**

A análise de dados, após a coleta, foi organizada através de seqüenciamento em ordem cronológica crescente dos principais acontecimentos históricos da evolução da SAE, com vistas à melhor compreensão da temática abordada e explicação dos dados pertinentes à pesquisa.

Do conteúdo obtido através do levantamento bibliográfico, analisou-se a origem da própria enfermagem, sua evolução histórica com um todo e em especial das teoristas de enfermagem, bem como dos autores que enfocam principalmente a SAE.

Segundo Patton (1980), análise é o processo de ordenação dos dados, sendo organizados em padrões, categorias e unidades básicas descritivas; interpretação envolve atribuição de significados para análise, delineando os padrões encontrados e procurando por relacionamentos entre as dimensões descritivas.

**2.4 Quadro 1 – Bibliografias pesquisadas segundo Título, Autor, Ano e Tipo de Obra.**

<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de Obra</b>
<b>. Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados</b>	CIANCIARULLO TI.	1976;	Revista de Enfermagem
<b>A enfermagem planejada</b>	DANIEL L.F	, 1979.	Artigo
<b>Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo.</b>	SILVA AL, CIAMPONE MHT	1979	Revista Escola de Enfermagem
<b>Processo de Enfermagem</b>	HORTA W A.	1979.	Artigo
<b>História da Enfermagem</b>	PAIXÃO, W	1979	Livro
<b>Qualitative evaluation methods</b>	PATTON, Michael	1980	Artigo
<b>Conceptual models for nursing practice</b>	RIEHL JP, ROY C	1980	Livro
<b>O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã</b>	FRIEDLANDER MR	1981	Rev. Esc. Enf. USP
<b>A enfermagem planejada</b>	DANIEL LF	1981	Livro
<b>Ensino da prescrição de enfermagem médico-cirúrgico</b>	CAR. MC; PADILHA KG; VALENTE SMTB	1985	Revista
<b>Nursing Process: Application of Theories, Frameworks and Models</b>	CHRISTENSEN, P. J.; GRIFFITH-KENNEY, J. W.	1986	Livro
<b>Para sair do século XX</b>	MORIN E	1986	Artigo
<b>Enfermagem: Modelos e Processos de trabalho</b>	DANIEL, L. F.	1987	Artigo
<b>Plano assistencial e prescrições de enfermagem.</b>	<b>Paim L</b>	1988	Revista Brasileira de enfermagem
<b>Método de assistência de enfermagem</b>	SOUZA MF	1989	Artigo
<b>Processo de enfermagem na prática</b>	CAMPEDELLI MC et al	1989	Artigo
<b>Planejamento da assistência de</b>	CASTILHO V,	1991	Artigo

<b>enfermagem</b>	G Aidzinski RR.		
<b>Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem.</b>	BENKO MA, CASTILHO V.	1992	Livro
<b>Processo e diagnóstico de enfermagem</b>	IYER PW, TAPTICH BJ, BERNOCCHI-LOSEY	1993	Livro
<b>Do Diagnóstico e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho.</b>	CRUZ ICF	1995	Texto e Contexto Enfermagem
<b>O planejamento como instrumento básico do enfermeiro.</b>	FUGITA RMI, FARAH OGD	1996.	Artigo
<b>Cuidando de adolescentes grávidas solteiras</b>	GARCIA, T. R	1996	Tese (Doutorado)
Dicionário de psicologia	MESQUITA, R.; DUARTE, F	1996	Dicionário
<b>O desgaste de trabalhador em enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhar</b>	SILVA VEF	1996	Tese da Escola de Enfermagem, USP;
A brief overview of the epistemology of caring	BRYKCYNSKA, G. A	1997	Livro
<b>Plano de Cuidados de Enfermagem e Documentação</b>	CARPENITO, L. J.	1997	Livro
<b>Information Systems;</b>	CONFERENCE, NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION	1997	Artigo
<b>Documentos Básicos de Enfermagem,</b>	COFEN.	1997	Artigo
The Innovative Home Health Care Classification (HHCC) System	SABA VK	1997	Artigo
<b>analysis, application, evaluation</b>	BARNUM BS.	1998	Livro



<b>Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital São Paulo</b>	BARROS ALBL	1998	Tese
<b>moderno dicionário da língua portuguesa</b>	MICHAELIS	1998	Dicionário
<b>Grande tratado de enfermagem prática</b>	POTTER, P.A.; PERRY, A.G.	1998	Livro
<b>Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem</b>	COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem	1999	Artigo
<b>Aplicação de Processo de Enfermagem:</b>	ALFARO-LEFREVE, R.	2000	Livro um Guia Passo a Passo.
<b>Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática Profissional</b>	BELCHER, J.R.; FISH, L.J.B.; HILDEGARD, E.P. In: GEORGE, J.B.	2000	Livro
<b>Histórico da tradução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e sua utilização no Brasil.</b>	BARROS,A.L.B.L. et al.	2000	. <i>Acta Paul Enf</i> , São Paulo, V 13, Número especial, Parte II, p. 37-40, 2000
<b><i>Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional</i></b>	FALCO, S. M.; LOBO, M. L. MARTHA E. ROGERS. In: GEORGE, J. B. (Coord.	2000	Livro
<b>Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional</b>	FOSTER, P.C.; BENET, A.M.; OREM, D. In: GEORGE, J.B., et al	2000	Livro
<b><i>Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.</i></b>	GEORGE. J. B. MADELEINE M. LEININGER	2000	Livro
<b>Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo.</b>	GARCIA TR, NÓBREGA MML	2000	Livro

<b>Diagnósticos de enfermagem da NANDA</b>	NANDA	2000	Livro
<b>Visão geral do processo de enfermagem</b>	PAUL, C.; REEVES, J. S	2000	Livro
<b>Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.</b>	GEORGE, J.B.; LEININGER, M.M. In: GEORGE, J.B., et al	2000	Livro
<b>Equivalência Semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da</b>	NÓBREGA MML, GUTIÉRREZ MGR	2000	Artigo
<b>Processo de gestão da qualidade das ações cuidativas</b>	FUGULIN FMT, ANDREONI S, RAVAGLIO LMM	2001	Artigo
<b>Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem</b>	LEOPARDI MT, GELBCKE FL, RAMOS FRS	2001	Texto Contexto Enfermagem
<b>Repensar a reforma, reformar o pensamento</b>	MORIN E	2001	Artigo
<b>Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo</b>	MATTÉ VM, THOFEHRN MB, MUNIZ RM	2001	Rev. Gaúcha Enfermagem
<b>Teoria da enfermagem. O modelo de adaptação de Roy.</b>	ROY, S.C.; ANDREWS, H.A	2001	Artigo
<b>A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial.</b>	CRUZ DALM	2001	Artigo
Objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem	LEOPARDI MT, GELBCKE FL, RAMOS FRS.	2001	Texto Contexto Enfermagem
<b>Tratado de Enfermagem médico e cirúrgico.</b>	BRUNNER& SUDDARTH	2002	Livro
<b>Sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras</b>	BRASIL. Resolução COFEN-272/2002	2002	Artigo
<b>Enfermagem obstétrica e ginecológica</b>	BARROS, S. M. O.; MARIA, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V	2002	Livro
<b>. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.</b>	CARPENITO LJ.	2002	Livro
<b>Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem</b>	CARVALHO, E.C.; GARCIA, T.R.	2002	Artigo
<b>Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem</b>	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM	2002	Artigo
<b>Práticas complementares ou</b>	DAHER, D. V.; SANTO,	2002	<i>Revista Latino-</i>

<b>excludentes</b>	F. H. E.; E SCUDEIRO, C. L		<i>Americana de Enfermagem</i> , Ribeirão Preto v. 10, n. 2, p. 145-150, 2002
<b>Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação de enfermagem</b>	DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K.	2002	<i>Revista Latino Americana de Enfermagem</i> , Ribeirão Preto, v. 10, n. 2 p. 185-191, 2002.
<i>Práticas de enfermagem fundamentos, conceitos, situações e exercícios</i>	FIGUEIREDO, N. M. A. de (Org.)	2002	Livro
<b>Fórum de Enfermagem Sistematizar o Cuidar,</b>	FEDERAL DE UBERLÂNDIA.	2002	Artigo
<b>O desenvolvimento histórico das práticas de saúde</b>	GEOVANINI, T. ET AL.	2002	Revista Internacional Enfermagem
<b>Classificação de intervenções de enfermagem m (NIC): avaliação e atualização</b>	DOCHTEMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M.	2003	Artigo
. Classificação dos resultados de enfermagem. (NOC)	JOHNSON M, MAAS M, MOORHEAD S.	2004	Livro
<i>Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).</i>	MCCL OSKE Y, J. C; BULECHEK, G. M	2004	Livro
. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).	MCCLOSKEY JC, BULECHEK GM	2004	Livro
. Investigación Educ. Enferm	PRADO ML, REIBNITZ KS.	2004	Artigo
<b>Competências e o processo ensino aprendizagem do diagnóstico de enfermagem</b>	ALMEIDA MA.	2004	Revista Brasileira de Enfermagem
<b>Diagnósticos de enfermagem de paciente submetido à transplante de medula óssea alogênico: estudo de caso</b>	MAGALHÃES AMM, MATZENBACHER BCM, PACHECO CRM	2005	Revista Gaúcha de Enfermagem 2005; 26(1):67-75.
<b>As dificuldades do ensino do diagnóstico de enfermagem na formação profissional.</b>	CAVALCANTI ACD, NUNES AS, NASCIMENTO DC	2005	Anais do 13º seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; ABEN/MA; 2005.
<b>Una nueva perpesctiva para el cuidado em situaciones de crash</b>	ALCÂNTARA, L. M. e t al.	2005	Revista <i>Revista Latino-Americana</i>

			<i>de Enfermagem</i>
<b>Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre seu ensino e prática.</b>	NUNES APM, MORITA ABPS, BISCAIA FV.	2005	Anais do 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem;
<i>Trajétória histórica e legal da enfermagem1</i>	OGUISSO, T	2005	Livro
<b>Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação:</b>	NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION	2006	Livro
Metodologia do trabalho científica	SEVERINO, Antonio Joaquim	2007	Livro
Nursing diagnoses: definitions & classification	NANDA INTERNACIONAL	2007	Livro
<b>. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação</b>	NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION	2007	Livro
<b>Evolução histórica da Assistência de Enfermagem</b>	OLIVEIRA, M. L. de; PAULA, T. R. de; FREITAS, J. B	2007	Artigo
<b>Como elaborar projetos de pesquisa.</b>	GIL, ANTÔNIO CARLOS.	2009	Livro :Atlas

**Quadro 02 – Tipo, período e total das obras pesquisadas.**

<b>Tipo de Obra</b>	<b>Período Pesquisado</b>	<b>Total de Obras</b>
Artigo científica	1979-1999	13
Artigo científico	2000-2007	12
Livro	1979 – 2007	32
Revistas	1976-2005	15
Texto e Contexto	1995-2001	3
Tese	1996-1998	4
Dicionário	1996-1998	2
Total		<b>81</b>

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 História da Enfermagem Moderna

A Enfermagem Moderna, após Florence Nightingale, iniciou sua caminhada adotando uma prática baseada em conhecimentos científicos, deixando gradativamente a postura de atividade caridosa e intuitivamente empírica (DANIEL, 1979).

