

Rinaldo de Souza Neves
Karine Marques Costa dos Reis
Lúcia Helena Bueno da Fonseca
Nuno Damácio de Carvalho Félix
Teresa Christine Pereira Moraes

Organizadores

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Método baseado em Teorias,
Sistemas de Classificações e
Casos Clínicos



PROCESSO DE ENFERMAGEM

*Método baseado em Teorias,
Sistemas de Classificações e
Casos Clínicos*

Dr. Rinaldo de Souza Neves
Dr. Karine Marques Costa dos Reis
Msc. Lúcia Helena Bueno da Fonseca
Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix
Dra. Teresa Christine Pereira Moraes
Organizadores

PROCESSO DE ENFERMAGEM

*Método baseado em Teorias,
Sistemas de Classificações e
Casos Clínicos*

1^a. Edição

Goiânia - GO
Editora IGM
2022

Copyright © Editora IGM 2022 - Todos os direitos reservados

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610, de 19/02/1998.

Catálogo: Editora IGM
Impressão: Gráfica Parceira

Este livro pode ser transmitido através de meios eletrônicos (Redes Sociais, Internet, e-mail etc.), com a devida citação e créditos ao autor.

CORPO EDITORIAL

Dr. Gilson Xavier de Azevedo (UEG)

Dr. Helieder Côrtes Freitas (UEMG)

Dr. Marcos Roberto da Silva (UEG)

Dr. Robson Assis Paniago (FACEN)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P963 Processo de enfermagem: método baseado em teorias, sistemas de classificações e casos clínicos / Rinaldo de Souza Neves; Karine Marques Costa dos Reis; Lúcia Helena Bueno da Fonseca; Nuno Damácio de Carvalho Félix; Teresa Christine Pereira Moraes (Organizadores). – Goiânia, GO: Editora IGM, 2022.

396 p. : il. ; 23 cm

ISBN: 978-65-80508-43-3

1. Enfermagem. 2. Casos Clínicos. I. Título.

CDU: 613

Sumário

PREFÁCIO.....	12
APRESENTAÇÃO	14
PROCESSO DE ENFERMAGEM – FUNDAMENTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS	17
TEORIAS, SISTEMATIZAÇÃO E PROCESSO DE ENFERMAGEM: A BUSCA PELA CIENTIFICIDADE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	19
TERESA CHRISTINE PEREIRA MORAIS MARIA CECILIA RIBEIRO	
SELEÇÃO E UTILIZAÇÃO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ENFERMAGEM	29
SIMONE SOUZA NASCIMENTO PAULA LAUANE ARAÚJO	
TEORIAS DE ENFERMAGEM: DO ABSTRATO À CONCRETUDE DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS.....	45
YARA STEPHANY DA SILVA FERNANDA BISCARDI DOS SANTOS KARINE MARQUES COSTA DOS REIS	
TEORIAS DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM VALORES E CRENÇAS INDIVIDUAIS DO SER HUMANO	57
MARIANA LIMA BRAGA DE AMORIM KARINE MARQUES COSTA DOS REIS	
TEORIAS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA DIMENSÃO DA GESTÃO, ASSISTÊNCIA E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA	67
PEDRO HENRIQUE ALMEDA RODRIGUES KARINE MARQUES COSTA DOS REIS	

**PASSO A PASSO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
NAS UNIDADES DE SAÚDE 81**

**RINALDO DE SOUZA NEVES
GILNEY GUERRA DE MEDEIROS
FRANCINE SALAPATA FRAIBERG
RANIEL MEDEIROS LIMA**

**TEORIAS EM TODAS AS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: DA
COLETA DE DADOS À AVALIAÇÃO 107**

**YASMIN ARIADINY LOPES LACERDA
KARINE MARQUES COSTA DOS REIS
RENES SHINAIDER DO NASCIMENTO AMARAL
VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIAS PARA O ENSINO E
APRENDIZAGEM..... 119**

ENSINO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE JOGOS 121

**KÁTIA RODRIGUES MENEZES
HUARA PAIVA CASTELO-BRANCO**

**ESTUDO DE CASO CLÍNICO COMO FERRAMENTA PARA O ENSINO DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM 139**

**KÁTIA RODRIGUES MENEZES
EVELYN DOS SANTOS PENHA
HUARA PAIVA CASTELO BRANCO**

**ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR MEIO DE METODOLOGIAS
ATIVAS NA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIA DA SAÚDE: ANÁLISE
DOCUMENTAL 155**

**HUARA PAIVA CASTELO BRANCO
KÁTIA RODRIGUES MENEZES
RINALDO DE SOUZA NEVES**

**MAPAS MENTAIS PARA ENSINO E APRENDIZAGEM DE TEORIAS DE
ENFERMAGEM 171**

**IZABELLA TEIXEIRA CHAVES PIRES
NATÁLIA VASCONCELOS BARROS
RINALDO DE SOUZA NEVES**

TEORIAS DE ENFERMAGEM EM PROJETOS DE PESQUISA 199

NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
EXPERIÊNCIA CURRICULAR..... 211**

KARINE MARQUES COSTA DOS REIS

ELISANGELA ANDRADE SILVA MOTTA

PROCESSO DE ENFERMAGEM E CASOS CLÍNICOS 225

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: UMA ANÁLISE DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS..... 227**

HELLEN TORRES COELHO

STEPHANY NESTOR DA SILVA

BRENDA TAYRINE TAVARES SOUZA

LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA

**CASO CLÍNICO DE PACIENTE COM HIV-AIDS SOB A ÓTICA DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM 255**

LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA

BRENDA TAYRINE TAVARES SOUZA

EMANUELLY