Com esse intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e continuam sendo inovados, com a finalidade de dispensar uma assistência de qualidade, ou seja, planejar as ações, ordenar e administrar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e feito e finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim produzir conhecimentos a partir da prática, executando assim o processo de enfermagem (FRIEDLANDER, 1981).

Daher, Santos e Escudeiro (2002) comentam que, no começo do século XIX, ganha espaço o paradigma cientificista na tentativa de superar a concepção mágico-religiosa vigente até então. É nesse tempo que o nome de Nightingale ganha importância na área da enfermagem; A partir da sistematização de um campo de conhecimentos, estabelecendo-se uma nova arte e uma nova ciência, para qual é necessária educação formal, organizada sobre fundamentos científicos.

Alcântara e colaboradores (2005) ressaltam que o trabalho de Nightingale estabelece um marco para a história da enfermagem moderna. Para Geovanini e colaboradores (2002) a enfermagem passa a agir de modo sistemático, quando Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra, para receber os soldados feridos em combate na Guerra da Criméia.

Figueiredo (2002) resalta que as noções teórico-filosóficas de enfermagem desenvolvidas por Nightingale tiveram como síntese observações sistematizadas e registros estatísticos retirados de sua experiência prática no atendimento diário á doentes, dessa vivência, foram adquiridos quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem.

Segundo Oguisso (2005), as situações sanitárias do hospital de Scutari eram as piores possíveis, com excesso de feridos, muitos deitados no chão, poucos sanitários, falta de suplemento para alimentação ou higiene e falta de roupas, o que obrigava os pacientes a permanecer com seus

uniformes sujos de sangue e terra. Oguisso ressalta ainda que, em dois meses Nightingale pôs ordem no hospital de campanha e diminui a 2% a mortalidade entre os feridos.

De acordo Alcântara e colaboradores (2005), Nightingale preocupava-se com a situação do ambiente como um todo, oferecendo ao paciente: a necessidade de luz, ar fresco, silêncio e, principalmente, higiene.

Portanto, foram desenvolvidas teorias de enfermagem com a finalidade de organizar e sistematizar todas as questões que confrontam a atividade profissional, criando conhecimentos que apoiarão e contribuirão para prática do enfermeiro.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) requer do profissional interesse em conhecer o paciente como indivíduo, empregando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para executar as ações sistematizadas (DANIEL, 1979).

### **3.2 O histórico de enfermagem**

No Brasil, o histórico de enfermagem foi incluído na prática por volta de 1965, por Wanda de Aguiar Horta, com estudantes de enfermagem. Nesse período foi denominado a anamnese de enfermagem, e assim, foi adotado o procedimento de histórico de enfermagem (CAMPEDELLI et al., 1989).

Para Horta (1979), o histórico de enfermagem também é nomeado por levantamento, avaliação e investigação, que, determinam a primeira fase do processo de enfermagem, pode ser relatado como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Portanto, o Histórico de Enfermagem é elevação das situações do paciente através da utilização de um roteiro próprio, que deverá atender e especificar os clientes a que se destina (CAMPEDELLI et al., 1989).

O Histórico de Enfermagem tem o objetivo de conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente a unidade e ao tratamento, assim como a identificação de problemas. O Histórico de Enfermagem deve constar de um roteiro sistematizado para o levantamento de dados que sejam importante para a enfermagem sobre o paciente, família ou comunidade, a término de tornar possível a identificação dos seus problemas de maneira que, investigue adequadamente e possa chegar ao diagnóstico de enfermagem (CIANCIARULLO, 1976)

Num levantamento feito entre as enfermeiras que realizavam o histórico de enfermagem, observou-se que o tempo médio gasto na aplicação do mesmo foi de 38 minutos com desvio padrão em torno de 10 minutos. Logo, o tempo médio para completá-lo o histórico gira em torno de 20 a 40 minutos (CAMPEDELLI ET AL., 1989).

### **3.3 As teorias de Enfermagem**

Historicamente, destina-se a preocupação com a qualidade nos serviços de saúde em tempos de Florence Nightingale (1820-1910) que, em meados do século passado, lançou as bases da moderna profissão de enfermagem progredindo um método de atendimento que priorizava o máximo de qualidade. Dando continuidade ao mesmo propósito, nos tempos atuais, a enfermagem prossegue visando a melhoria da qualidade da assistência ao paciente através de uma metodologia científica, simbolizada pelo processo de enfermagem, que condiz a Resolução COFEN-272/2002, a qual entrou em vigor em 27 de agosto de 2002, propósito regulamentar a obrigatoriamente a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem por toda instituição de saúde pública e privada (BRASIL, 2002).

Na década de 60 apareceram as primeiras teorias de Enfermagem, por exemplo: a *sinérgica* - relação com o cuidado de enfermagem; a *homeostática* – segue a teoria dos sistemas; Teorias de Imogenes King e Martha Rogers .

#### **3.3.1 Teoria homeostática**

A palavra homeostática é adjetivo de homeostasia, que significa “o processo de regulação pelo qual um organismo mantém constante o seu equilíbrio; inclui todos os fenômenos adaptativos, processos de auto-regulação, que são necessários para responder às modificações do organismo na sua interação com o meio” (MESQUITA; DUARTE, 1996).

No ano de 1961, Wanda Mcdowell mostrou o relacionamento entre a enfermagem e homeostasia, percebendo, em consequência, um sistema para a administração do cuidado do paciente. De acordo com a teoria, o paciente fala continuamente informações sobre ele e suas

condições. A enfermeira colhe estas informações por meio de sua observação e capacidade de comunicação.

Após coleta das informações sobre o paciente o enfermeiro pode tomar as possíveis atitudes (HORTA, 1979):

- Passar as informações verbalmente ou por escrito
- monitor;
- Comparar a informação da condição atual do paciente com o ideal-monitor e comparador do sistema;
- Reconhecer a divergência entre o estado atual do paciente e o normal e iniciar uma ação para atuar na diferença monitor, comparador e regulador do sistema.

### 3.3.2 Teoria Holística

A palavra Holístico, de acordo com o dicionário informal (2007), significa totalidade; Considerar o todo levando em consideração as partes e suas inter-relações.

Em 1967 apareceram os primeiros trabalhos de Myra E. Levine, onde ela expõe progressivamente a teoria holística de enfermagem. Essa teoria tem uma visão do homem como um “todo” dinâmico e consiste na interação com o ambiente dinâmico, para ela a enfermagem é conservadora das energias do paciente e o enfermeiro uma ampliação do sistema perceptível do ser humano quando nele tiver uma lesão; do nascimento até a morte cada indivíduo permanece e protege seu *todo*.

A integridade do homem é alcançada por sua adaptação a quatro níveis de resposta do organismo, as quais são fisiologicamente determinadas para que haja o envolvimento do homem com seu ambiente interno e externo, são elas:

- Resposta ao medo – é a primeira e mais primitiva das respostas, é instantânea, é a preparação do organismo para a luta, opera no sistema nervoso simpático;
- Resposta inflamatória – é uma concentração de energia sistematizada para tirar um material desconhecido ao organismo;
- Resposta ao “stress” – é uma resposta demorada, mudanças induzidas não específicas dentro de um sistema biológico;
- Resposta sensorial – o mundo tem importância para o indivíduo a partir de suas experiências.



A interação enfermeiro-paciente depende desse conjunto perceptível de ambas as partes. Para a teoria holística a enfermagem sempre se determinou por seu objetivo humanístico.

De acordo com Horta (1979) há quatro princípios de preservação da intervenção de enfermagem:

- Preservação da energia do indivíduo;
- Preservação da integridade estrutural do paciente;
- Preservação da integridade pessoal do paciente;
- Preservação da integridade social do paciente

### 3.3.3 Teoria Sinérgica

De acordo com a Wikipédia (2009), “sinergia ou sinergismo deriva do grego *synergía*, cooperação *syn*, juntamente com *érgon*, trabalho. É definida como o efeito ativo e retroativo do trabalho ou esforço coordenado de vários subsistemas na realização de uma tarefa complexa ou função”. Quando se tem a associação concomitante de vários dispositivos executores de determinadas funções que contribuem para uma ação coordenada, ou seja, a somatória de esforços em prol do mesmo fim, tem-se sinergia. É a ação combinada de dois ou mais medicamentos que produzem um efeito biológico, cujo resultado pode ser simplesmente a soma dos efeitos de cada composto ou um efeito total superior a essa soma.

Em 1969 – Dagmar E. Brodt; apresentou sua teoria Sinérgica, segundo a autora a confortante mistura de conhecimentos e habilidades que protegem um paciente de sua fraqueza e mobilizam suas forças para a recuperação são os resultados das ações sinérgicas da enfermagem. Dimensões para a ação de enfermagem, segundo Horta (1979):

- A preservação das defesas do corpo;
- A prevenção de complicações;
- O estabelecimento do relacionamento o paciente com o mundo exterior;
- A detecção de mudanças no sistema regulador do organismo;
- A implementação da terapêutica prescrita pelo médico e outras atividades de diagnóstico;
- A provisão de conforto, os cuidados de enfermagem, aplicados em conjunto e ao mesmo tempo surtem efeitos satisfatórios enquanto que os aplicados isoladamente têm efeito restrito;

- O resultado sinérgico da ação de enfermagem e os elementos do ciclo do processo de enfermagem. Podem-se destacar tais elementos como: avaliação das respostas do paciente à sua doença em termo de conhecimento científico de todos os campos relevantes da ciência;
- Planejamento de métodos dinâmicos de ação para atender a estas respostas;
- Implementação de planos dinâmicos interrelacionados e simultâneos. Levantamento das respostas dos pacientes para as ações de enfermagem;
- Continuação do processo visando ao bem-estar do paciente e um ciclo para a sua recuperação.

### **3.3.4 Teoria da Adaptação**

Essa teoria foi publicada em 1970 por Sister Callista Roy. De acordo com Roy, a pessoa, como um sistema, tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. Sendo um sistema, a pessoa recebe estímulos, dentre eles o focal, que é o estímulo interno ou externo que constitui o maior grau de mudança, gerando um forte impacto. Os estímulos contextuais, que são todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo focal e os estímulos residuais, que são os fatores cujos efeitos na situação atual não são centrais e a pessoa pode não ter consciência da influência destes fatores. São fatores descentralizados da situação atual, mas que a influenciam (ROY; ANDREWS, 2001).

Quando o indivíduo está inserido num contexto de doença e hospitalização, ele recebe um estímulo focal. O estímulo focal é o que gera maior impacto, no caso da pessoa hospitalizada esse foco é a própria doença. Além desse estímulo o cliente recebe os contextuais, que são todos os outros fatores, como mudança de ambiente e rotinas de vida, separação dos demais familiares. O cliente também recebe influência dos estímulos residuais, esses estão ligados não com a doença atual, mas com experiências anteriores com hospitalização, doença na família, etc. Cada indivíduo submetido a esses diferentes estímulos, possui um nível de adaptação, o qual é determinado por processos de controle, também chamados de mecanismos de enfrentamento reguladores (fisiológico) e cognatos (sentimentos e mobilizações emocionais), iniciam-se, na pessoa, processos de controle, em que os mecanismos de enfrentamento irão determinar os comportamentos a serem expressos, podendo ser adaptáveis ou não (ROY; ANDREWS, 2001; HORTA, 1979).

O objetivo dos cuidados de enfermagem deve ser promover a adaptação e ajudar o cliente a lidar com os problemas de adaptação gerados pela doença e hospitalização. O enfermeiro deve agir preparando-os para as mudanças antecipadas através do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento regulador e cognitivo individuais (GEORGE, et al, 2000).

### **3.3.5 Teoria de Martha Elizabeth Rogers e a teoria humanística e humanitária**

É uma teoria dedutiva, (parte do geral para o individual, substantiva, usa modelos de (Âmbito universal), e predicativa( descreve, especifica e prognosticar o fenômeno).

Emprega-se uma linguagem geral, científica e simbólica; O homem como um todo ser biológico, psicológico, sócio-cultural e espiritual; Instrumentos e valores a imaginação e a criatividade; Não apresenta conduta ou processo de enfermagem (HORTA, 1979).

De acordo com Potter e Perry (1998) Martha Elizabeth Rogers (1914-1994) respeitar o paciente de maneira global, o que ela chama de “homem unitário”, e em estável desenvolvimento e mudança. Nesse processo, o profissional de enfermagem envolve com ele e o ajuda chegar o máximo bem-estar.

Falco e Lobo (2000) falam que, para Rogers, a enfermagem é uma ciência humanística e humana, conduzida a descrever e explicação do ser humano em sua total sinérgica e ao desenvolvimento de generalizações hipotéticas e início preventivos básicos para a prática reconhecida.

### **3.3.6 Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA)**

Essa teoria foi desenvolvida através de conceitos da motivação humana de Maslow (1908-1970) que se fundamenta a partir das necessidades humanas básicas. O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, sujeito a todas as suas leis, em estável interação com si mesmo e essa dinâmica provoca no homem estados de equilíbrio e desequilíbrio; o ser humano é único, autêntico e individual; os desequilíbrios geram no ser humanas necessidades.

A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde; a enfermagem receber as necessidades humanas básicas, buscando a estabilidade do ser humano, ou seja, a saúde, quando essas

necessidades não são atendidas, ou o são de forma inconveniente traz a falta de conforto que, se for demorado pode causar doenças (HORTA,1979).

### **3.3.7 Hildegard E . Peplau e a teoria do relacionamento interpessoal**

Segundo Potter, Perry e Hildegard (1998) a teoria de Peplau (1909-1999) está centrada no relacionamento interpessoal, que é construído nos vários estágios crescendo pelos quais as pessoas passam. No caso do profissional de enfermagem, ele se esforça para progredir um relacionamento de confiança com o paciente e, à medida que essa confiança aumenta o profissional ajuda o paciente a identificar os problemas e a encontrar as soluções potentes.

Belcher e Fish (2000) comentam, ainda, que, para Peplau, a enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos que oferece e estimula para o processo terapêutico.

### **3.4.8 Dorothea Orem e a teoria do déficit de autocuidado**

Para Orem , quando capazes, os indivíduos conseguem cuidar de si mesmos. Porém se o cliente for incapaz de exercer o autocuidado, o profissional de enfermagem deve proporcionar a assistência necessária (FOSTER; BENET; OREM; 2000).

Potter e Perry (1998) falam que o propósito da teoria de Orem é auxiliar o paciente a conseguir cuidar de si próprio. A assistência de um profissional de enfermagem é essencial quando o paciente está incapaz de atender às próprias necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento e sociais.

Segundo Foster, Benet e Orem (2000), a teoria de enfermagem da dificuldade de auto cuidado (teoria geral) de Orem é formada de três teorias inter-relacionadas:

- Teoria do autocuidado: Diz respeito sobre a prática de atividades que os indivíduos faz em benefício de si mesmo para manter a vida, a saúde e o bem-estar.
- Teoria do déficit do autocuidado: quando o cliente não possui condições de realizar o autocuidado contínuo a enfermagem passa a ser necessária para realização do mesmo.
- Teoria dos sistemas de enfermagem: mostra o sistema de enfermagem, alinhada pelo

profissional de enfermagem e criada com base nas necessidades de autocuidado e na capacidade de o paciente desenvolver as atividades de auto cuidado. Se houver dificuldade a esse processo, a qual indivíduo pode realizar (ação de auto cuidado) e o que é necessário ser feito para conservar o funcionamento ideal (requisito de auto cuidado), a enfermagem é exigida.

### **3.3.9 Teoria da enfermagem transcultural**

Para Leininger (apud GEORGE, 2000), a enfermagem transcultural é um ramo que trata do estudo comparativo e da análise de culturas no que fala respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença com o objetivo de favorecer um trabalho de atendimento de enfermagem, significativo e eficiente, para as pessoas, conforme com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença.

George (2000) afirma, ainda, que Leininger construiu sua teoria da enfermagem transcultural com base na premissa de que as pessoas de cada cultura têm a seu modo de experimentar e notar o atendimento de enfermagem e podem relacionar essas experiências e sensações com suas crenças e práticas gerais de saúde.

### **3.4 A Enfermagem e o cuidar**

A Enfermagem pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa multifacetada. Há uma ampla diversidade de elementos que entram em sua composição e em sua prática. Um desses elementos é o cuidar, uma construção teórica considerada como central para a Enfermagem, haja vista que, para aquelas e aqueles que praticam a profissão, além de ser um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável (BRYKCYNSKA, 1997).

Cuidar é um verbo cuja ação se comunica, entre maneiras possíveis, na transição relacionada que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa se encarrega do papel de cuidador, e outra pessoa que encarrega do papel de ser cuidador (GARCIA, 1996).

O verbo cuidar, quando utilizado com o sentido denotativo ou discursivo de zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, tratar da saúde de alguém (MICHAELIS, 1998), mostra uma série de

ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado; ou seja, mostra um processo de serviço que ocorre (consciente ou inconscientemente) através da adoção de uma determinada maneira de fazer, fundamentado em alguma maneira de pensar.

A prática de Enfermagem é baseada no resumo da aplicação de conhecimentos das Ciências médicas, comportamentais e humanas, e essa base de conhecimentos modifica e se espalha rapidamente à medida que as pesquisas e novas teorias proporcionam informações (CHRISTENSEN; GRIFFITH-KENNEY, 1986).

George et al. (2000) destaca que a Enfermagem, como profissão em desenvolvimento, está profundamente envolvida com a identificação de uma base própria de conhecimentos, na qual estão sendo determinados e reconhecidos infinitos conceitos, modelos e teorias.

Ao extenso de sua história como profissão, a enfermagem tem acompanhado as modificações acontecidas na sociedade, levando os seus profissionais a se perguntarem e a refletirem sobre a sua situação prática. A partir destas perguntas e reflexões é que se desenvolveu um método científico denominado a cuidar do ser humano de forma individualizada e sistematizada, denominado Processo de Enfermagem.

Thomaz, Guidardello (2002), esclarecem que o processo de enfermagem surgiu, primeiramente, sob a idéia do plano de cuidados de enfermagem, que se constituía num instrumento elaborado pelo enfermeiro com o objetivo de transmitir e relatar informações aos elementos da equipe de enfermagem.

### **3.5 A História da Sistematização da Assistência de Enfermagem**

No princípio, a enfermagem não era tida como uma ciência, ela era expressa como arte do cuidar no âmbito feminino, ou seja, era uma profissão exclusivamente feminina, não reconhecida socialmente, identificada apenas pela execução das tarefas domésticas. Além de ser reconhecida como o cuidado domiciliar originado no lar, com a mãe de família, a enfermagem passou a ser responsabilidade dos sacerdotes, feiticeiros, mágicos e filósofos, cabendo evidenciar o papel dos religiosos no atendimento aos doentes, abrangendo os aspectos espirituais (DANIEL, 1981).

Desse modo a terapêutica se limitava a dois fins: Abrandar as divindades por meio de sacrifícios expiatórios e afastar os maus espíritos; Com o passar do tempo o sacerdote-médico chegou a obter conhecimentos práticos de plantas medicinais e do modo de prepará-las, começando

a delegar a administração desses remédios a assistentes, que obtiveram a função de enfermeiros (PAIXÃO, 1979).

Com o decorrer do tempo, a Enfermagem começou a se preocupar em realizar suas ações de forma sistematizada, baseada em teorias e direcionada ao indivíduo, família e sociedade. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) passa a ser sinônimo de processo de enfermagem, o qual representa um instrumento de planejamento e execução de cuidados (CARPENITO, 1997; ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Historicamente, podem ser reconhecidas três gerações diferentes do processo de enfermagem, cada uma delas sendo influenciada pelo estado de desenvolvimento do conhecimento e pelas forças atuantes que lhe são contemporâneas: Primeira geração- Problemas e Processos (1950 a 1970); Segunda geração- Diagnóstica e Raciocínio (1970 a 1990); terceira geração- Especificação e Teste de Resultados (1990 até a presente data) (CARVALHO; GARCIA,2002).

A expressão "processo de enfermagem" foi usada pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Já, em 1967 um grupo da Universidade Católica reconheceu as fases do processo de enfermagem como: levantamento, planejamento, implementação e avaliação; no levantamento está incluído o diagnóstico de enfermagem (HORTA, 1995).

Para Lucile Lewis (1970), o processo de enfermagem consta de três fases: Levantamento, intervenção e avaliação; a primeira fase também inclui o diagnóstico, embora ela não use este termo, e sim identificação do problema e estabelecimento da prioridade.

Assim, há inúmeros modelos do processo de enfermagem, mas nenhum deles tem embasamento teórico, com exceção daquele de Sister Callista Roy, que se baseia na teoria da adaptação e Compõe-se das seguintes fases: levantamento do comportamento do cliente, levantamento dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objeto, intervenção, avaliação.

### **3.6 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico perfeito para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial

proporcionando o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja feito (GARCIA, 2000).

Na era do conhecimento torna-se fundamental a busca de novas atribuições nas maneiras de organizar o serviço, nas atitudes profissionais incluídas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas varias dimensões, clareza e qualidade construtiva (ERDMANN, 2006).

A SAE simboliza um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que torna possível reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de maneira a conceder uma assistência eficiente. Então, o enfermeiro deverá usar o Processo de Enfermagem, que possui as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COREN,2000;POTTER PA,1998).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) exige do profissional empenho em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimento e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas (DANIEL, 1979).

A composição da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro organiza para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e determina sua prática profissional, ajudando na definição do seu papel (COFEN, 1997).

A SAE exige do enfermeiro que ele se empenhe em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a execução das ações sistematizada (DANIEL, 1979).

A implantação da SAE estabelecer uma exigência para as instituições de saúde públicas e particulares de todo o Brasil, de acordo com a resolução do COFEN de número 272/2002. É também uma orientação da lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986). Além disso, sua implantação se torna uma estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, a requisito do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar.

Assim, este é um trabalho de suma importância na medida em que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um propósito de toda a rede FHEMIG, e que está de acordo também com a resolução do COFEN de número 272/2002, supracitado. Além disso, a aplicação da SAE e do Processo de Enfermagem favorecer a melhoria da qualidade da



assistência de enfermagem ao paciente/cliente/usuário e a valorização da profissão como ciência do cuidado (PINTO, 2007)

A implementação da SAE, deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente devendo ser composta por (COREN, 1999; COREN, 2000): Histórico de Enfermagem; Exame Físico; Prescrição da Assistência de Enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Anotações de Enfermagem.

### **3.6.1 Exame Físico**

O enfermeiro deverá fazer as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de maneira criteriosa fazendo o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anomalias encontradas para valorizar os dados tidos no histórico. A inspeção baseia na observação detalhada com vista desarmada, da área externa do corpo bem como das cavidades que são acessíveis por sua comunicação com o exterior, como, por exemplo, a boca, as narinas e o conduto auditivo (DANIEL L.F, 1979).

A palpação é a usada do sentido do tato das mãos do examinador, com o propósito de determinar as características da região explorada. A percussão baseia em golpear a área explorada do corpo para gerar sons que permitam avaliar as estruturas pelo tipo de som gerado. A ausculta é o procedimento pelo qual e detectado os sons criados dentro do organismo, com ou sem instrumentos próprios. Segundo Daniel (1979), o exame físico baseia no estudo bio-psico-sócio-espiritual do indivíduo, por intermédio da repara e de interrogar, a inspeção manual, de testes psicológicos, testes de laboratório e do uso de instrumentos.

### **3.6.2 Diagnóstico de Enfermagem**

A palavra diagnóstico de enfermagem apareceu na literatura norte-americana em 1950, quando Mac Manus sugeriu, dentre as responsabilidades do enfermeiro, a identificação dos

diagnósticos ou problemas de enfermagem. A partir da década de 70 estudos foram realizados, com o propósito de determinar uma classificação internacional dos diagnósticos de enfermagem (CRUZ, 1995). Mais recentemente, a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), deu continuação aos estudos publicou em 1986 a primeira classificação internacional, designada Taxonomia I, sendo atualizada posteriormente e republicada com Taxonomia II (CRUZ, 1995).

No Brasil, a expressão diagnóstico de enfermagem foi introduzida por Wanda de Aguiar Horta, na década de 60, que estabelece uma das etapas do processo de enfermagem. Para Horta (1979), diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a decisão, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

O enfermeiro após estudar os dados coletados no histórico e exame físico, identificará os problemas de Enfermagem, as precisões básicas atingidas, o grau de dependência e fará um decisão clínica sobre as respostas do indivíduo, da família e sociedade aos problemas/processos de vida em vigor (HORTA,1979).

### **3.6.3 Prescrição de Enfermagem**

A prescrição de Enfermagem é o resultado de medidas tomadas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a Assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

De acordo com PAIM (1988), a prescrição de enfermagem significa medidas de solução para os problemas do paciente, indicados e registrados previamente pelo enfermeiro, com finalidade de atender as necessidades humanas desse mesmo paciente sob sua responsabilidade.

Para Horta (1979), a prescrição de enfermagem é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou apazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades humanas básicas e específicas do ser humano.

Segundo Car, Padilha e Valente (1985), a prescrição de enfermagem é um método de trabalho científico, por meio do qual o enfermeiro pode garantir uma função profissional específica. Deve ser elaborada a partir de problemas prioritários do paciente sem, contudo, serem omitidos aqueles que deverão ser tratados a "posteriori", deve anteceder a prestação da assistência sendo elaborada de modo a expressar claramente o plano de trabalho, portanto, a prescrição de enfermagem é o conjunto de ações determinadas, da qual não deve constar a especificação de passos que são inerentes a procedimentos padronizados.

A prescrição de enfermagem deve ser precedida de data; utilizar verbos de ação; no infinitivo; ser concisa e redigida em linguagem comum aos elementos da equipe; conter determinação de horários, que serão checados logo após a execução dos cuidados; ser elaborada diariamente para um período de 24 horas, mesmo que os cuidados a serem prescritos sejam iguais aos do dia anterior; ser reavaliada e modificada de acordo com as condições do paciente; especificar os cuidados em ordem cronológica de execução, conforme as prioridades estabelecidas; conter os cuidados de rotina, estabelecidos pela instituição, apenas quando os mesmos irão influir no cronograma de prestação dos cuidados; incluir a verificação dos sinais vitais pelo menos uma vez ao dia, mesmo que paciente não apresente anormalidades nesses parâmetros; conter as ações específicas da enfermagem; especificar os cuidados inerentes a determinados exames e medicações, na vigência de problemas identificados; excluir as ações que o paciente possa fazer sozinho, sem necessidade de acompanhamento, orientação ou supervisão de equipe de enfermagem; excluir cuidados inerentes a procedimentos técnicos padronizados (CAR; PADILHA; VALENTE, 1985).

Segundo Campedelli et al. (1989), o número de prescrições por enfermeiro varia conforme o nível de complexidade de assistência aos pacientes, sendo em torno de 5 a 10 o número de prescrições previstas para um período de 6 horas.

#### **3.6.4 Evolução de Enfermagem**

A Evolução de Enfermagem é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Nesse registro devem constar os problemas novos identificados, um breve resumo dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas seguintes (COREN, 2000).

De acordo com HORTA (1979), a evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças que ocorrem no ser humano sucessivamente enquanto estiver sob assistência profissional, ou seja, uma avaliação integral do plano de cuidados. A evolução constitui o registro executado pelo enfermeiro, do processo de avaliação das alterações exibidas pelo paciente e dos resultados das ações de enfermagem planejadas e aplicadas ao atendimento das suas necessidades básicas (CIANCIARULLO, 1997).

Num levantamento realizado com as enfermeiras que realizavam a evolução e prescrição, constatou-se que o tempo gasto para realização das mesmas variou de 15 a 30 minutos e foi proporcional à variedade de cuidados de enfermagem necessários e do estado de saúde dos pacientes internados (CAMPEDELLI et al., 1989).

Segundo Campedelli et al., (1989), a evolução de enfermagem deve ser realizada diariamente para todos os pacientes internados ou em observação, devendo conter a data e o horário de sua execução e registrada em impresso próprio na coluna determinada; caso aja alteração no estado do paciente, é necessário refazê-la e indicar o horário de sua alteração; nela deve constar os problemas prioritários para assistência de enfermagem a ser prestada nas próximas 24 horas. Na elaboração da 1ª evolução de enfermagem, o enfermeiro resume sucintamente as condições gerais do paciente detectadas durante o preenchimento do histórico e relaciona os problemas selecionados para serem atendidos já nessa primeira intervenção.

Para elaborar a evolução de enfermagem a enfermeira deve consultar a evolução e prescrição de enfermagem anterior, a anotação de enfermagem do período entre a última prescrição e a que está sendo elaborada, a evolução e prescrição médicas, os pedidos e resultados de exames laboratoriais e complementares, interconsultas, e realizar entrevista e exame físico. A evolução dos pacientes em observação no Pronto Atendimento é baseado no exame físico, nos sinais e sintomas e em outras informações relatadas pelo paciente ou acompanhante. A resolução do problema deve constar na evolução diária. (CAMPEDELLI, et al., 1989).

A evolução de enfermagem deve conter em ordem, segundo Horta (1979); Campedelli et al., (1989):

data, hora;

tempo de internação;

motivo da internação;

diagnóstico;

Discriminação seqüencial do estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e genito-urinário;

Procedimentos invasivos, considerando: entubações oro traqueais, traqueostomias, sondagens nasogástricas e enterais, cateterizações venosas, vesicais e drenos;

Cuidados prestados aos clientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudança de decúbito, apoio psicológico e outros;

Descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, quantidade, consistência, odor e coloração;

assinatura e Coren.

### **3.6.5 Anotação de Enfermagem**

Segundo Fernandes et al. (1981), a anotação é um importante instrumento e de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade, tornando-se, pois, indispensável na aplicação do processo de enfermagem, pois está presente em todas as fases do processo.

A quantidade e principalmente a qualidade das anotações de enfermagem, desperta em outros profissionais da equipe multiprofissional o interesse e necessidade de consultá-las. Para a equipe médica, as anotações são meios valiosos de informações, fornecem bases para direcionar a terapêutica, os cuidados, a realização de novos diagnósticos.

De acordo com Fernandes et al. (1981), as Normas para as anotações de enfermagem são:

- Preceder toda anotação de horário e preencher a data na página anotação do dia;

- Anotar informações completas, de forma objetiva, para evitar a possibilidade de dupla interpretação: não usar termos que dêem conotação de valor (bem, mal, muito, bastante, entre outros);

- Utilizar frases curtas e exprimir cada observação em uma frase;

- Anotar imediatamente após a prestação do cuidado, recebimento de informação ou observação de intercorrência;

- Nunca rasurar a anotação por ter essa valor legal; no caso de engano, usar "digo", entre vírgulas;

- Não utilizar termo "o paciente", no início de cada frase, já que a folha de anotação é individual;

- Deixar claro na anotação se a observação foi feita pela pessoa que anota ou se é informação transmitida pelo paciente, familiar ou outro membro da equipe de saúde;

Evitar o uso de abreviaturas que impeçam a compreensão do que foi anotado;

- Assinar imediatamente após o final da última frase e escrever o nome e COREN. - - - Não deixar espaço entre a anotação e a assinatura.

Observação: As abreviaturas podem ser eventualmente utilizadas, desde que seu uso seja consagrado na instituição.

Segundo Decisão COREN-SP/DIR/001/2000:

Artigo 1º - O registro deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras.

Artigo 2º- Após o registro deve constar à identificação do autor constando nome, COREN-SP e carimbo.

Artigo 3º - O registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, com data e hora.

Artigo 4º- O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

Artigo 5º- O registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria em enfermagem.

Artigo 6º- O registro deve fazer parte do prontuário do cliente ou paciente e servir de fonte de dados para processo administrativo, legal, de ensino e pesquisa.

Artigo 7º - Os registros podem ser do tipo:- manual (escrito à tinta e nunca a lápis) e eletrônico (de acordo com a legislação vigente).

De acordo com o COREN-SP/DIR/001/2000 deve ser anotadas informações subjetivas e objetivas, problemas/preocupações do cliente, sinais/sintomas, eventos ou mudanças significativas do estado de saúde, cuidados prestados, ação e efeito das intervenções de Enfermagem baseadas no plano de cuidados e respostas apresentadas.

Essas informações devem ser anotadas sempre e que ações de assistência forem executadas, mantendo o planejamento de enfermagem atualizado, em impressos próprios, segundo modelo adotado pelo serviço de enfermagem da instituição (COREN-SP/DIR/001/2000).

O registro deve ser feito de forma clara e objetiva, com data e horário específico, com a identificação (nome, COREN-SP e carimbo) da pessoa que faz a anotação. Quando o registro for manual, deve ser feito com letra legível, sem rasuras. Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra digo e anotar imediatamente após o texto correto (COREN-SP/DIR/001/2000).

As anotações devem ser feitas pela equipe de enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, pois, são necessárias para historiar e mapear o cuidado prestado; facilitar o rastreamento das ocorrências com o cliente a qualquer momento e reforçar a

responsabilidade do profissional envolvido no processo de assistência de Enfermagem. (COREN-SP/DIR/001/2000).

### **3.7 O processo de enfermagem**

De acordo com Dell'acqua e Miyadahira (2002), o processo de enfermagem é um método para organização e prestação do cuidado na área. Na literatura há outras denominações, como SAE é a Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE), termo empregado genericamente para se referir à forma de organizar a assistência.

Já para Paul e Reeves (2000), esse é o esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem. É a essência da prática da enfermagem, é o “instrumento” e a metodologia da profissão, que auxiliam o profissional tanto na tomada de decisões quanto na prevenção e na avaliação das conseqüências

Segundo Barros (2002), o processo de enfermagem tem-se constituído como instrumento facilitador do desempenho prático e do trâmite da documentação do paciente. Por meio desse processo, os profissionais da área organizam a informação disponível e de terminam as intervenções que devem ser estabelecidas para atender às necessidades dos pacientes.

Paul e Reeves (2000) enfatizam que esse processo também dá condições para que seja avaliada a qualidade do atendimento de enfermagem, a competência e a responsabilidade do profissional da área.

Dell'acqua e Miyadahira (2002) afirmam que o processo de enfermagem foi descrito de maneira diferente por diversos autores, mas existem elementos comuns: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação evolução da enfermagem.

Para a realidade brasileira como proposto por Horta (1979) a operacionalização do processo ocorre por meio de seis fases que compreendem o histórico, o diagnóstico, o plano assistencial, o plano de cuidados ou prescrição, a evolução e o prognóstico de enfermagem. Veja essas seis fases/passos a seguir:

O primeiro passo desse processo, o histórico de enfermagem, é o roteiro sistematiza do para levantamento de dados.

O segundo é o diagnóstico de enfermagem, que permite a identificação das necessidades da pessoa que precisa ser atendida e a determinação, pelo profissional, do grau de dependência desse



atendimento.

O terceiro é o plano assistencial, em que ocorre a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber em razão dos diagnósticos estabelecidos.

O quarto é a prescrição de enfermagem – a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem.

O quinto passo, a evolução de enfermagem, é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no paciente.

O sexto e último passo o prognóstico de enfermagem, é a estimativa da capacidade do paciente em atender às suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial.

### **3.8 Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem**

A literatura de enfermagem revela o empenho dos enfermeiros na organização das ações de enfermagem, mas revela, também, os conflitos e empecilhos surgidos, os quais vêm sendo poucas vezes vencidos. Um destes obstáculos foi a não aceitação, por parte de muitos enfermeiros, de que o método científico pudesse ser utilizado por todas as profissionais. Hoje, é possível saber que pode-se utilizá-lo sob diferentes formas metodológicas e fundamentos conceituais, visando a solução de problemas (BARROS, 1998).

O modelo de SAE adotado não prevê impresso para levantamento dos problemas identificados nos pacientes, devendo estes serem anotados no próprio histórico de enfermagem durante a coleta de dados. Ainda nesta direção: a sistematização da assistência de enfermagem tem deixado de ser um meio ou instrumento de trabalho para constituir-se no próprio objeto de trabalho do enfermeiro (SILVA, 1996).

Cada instituição apresenta particularidades no que diz respeito a facilidades e dificuldades, as quais devem ser examinadas pela equipe de enfermagem, a fim de que o método seja implantado com conhecimento da situação e com metas possíveis de serem alcançadas (SOUZA, 1989).

Por consequência, no planejamento para implantação da SAE é indispensável o levantamento do sistema como um todo (valores, clientela, recursos humanos e suas funções, capacidade produtiva)(FUGITA, 1996).

A assistência de enfermagem deve corresponder às metas do serviço de enfermagem e da organização, ou seja, é necessária coerência na filosofia, metas e objetivos da organização, serviço

de enfermagem e da unidade. Alguns autores confirmam que implementar a SAE, pressupõe a existência e divulgação de uma filosofia e de objetivos compatíveis com esse método de trabalho (FUGULIN, 2001).

A sensibilização de toda a equipe da importância dessa metodologia deve fazer parte do plano de ação da chefia de enfermagem, como pré-requisito para sua efetiva implantação. Algumas autoras referem-se à falta de empenho dos auxiliares de enfermagem em implementar o processo à falta de orientação quanto a sua importância, ou mesmo, ao fato de não estarem comprometidos com a sua elaboração (MATTÉ, 2001).

Para introduzir a implementação da Assistência de Enfermagem é necessário que haja os principais recursos disponíveis seguintes:

### **3.8.1 Estrutura física das unidades**

Apesar de a estrutura física ser pouco citada na literatura sobre o tema do planejamento da SAE, sua análise é necessária quando se pretende implantá-la. Por exemplo, colocar bancadas e cadeiras nas unidades pode proporcionar às enfermeiras um local adequado para planejar a assistência (CASTILHO, 1991).

Deve haver também, uma sala privativa para trocas de informações sobre o paciente entre toda a equipe, podendo ser um espaço para os profissionais se expressarem livremente, contribuindo para definir as ações de enfermagem que se colocarão em prática por meio da SAE.

A apropriação de recursos ambientais juntamente com outras ações de planejamento para implantação da SAE pode fazer com que o nível de êxito dessa prática não seja tão elevado e haja uma avaliação mais positiva em relação a mesma (FUGITA, 1996).

### **3.8.2 Número de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem**

O recurso humano é um dos fatores mais relevantes na funcionalização da SAE, tanto no aspecto quanti-qualitativo, quanto no que se refere à função de cada elemento da equipe exigindo a presença constante dos enfermeiros nas unidades, esta é uma variável que precisa ser considerada no dimensionamento e seleção de pessoal. (BENKO, 1992).

Essa afirmação permite questionar se as instituições de saúde brasileiras estão preparadas e interessadas em aumentar seu quadro de enfermeiros em quantidade suficiente que garanta a implantação efetiva dessa metodologia.

### **3.8.3 Impressos**

São instrumentos de registro que podem variar em quantidade. É requisito básico que todas as fases da SAE sejam registradas e arquivadas no prontuário do paciente. Um sistema de registro formal da assistência prestada justifica-se por auxiliar nas atividades de planejamento, possibilitar a pesquisa e a auditoria no âmbito da enfermagem (BENKO,1992).

### **3.8.4 Capacitação profissional**

Para implantar o Processo de Enfermagem é necessário capacitar todos os membros da equipe para a sua aplicação, além do enfermeiro estar preparado com conhecimentos científicos e constante atualização (MATTÉ, 2001).

Parece quase impossível a implantação efetiva da SAE ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico (fundamentação teórica) e da habilidade prática. Portanto, deve fazer parte das etapas de planejamento para a sua implantação, o reconhecimento da necessidade de capacitação da equipe de enfermagem e do investimento, se necessário, no preparo para o desempenho dessa prática (MATTÉ, 2001).

## **3.9 Sistematizações (SAE) nos dias atuais.**

Mesmo com todos os esforços, a SAE, da forma como vem sendo aplicada até hoje, ainda tem como propósito, o enfermeiro determinando o sistema de cuidados em saúde, a partir da sua visão de mundo, de sociedade e de ser humano. É preciso, contudo, que as escolhas do que fazer e

como fazer sejam discutidas e negociadas com a equipe de saúde e com o próprio paciente, como um ser pensante, dotado de consciência e autonomia (SILVA, 1979).

A SAE pode se encaixar no paradigma da simplificação, cujo conhecimento é dualista do tipo subjetivo ou objetivo, coletivo ou individual (MORINE, 1986).

Os profissionais, principalmente os envolvidos nas funções administrativas e/ou gerenciais do sistema de cuidados, percebem crescente descompasso entre o conhecimento que é produzido na academia e a prática. Acreditam que esse elemento pode estar contribuindo para a desvalorização da SAE e, até mesmo, para o desenvolvimento de processos mais flexíveis e dialógicos na perspectiva da interdisciplinaridade (MORINE, 2001).

A divergência entre a academia e as práticas de saúde, bem como a pouca valorização da SAE por parte de alguns profissionais, também pode estar relacionado às diferentes concepções e significações sobre um mesmo fenômeno, como mostrado pelas falas: “para mim não é aquele processo preconizado pelo COREN, que o COREN está trabalhando e exigindo das instituições, mas é a sistematização do cuidado” (MORINE, 2001)

A universidade ensina a SAE fora da realidade de aplicação, por não conhecer a prática dos enfermeiros e dos serviços de saúde. A prática, por sua vez, está na dependência dos gestores, ainda muito pautada nas questões burocráticas, não se preocupando com os resultados assistenciais, mas sim com os custos. Os órgãos legisladores necessitam conhecer a prática dos enfermeiros, ajudarem na construção da SAE para que a mesma atenda a realidade dos serviços de saúde e não somente estabelecer regras a serem cumpridas (VASCONCELOS, 2004).

Os discursos dos profissionais convidam à reflexão e à crítica, no sentido de reduzir as lacunas entre o ser/ fazer por meio das ligações ou interdependências num esforço do pensamento para promover a dialogicidade entre o simples e o complexo (MORINE, 2001).

Na pesquisa realizada por Silva (1993), as falas dos profissionais refletem que a SAE não passa, freqüentemente, de método mecanizado e rotinizado pelos afazeres do dia-a-dia, agravado pelo número insuficiente de profissionais da enfermagem, a divisão de tarefas, informações divergentes, descontinuidades no cuidado e a excessiva burocratização do próprio sistema de saúde em vigor. As pessoas agem pelo costume, vendo a SAE de uma forma rotineira, daí a preocupação, inclusive com a informatização: aperta-se o botãozinho, e a prescrição já está pronta. Pode-se ver que as prescrições se repetem.

Então essas são questões que apontam que a sistematização, principalmente a evolução e a prescrição de enfermagem se tornam mecânicas (MORINE, 2001).

É preciso, contudo, que o enfermeiro polarize as interações e valorize as diferentes formas de pensar a fim de compreender as correlações parte/todo e apreender o ser humano como um ser complexo. As subcategorias refletem, em síntese, que o enfermeiro é reconhecido e valorizado pela sua inserção nos diferentes espaços da saúde, mesmo que essas devam estar acompanhadas de processos mais interativos e complementares como refletem as falas: eu acho que é um avanço nosso, no sentido, inclusive, de consolidação do espaço da enfermagem, do trabalho do enfermeiro (Horta, 1979) a enfermagem por estar sempre próxima do paciente, detecta as suas necessidades e nos informa (COFEN; 2002).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos métodos que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel (COFEN, 1997).

As atividades de competência e as funções da enfermagem vêm sendo cada vez mais, definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Atualmente percebe-se a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância na documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela, inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1997).

Historicamente ao longo das práticas de Enfermagem, o profissional tem sido, sobrecarregado com atividades envolvendo registros, anotações, relatórios e comunicações, utilizando grande parte de seu tempo em atividades burocráticas e na busca e documentação das informações (ÉVORA, 1998).

A disposição da informática em enfermagem para o século 21, baseando-se nas evidências de estudos realizados, está sendo direcionada para as áreas clínica e educacional, focalizando a integração da informática e do conhecimento (ÉVORA, 1998).

### **3.10 NANDA**

O trabalho da NANDA representa a investigação e a exploração de quem o faz. Ele reflete as origens, a cultura, a especialidade clínica e a experiência do profissional. Por exemplo, a dor crônica tem manifestações diferentes com dezoito meses de idade, dezoito anos, quarenta e quatro anos e setenta e quatro anos. As características atuais que definem a dor crônica não incluem estas diferenças relacionadas à idade (BARROS, 2000).

De acordo com a definição de NANDA (2002) um Diagnóstico de Enfermagem de risco é aquele que é sustentado por fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada, descrevendo as respostas humanas a condições de saúde e ou processos vitais que podem vir a desenvolver-se um indivíduo, família ou comunidade.

Em 1973 iniciou-se, por um grupo de enfermeiros norte-americanos, a Taxonomia I que se apresentava como estrutura teórica dos Padrões de Respostas Humanas, que orientavam a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. Continha uma lista de 150 diagnósticos, distribuídos em ordem taxonômica por Padrão de Resposta Humana, incluindo definição, características definidoras, fatores relacionados e/ou de risco como estrutura de apresentação (NANDA, 2000; NOBREGA, 2000).

Já 1990, a NANDA definiu o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico sobre as respostas, atuais ou potenciais, que indivíduos, famílias ou comunidades exibem a problemas de saúde/processos de vida (CRUZ DALM, 2001).

A Taxonomia II, aprovada em 2000, abrange uma estrutura multiaxial em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Na edição da NANDA 2005-2006 estão incluídos 13 domínios, 47 classes e 172 diagnósticos (NORTH AMERICAN NURSING, 2006).

Os diagnósticos foram traçados segundo a NANDA atendendo às necessidades do paciente, visando um atendimento integralizado e humanizado (NORTH AMERICAN, 2007).

Na taxonomia da NANDA, um eixo é definido operacionalmente como uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo de diagnóstico.

Existem sete eixos:

EIXO 1: o conceito diagnóstico.

EIXO 2: tempo (agudo, crônico, intermitente, contínuo).

EIXO 3: sujeito do diagnóstico (individual, familiar, grupal, comunitário).

EIXO 4: idade (de feto à adulto idoso).

EIXO 5: estado de saúde (bem estar, de risco, real).

EIXO 6: descritor (limitam ou especificam o significado do conceito diagnóstico).

EIXO 7: topologia (partes/regiões do corpo e funções emocionais).

Atualmente, a NANDA Internacional prevê uma nova estrutura, a Taxonomia NNN da Prática da Enfermagem, como estrutura taxonômica comum para a prática de enfermagem, incluindo dados da NANDA-I (diagnósticos de enfermagem), da NIC (intervenções de enfermagem) e da NOC (resultados de enfermagem), com possibilidade de que outros sistemas de classificação sejam incluídos (NANDA, 2007)

### **3.11 Sistema NIC**

Para Docteman e Bulechek (2003), o impulso para iniciar o trabalho sobre as intervenções deu-se, em parte, com as atividades da NANDA, visto que um profissional de enfermagem, ao formular um diagnóstico, tem o dever de fazer algo sobre ele. Afirmam ainda que, antes do desenvolvimento da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a enfermagem não possuiu nenhuma linguagem padronizada que comunicasse os tratamentos que os profissionais dessa área executavam.

O desenvolvimento da Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) teve início em 1987, por um grupo de pesquisadoras da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, com o apoio do Instituto Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos. A NIC exhibe uma estrutura taxonômica validada e codificada, que compreende intervenções de enfermagem voltadas para os diagnósticos de enfermagem da NANDA. A intervenção de enfermagem é formada por título, definição e atividades (CLOSKEY, 2004).

Segundo Barros (2002), sistema NIC é uma linguagem padronizada de tratamentos que os profissionais da área de enfermagem utilizam, incluindo cuidados diretos e indiretos ao paciente.

De acordo com Docteman e Bulechek (2003, p. 34), a NIC denomina e descreve as intervenções que os enfermeiros executam como qualquer tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimento que a enfermeira executa para melhorar os resultados a serem alcançados pelo paciente/cliente.

Barros (2002) descreve que cada intervenção é com posta de um título, uma definição e um conjunto de atividades em forma de lista que o profissional pode escolher, identificando, assim, as intervenções que serão feitas. Essas incluem aspectos tanto psicossociais quanto fisiológicos.

Segundo McCloskey e Bulechek (2004) as intervenções da NIC estão relacionadas aos

diagnósticos de enfermagem da NANDA, aos problemas do sistema Omaha e aos resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC).

### **3.12 Sistema NOC**

De acordo com McCloskey e Bulechek (2004), percebeu-se, muito cedo, que, além dos diagnósticos e das intervenções, uma terceira classificação a dos resultados esperados para os pacientes, seria também necessária para completar as exigências que compõem a documentação de um encontro clínico de enfermagem.

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC) foi desenvolvida pelo mesmo grupo que desenvolveu a NIC, e é considerada um sistema de classificação complementar à NANDA-I e NIC (CLOSKEY, 2004).

Para Barros (2002), a avaliação dos resultados de enfermagem não se baseia apenas em dados laboratoriais, morte, acesso ou conveniência. A enfermagem tem incluído dados relacionados ao conhecimento do paciente, ao comportamento, à segurança, ao uso de recursos, à manutenção de atividades diárias, que podem ser influenciadas mais pelo cuidado de enfermagem que pelo cuidado médico, e que dificilmente aparecem nos instrumentos de avaliação dos serviços de saúde.

Segundo McCloskey e Bulechek (2004), a NOC, publicada em 1997, contém 190 resultados dispostos em ordem alfabética. Cada um traz uma definição, uma lista de indicadores que podem ser usados para avaliar o estado do paciente em relação ao resultado, uma escala Likert de cinco pontos para medir o estado do paciente e uma lista resumida da bibliografia utilizada para elaborar o resultado. Barros, (2002) destacam que os resultados são as mudanças, favoráveis ou não, no atual ou potencial estado de saúde das pessoas, grupos ou comunidades, que podem ser atribuídas a anteriores ou atuais cuidados. O que se quer saber é se o paciente teve benefício ou não com o cuidado prestado.

### **3.13 Aspectos Positivos da SAE**

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) determina a diferença entre a enfermeira que executa o seu cuidar apenas baseado no empirismo ou nas prescrições médicas e, aquela que emprega o método científico para o planejamento das suas ações, onde o intuito é a



satisfação das necessidades do cliente, família e comunidade, valorizando assim sua principal função (NUNES, 2005).

Quando o enfermeiro avalia os valores dos pacientes comparando-os aos seus e verificando se são apropriados ou não, isso dá a idéia de que ela detém o conhecimento e a experiência. A maior visibilidade e valorização do trabalho do enfermeiro nos leva a refletir que a profissão recebeu um certo privilégio (WALDOW, 2004)

A formação de um sistema de classificação para enfermagem define um conhecimento mútuo pelo qual ela é responsável, adquirindo mais confiabilidade e que resulta em maior autonomia (CARPENITO, 2002).

### **3.14 Aspectos negativos da SAE**

O planejamento das ações no Processo de Enfermagem sistematiza o planejamento das ações, sendo uma forma de reduzir o paciente a um objeto medicamente manipulável, através de normas terapêuticas. Assim sendo, o Processo de Enfermagem rotiniza, mecaniza e encoraja a estereotipia (WALDOW VR, 2004).

### **3.15 A falta de conhecimentos sobre conteúdos básicos**

Na implantação do Processo de Enfermagem são apontados alguns obstáculos: o desconhecimento do tema por parte das próprias enfermeiras, a resistência de médicos e enfermeiras à sua implantação e a exigência de maior responsabilidade da enfermeira. Esta situação pode ser amenizada se, durante a formação acadêmica, o preparo, direcionamento e a motivação forem o foco (CAVALCANTI, 2005; ALMEIDA, 2004).

#### **3.15.1 A falta de conhecimento por parte dos docentes gera a inexperiência dos alunos**

Os principais fatores identificados que dificultam o ensino do Processo Enfermagem, são: o campo prático não adotar o método; a falta de conhecimento por parte dos docentes; a inexperiência dos alunos em outras disciplinas; a carga horária pequena; a existência de um limite conceitual

diferente entre os docentes; o não entendimento por parte dos alunos das etapas do método; a dificuldade de relacionamento aluno e paciente e a não integração entre as disciplinas (CAVALCANTI, 2005; ALMEIDA, 2004).

Estes dados também levam a questionar a validade do ensino do Processo de Enfermagem, pois após formados, muitos profissionais de enfermagem não conseguem implementá-lo nas instituições onde atuam. As escolas, por sua vez, insistem no seu ensino, contribuindo para uma situação irreal, que isola e elitiza (NUNES APM, 2005)

Para um bom resultado na prática do Processo de Enfermagem considera-se também necessária a qualificação e constante atualização do profissional, buscando aprimorar o raciocínio clínico que resulta em maior sintonia entre todas as suas etapas (MAGALHÃES, 2005).

#### 4. DISCUSSÃO

A Enfermagem possui papel fundamental na promoção, prevenção, assistência e na recuperação da saúde da pessoa doente ou saudável, beneficiando também, além do cliente, a família e a sociedade. O enfermeiro é responsável pelas ações de cuidar, gerenciar e educar, visando sempre o bem-estar do cliente. O que Horta (1979); Oliveira; Paula e Freitas (2007) confirmam quando referem que a enfermagem, além de ciência, ressalta-se por ser uma arte de cuidar, construindo conhecimentos próprios classificando o cuidado e o cuidador (HORTA, 1979; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

A Enfermagem Moderna, iniciou sua caminhada adotando uma prática baseada em conhecimentos científicos, no século XIX, após Florence Nightingale, que fez observações sistematizadas e registros estatísticos a partir da prática de cuidados diários á doentes. Nightingale observava a interação entre as variáveis: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Ela cuidou de feridos no hospital de Scutari e percebeu que as condições sanitárias eram péssimas, começando, então, a se preocupar em oferecer aos pacientes um espaço com luz, ar fresco, silêncio e, principalmente, higiene, diminuindo assim o índice de mortalidade entre os feridos

Alcântara e colaboradores (2005) ressaltam que o trabalho de Nightingale estabelece um marco para a história da enfermagem moderna.

No Brasil, em meados de 1965, foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta na assistência de enfermagem o histórico de enfermagem, visando conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais para facilitar à adaptação do paciente a unidade e ao tratamento, assim como a identificar os problemas. Esse procedimento segundo Horta (1979), pode ser relatado como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Esse roteiro deve sempre atender e especificar os clientes a que se destina. Portanto, como se pode verificar com essa afirmação, o Histórico de Enfermagem é importante para investigar e conhecer a situação do paciente de maneira que se possa chegar ao diagnóstico de enfermagem.

Na década de 60 surgiu as primeiras Teorias de Enfermagem, fazendo com que os cuidados de enfermagem tivessem grandes avanços, passando a priorizar nos serviços de saúde a qualidade. São elas:

A Teoria homeostática (1961), que diz que o paciente sempre passa informações para o enfermeiro sobre seu estado de saúde anterior e atual de forma direta ou indireta;

A Teoria Holística (1967), que considera o paciente como um todo levando em consideração as partes e suas inter-relações, preservando a energia do paciente, sua integridade estrutural, pessoal e social;

A Teoria Sinérgica (1969), tem como base a associação concomitante de vários dispositivos executores de determinadas funções que contribuem para uma ação somatória de esforços em prol do mesmo fim, que no caso é o restabelecimento do equilíbrio do corpo do cliente, visando seu bem-estar;

A Teoria da Adaptação (1970), parte do princípio que a pessoa, como um sistema, tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente através de estímulos. O objetivo dos cuidados de enfermagem deve ser promover a adaptação e ajudar o cliente a lidar com os problemas de adaptação gerados pela doença e hospitalização.

A Teoria humanística e humanitária respeita o paciente de maneira global visando no máximo seu bem-estar.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas se fundamenta a partir das necessidades humanas básicas. O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, sujeito a todas as suas leis, em estável interação com si mesmo e essa dinâmica provoca no homem estados de equilíbrio e desequilíbrio; o ser humano é único, autêntico e individual; os desequilíbrios geram no ser humano necessidades.

A Teoria de Peplau está centrada no relacionamento interpessoal, que é construído nos vários estágios crescentes pelos quais as pessoas passam e sempre envolve a interação entre dois ou mais indivíduos que oferece e estimula para o processo terapêutico.

A teoria do déficit de autocuidado foi criada por Orem. Para ela os indivíduos conseguem cuidar de si mesmos. Porém se o cliente for incapaz de exercer o autocuidado, o profissional de enfermagem deve proporcionar a assistência necessária.

A Teoria da enfermagem transcultural possui base na premissa de que as pessoas de cada cultura têm a seu modo de experimentar e notar o atendimento de enfermagem e podem relacionar essas experiências e sensações com suas crenças e práticas gerais de saúde.

Ao longo da história a enfermagem com profissão tem acompanhado as mudanças que ocorrem na sociedade levando os profissionais a refletirem sobre suas práticas. A partir destas

reflexões é que se desenvolveu um método científico denominado a cuidar do ser humano de forma individualizada e sistematizada, denominado Processo de Enfermagem.

Para os autores Carvalho e Garcia (2002) o processo de enfermagem possui três gerações diferentes: 1ª - Problemas e Processos (1950 a 1970); 2ª - Diagnóstica e Raciocínio (1970 a 1990) e 3ª - Especificação e Teste de Resultados (1990 até a presente data). Lewis (1970), diz que esse processo possui três fases: Levantamento, intervenção e avaliação. Porém os inúmeros modelos de processo de enfermagem não possuem embasamento teórico, com exceção do de Sister Callista Roy, que se baseia na teoria da adaptação e é composto por: levantamento do comportamento do cliente, levantamento dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objeto, intervenção, avaliação.

Com a crescente necessidade dos profissionais se apoiarem em conhecimentos científicos tornou-se fundamental a busca de novas atribuições nas maneiras de organizar o serviço, nas atitudes profissionais incluídas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, surgindo assim a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A implantação da SAE estabelecer uma exigência para as instituições de saúde públicas e particulares de todo o Brasil, de acordo com a resolução do COFEN de número 272/2002. É também uma orientação da lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986). Além disso, sua implantação se torna uma estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, a requisito do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar.

Segundo Potter (1998) e o COREN (2000) a SAE simboliza um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que torna possível reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de maneira a conceder uma assistência eficiente. Então, o enfermeiro deverá usar o Processo de Enfermagem, que possui as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e evolução de enfermagem.

A SAE exige que o profissional conheça de forma individualizada cada paciente, utilizando para isso seu conhecimento e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas. O que é confirmado por Daniel (1979) e o COFEN (1997) que relatam que a SAE exige do enfermeiro empenho em conhecer o paciente como indivíduo, e utilize seus conhecimentos científicos e práticos para orientar e treinar a equipe de enfermagem para a execução das ações sistematizadas.

Para realização do **exame físico**, segundo Daniel (1979) o enfermeiro deverá fazer as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de maneira criteriosa fazendo o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anomalias encontradas para valorizar os dados tidos no histórico.

**O Diagnóstico de Enfermagem**, para Horta (1979), é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a decisão, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

**A prescrição de Enfermagem** é o resultado de medidas tomadas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a Assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. O que é confirmado por PAIM (1988), Horta (1979), que concordam que a prescrição de Enfermagem visa ações adequadas para atender as necessidades básicas do paciente. Os autores Car, Padilha e Valente (1985), completam dizendo que a prescrição de enfermagem é o conjunto de ações determinadas, da qual não deve constar a especificação de passos que são inerentes a procedimentos padronizados.

**A Evolução de Enfermagem**, de acordo com o COREN (2000) é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, e deve constar os problemas novos identificados, um breve resumo dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas seguintes. Já para Horta (1979) e Campedelli et al. (1989) é o relato diário ou periódico das mudanças que ocorrem no ser humano sucessivamente enquanto estiver sob assistência profissional, ou seja, uma avaliação integral do plano de cuidados.

**Anotação de Enfermagem** está presente em todas as fases do processo de enfermagem, pois, a quantidade e principalmente a qualidade das anotações de enfermagem, desperta em outros profissionais da equipe multiprofissional o interesse e necessidade de consultá-las. O que segundo Fernandes et al. (1981), é um importante instrumento e de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade.

De acordo com a sistematização pode-se perceber as diferenças do profissional em empregar o método científico, no executar de suas ações em relação a comunicação e o acolhimento de forma humanizada ao paciente, seus familiares e a comunidade, priorizando sua função de valorização ao

próximo. O autor Nunes (2005), afirma essa questão dizendo que, a principal função do enfermeiro é a valorização das necessidades do cliente, família e a comunidade.

Um dos pontos positivos dos Enfermeiros é quando o profissional verifica as condições dos pacientes e fazendo a comparação do que é adequado e não adequado, isso mostra a segurança e autonomia do profissional. De acordo com autor Waldow (2004), o profissional que faz essa diferença, de separar o apropriado e o não apropriado da uma idéia de experiência e conhecimento.

Com o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, a profissão de enfermagem ficou mais privilegiada, segundo autor Waldow (2004), afirmando que a valorização do trabalho de enfermagem tem feito com que a profissão se destaque.

De acordo com o sistema das classificações para a enfermagem é o conhecimento e a responsabilidade do profissional que faz com que ele adquira mais confiança e autonomia em suas execuções. Para se obter um bom resultado na prática do processo de enfermagem é preciso qualificação e constante atualização do profissional, buscando cada vez mais aprimoramento. De acordo com autor Magalhães (2005), o profissional de enfermagem precisa de uma qualificação constante.

De acordo com a implementação no processo de enfermagem pode-se perceber o desconhecimento de certos temas ou procedimentos, pelos próprios enfermeiros e isso leva a certa resistência por médicos, sendo que a responsabilidade da implantação e implementação do Processo de Enfermagem é dos Enfermeiros. É o que diz o autor Calvacanti (2004), afirmando que na implantação do processo de enfermagem são apontados alguns obstáculos, como, o desconhecimento por parte do próprio enfermeiro.

Uns dos principais fatores de dificuldade no ensino do processo de enfermagem é quando o campo de estágio não adota o método; É também a falta de conhecimento por parte dos docentes deixando a desejar no ensino dos métodos adequados. Com isso pode-se ver uma serie de problemas, em relação integração entre as disciplinas, a inexperiência dos alunos em algumas disciplinas no período de estagio, que e pequeno, a dificuldade de entrosamento com o paciente por falta de prática. Segundo autor Cavalcanti(2004), os fatores que dificultam o ensino do processo de Enfermagem ocorrem quando o campo prático não adota o método de Sistematização de Enfermagem.

Já Nunes (2005), afirma que após formados, muitos profissionais de enfermagem não conseguem implementar o Processo de Enfermagem nas instituições onde atuam. As escolas, por sua vez, insistem no seu ensino, contribuindo para uma situação irreal.

Resumidamente a implementação da SAE representa, para a Gerência de Enfermagem, e para toda a equipe de enfermagem apenas o início de um processo lento, dinâmico e gradual, que pressupõe a superação de resistências, temores, crenças e barreiras associadas à política e filosofia institucional e de enfermagem.

Para introduzir a implementação da Assistência de Enfermagem é necessário que haja os principais recursos disponíveis seguintes:

Uma estrutura física das unidades adequada dispendo por exemplo de bancadas, cadeiras e sala para proporcionar aos enfermeiros um local adequado para planejar a assistência; um número de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem suficiente para atender a clientela dentro da proposta; impressos para registrar as informações dos pacientes; capacitação profissional dos membros da equipe.

1973 Mais recentemente, a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA),

Em 1990 a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), definiu o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico sobre as respostas, atuais ou potenciais, que indivíduos, famílias ou comunidades exibem a problemas de saúde/processos de vida (CRUZ, 2001). Os diagnósticos foram traçados segundo a NANDA atendendo às necessidades do paciente, visando um atendimento integralizado e humanizado (NORTH AMERICAN, 2007).

O desenvolvimento da Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) teve início em 1987. O sistema NIC é uma linguagem padronizada de tratamentos que os profissionais da área de enfermagem utilizam, incluindo cuidados diretos e indiretos ao paciente. A NIC denomina e descreve as intervenções que os enfermeiros executam como qualquer tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimento que a enfermeira executa para melhorar os resultados a serem alcançados pelo paciente/cliente.

Segundo McCloskey e Bulechek (2004) as intervenções da NIC estão relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA, aos problemas do sistema Omaha e aos resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC) foi desenvolvida pelo mesmo grupo que desenvolveu a NIC, e é considerada um sistema de classificação complementar à NANDA-I e NIC (CLOSKEY, 2004).



Segundo McCloskey e Bulechek (2004), a NOC, publicada em 1997, contém 190 resultados dispostos em ordem alfabética. Cada um traz uma definição, uma lista de indicadores que podem ser usados para avaliar o estado do paciente em relação ao resultado, uma escala Likert de cinco pontos para medir o estado do paciente e uma lista resumida da bibliografia utilizada para elaborar o resultado.

Barros, (2002) destacam que os resultados são as mudanças, favoráveis ou não, no atual ou potencial estado de saúde das pessoas, grupos ou comunidades, que podem ser atribuídas a anteriores ou atuais cuidados. O que se quer saber é se o paciente teve benefício ou não com o cuidado prestado.

## 5. CONCLUSÃO

No início, os cuidados de Enfermagem não eram tidos como uma ciência, apenas como cuidados de caridade. Somente em meados do século passado a Enfermagem começou a se preocupar em realizar suas ações de forma sistematizada, baseada em teorias e direcionada ao indivíduo, família e sociedade.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) passou por grandes transformações, mas, no entanto, ainda não é utilizada intensamente por falta de conhecimento fiscalização e políticas institucionais que cobram essa prática.

Para desenvolver um atendimento eficiente o profissional de Enfermagem deve desempenhar o Processo de Enfermagem, que possui as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e evolução de enfermagem.

Para a implementação da SAE, deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente devendo ser composta por: Histórico de Enfermagem; Exame Físico; Prescrição da Assistência de Enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Anotações de Enfermagem.

O desenrolar da implantação da SAE revela um processo bastante complexo, e que antes de qualquer coisa, faz-se necessário conhecer a estrutura institucional onde ela será implantada. Além disso, é preciso conhecer os aspectos que possam contribuir na sua implantação e os que podem prejudicá-la.

Uma boa estratégia para conquistar a otimização da implantação da SAE pode estar centrada na melhoria da qualidade da assistência. Isso pode convencer chefias de enfermagem e a própria diretoria das instituições, a implantar a SAE, especialmente se a instituição estiver em busca da qualidade nos serviços prestados aos pacientes.

Atingir a qualidade na assistência de enfermagem por meio da SAE pode ser apenas uma das conquistas da utilização dessa metodologia, pois muitos autores justificam sua relevância em diversas outros benefícios, relacionados não só à assistência ao paciente, mas à profissão e aos profissionais da enfermagem. Espera-se que a abordagem do tema neste estudo contribua preparando muitos enfermeiros para iniciarem o processo de implantação da SAE.

## 6. REFERÊNCIAS

**ALFARO-LEFREVE, R.** Aplicação de Processo de Enfermagem: **Um Guia Passo a Passo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

ALCÂNTARA, L. M. e t al. Enfermería operativa: **Una nueva perpesctiva para el cuidado em situaciones de crash.** Revista *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 322-331, 2005.

ALMEIDA MA. **Competências e o processo ensino aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem 2004; 57(3): 279-83.

BRUNNER& SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem médico e cirúrgico.** 9. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.p.29-40; 63-65.

BELCHER, J.R.; FISH, L.J.B.; HILDEGARD, E.P. In: GEORGE, J.B. (Coord.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática Profissional.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.p45-57

BRASIL. Resolução COFEN-272/2002, de 27 ago.2002. Dispõe **sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/sectionint.asp?infold=1114&editionsectionID=15&sectionparentID=> Acesso em: 25 abril 2011

BRYKCZYNSKA, G. A brief overview of the epistemology of caring. In: \_\_\_\_\_.(ed.) **Caring: the compassion and wisdom of nursing.** San Diego: Singular Publishing Group, 1997. Chapter 1, p. 1-9

BARROS, S. M. O.; MARIA, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V *Enfermagem obstétrica e ginecológica : guia para a prática assistencial.* 1. ed. São Paulo: Roca, 2002.

BARNUM BS. **Nursing theory: analysis, application, evaluation.** 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1998.

BARROS,A.L.B.L. et al. **Histórico da tradução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e sua utilização no Brasil.** *Acta Paul Enf*, São Paulo, V 13, Número especial, Parte II, p. 37-40, 2000

BARROS ALBL. **Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital São Paulo** [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, UNIFESP; 1998.

BENKO MA, CASTILHO V. **Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem.** In: Campedelli MC, organizadora. **Processo de enfermagem na prática.** 2ª ed. São Paulo (SP): Ática; 1992.

CHRISTENSEN, P. J.; GRIFFITH-KENNEY, J. W. **Nursing Process: Application of Theories, Frameworks and Models.** 2nd. Ed. Saint Louis: Mosby. 1986

CARPENITO, L. J. **Plano de Cuidados de Enfermagem e Documentação**: Diagnóstico de Enfermagem e Problemas Colaborativos. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARPENITO LJ. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002

CARVALHO, E. C. de; GARCIA, T. R. **Processo de Enfermagem: O Raciocínio e Julgamento Clínico no Estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem**. Universidade Federal de Uberlândia, Anais-III Fórum de Enfermagem Sistematizar o Cuidar, Uberlândia: Rápida, novembro, 2002, p.29-40.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem - SP. **Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE** - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo, 1999. Anexo

COREN-SP. **Conselho Regional de Enfermagem-SP. Sistematização. 2000.** 26:12- 3.

CAMPEDELLI MC et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989

CIANCIARULLO TI. **Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados**. São Paulo: Rev. Enf. Novas Dimensões 1976; 2(3): 162-3.

CRUZ ICF. **Do Diagnóstico e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho**. Texto e Contexto Enf. 1995; 4:160-69

CAR. MC; PADILHA KG; VALENTE SMTB. **Ensino da prescrição de enfermagem médico-cirúrgico na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo:Rev Esc Enf USP 1985; 19(2): 135-144

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Rio de Janeiro: COFEN; 2002

CONFERENCE, NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. California: CINAHL **Information Systems**; 1997 p. 13-15

CRUZ DALM. **A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial**. In: CIANCIARULLO TI, GUALDA DMR, MELLEIRO MM, Anabuki MH. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone; 2001. p. 63-84.

CAVALCANTI ACD, NUNES AS, NASCIMENTO DC. **As dificuldades do ensino do diagnóstico de enfermagem na formação profissional**. In: Anais do 13º seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2005 jun 14-17; São Luís, Brasil. [Em CD-ROM]. São Luís: ABEN/MA; 2005.

CASTILHO V, GAIDZINSKI RR. **Planejamento da assistência de enfermagem**. In: KURCGANT P, coordenadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1991.

FUGITA RMI, FARAH OGD. **O planejamento como instrumento básico do enfermeiro.** In: Cianciarullo TI, organizadora. Instrumentos básicos para o cuidar - um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. BRASIL. **Documentos Básicos de Enfermagem,** 1997.

DANIEL L.F. **A enfermagem planejada.** São Paulo: EPU/DUSP, 1979.

DAHER, D. V.; SANTO, F. H. E.; E SCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: **práticas complementares ou excludentes** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto v. 10, n. 2, p. 145-150, 2002

DANIEL, L. F. **Enfermagem: Modelos e Processos de trabalho.** São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987. P 82-87.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. **Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação de enfermagem** do Estado de São Paulo *Revista Latino Americana de Enfermagem* , Ribeirão Preto, v. 10, n. 2 p. 185-191, 2002.

DOCHTEMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação de intervenções de enfermagem m (NIC): avaliação e atualização** *Nursing* São Paulo, v. 6, n. 67, p. 34-40, 2003.

DANIEL LF. **A enfermagem planejada.** 3ª ed. São Paulo (SP): EPU; 1981.

DICIONÁRIO                      INFORMAL.                      2007.                      Disponível                      em:  
<<http://www.dicionarioinformal.com.br/definicao.php?palavra=hol%EDstico>>. Acesso em 20/03/2011.

ERDMANN AL, ANDRADE SR, MELLO ALSF, MEIRELLES BHS. **Gestão das práticas de saúde na perspectiva da Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico...** - 622 - *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 617-28. Cuidado complexo. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006 Jul- Set; 15 (3): 483-91.

ÉVORA, Y.D.M. **O paradigma da informática em enfermagem.** Ribeirão Preto, 1998. **Anexo**139p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FRIEDLANDER MR. **O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã.** São Paulo: Rev. Esc. Enf. USP, 1981; 15:129-34.

FIGUEIREDO, N. M. A. de (Org.) *Práticas de enfermagem fundamentos, conceitos, situações e exercícios*. 1. ed. São Paulo: Difusão, 2002

FALCO, S. M.; LOBO, M. L. MARTHA E. ROGERS. In: GEORGE, J. B. (Coord.). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 185-200.

FOSTER, P.C.; BENET, A.M.; OREM, D. In: GEORGE, J.B., et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.p 83-102

FEDERAL DE UBERLÂNDIA, *Anais-III Fórum de Enfermagem Sistematizar o Cuidar*, Uberlândia: Rápida, novembro, 2002, p.29-40

FUGULIN FMT, ANDREONI S, RAVAGLIO LMM. **Processo de gestão da qualidade das ações cuidativas**. In: CIANCIARULLO TI, GUALDA DMR, MELLEIRO MM, ANABUKI MH, organizadores. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo (SP): Ícone; 2001.

FUGITA RMI, FARAH OGD. **O planejamento como instrumento básico do enfermeiro**. In: CIANCIARULLO TI, organizadora. *Instrumentos básicos para o cuidar - um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.

GEOVANINI, T. ET AL. **O desenvolvimento histórico das práticas de saúde**. In: GEOVANINI, Tet al. *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. Rio de Janeiro: Rev inter, 2002, p.4-26

GEORGE. J. B. MADELEINE M. LEININGER. In: GEORGE. J. B Coord.). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 299-321

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. 256p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

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, organizadores. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo (SP); 2004.

GARCIA TR, NÓBREGA MML. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo**. In: Anais DO 52 O CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (Pe): Associação Brasileira De Enfermagem; 2000. P.680.

GIL, ANTÔNIO CARLOS. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GEORGE, J.B.; LEININGER, M.M. In: GEORGE, J.B., et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

HORTA W A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.p.35-69.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE – Version 1. Geneva, Switzerland: **International Council of Nurses**; 2005

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP Bulletin [homepage]. 2006. June; (1). [citado 2006 ago 20]. Disponível em <http://www.icn.ch/>

IYER PW, TAPTICH BJ, BERNOCCHI-LOSEY D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

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

LEOPARDI MT, GELBCKE FL, RAMOS FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**. 2001 Jan-Abr; 10 (1): 32-49.

MESQUITA, R.; DUARTE, F. Dicionário de psicologia. Lisboa: Plátano, 1996.

MICHAELIS: **moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998

MORIN E. Para sair do século XX. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1986.

MORIN E. A cabeça bem feita: **repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2001

MCCLOSKE Y, J. C; BULECHEK, G. M *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 3. Ed. Porto Alegre Artmed, 2004

MATTÉ VM, THOFEHRN MB, MUNIZ RM. **Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo**. Rev. Gaúcha Enferm 2001.

MCCLOSKEY JC, BULECHEK GM. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004

MATTÉ VM, THOFEHRN MB, Muniz RM. **Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo**. Reva Gaúcha Enfermagem 2001

MAGALHÃES AMM, MATZENBACHER BCM, PACHECO CRM. **Diagnósticos de enfermagem de paciente submetido à transplante de medula óssea alogênico: estudo de caso**. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005; 26(1):67-75.

- NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação** 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000
- NÓBREGA MML, GUTIÉRREZ MGR. **Equivalência Semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE – Versão Alfa**. João Pessoa: Idéia; 2000. 108p.
- NANDA INTERNACIONAL. **Nursing diagnoses: definitions & classification** 2007-2008. Philadelphia: NANDA-I; 2007.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação** 2008-2009. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- NUNES APM, MORITA ABPS, BISCAIA FV. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre seu ensino e prática**. In: Anais do 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2005 jun 14- 17; São Luís, Brasil. [Em CD-ROM]. São Luís: ABEN/ MA; 2005.
- OLIVEIRA, M. L. de; PAULA, T. R. de; FREITAS, J. B. de. **Evolução histórica da Assistência de Enfermagem**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 127-136, 2007
- OGUISSO, T. (Org). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**1. ed. BARUERI: MANOLE, 2005
- PRADO ML, REIBNITZ KS. Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de enfermería. **Investigación Educ. Enferm**. 2004 Set; XXII (2): 112-9.
- PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J.B (Coord.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos á prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.21-32
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G **Grande tratado de enfermagem prática** clínica e prática hospitalar. 3. ed. São Paulo: Ed Santos, 1998
- PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**, 5ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979, cap.1, p.19-30
- PINTO, Cristiano J. M. **Fundamentos teóricos da prática de enfermagem**. Disponível em: <http://ni.faj.br/nourau/document/get.php/3054/TEORIAS%20DE%20ENFERMAGEM.ppt>. Acesso em: 27/05/2011
- Paim L. Plano assistencial e prescrições de enfermagem**. São Paulo: Rev Bras Enf 1988; 29(1):14-22.
- PATTON, Michael Q. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1980. 381p



ROY, S.C.; ANDREWS, H.A. Teoria da enfermagem. **O modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

RIEHL JP, ROY C. **Conceptual models for nursing practice**. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980

SILVA VEF. **O desgaste de trabalhador em enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador** [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 1996.

SABA VK. The Innovative Home Health Care Classification (HHCC) System. In: Rantz MJ, LeMone P. **Classification of Nursing Diagnosis** – Proceedings of the Twelfth Conference, North American Nursing Diagnosis Association. California: CINAHL Information Systems; 1997 p. 13-15

SOUZA MF. **Método de assistência de enfermagem**. In: Anais do Jubileu de Ouro do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Medicina; 1989 jun 5-9; São Paulo, Brasil. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem; 1989.

SILVA AL, CIAMPONE MHT. **Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo**. Rev Esc Enferm USP 2003 outubro; 37(4):13-23. 4. Horta WA. Processos de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU/Ed. Universidade de São Paulo; 1979

SEVERINO, ANTONIO JOAQUIM, 1941 - **Metodologia do trabalho científico** . 23 ed. Ver e atual. São Paulo: Cortez: 2007.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. 2009. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sinergia>>. Acesso em: 10/05/2011.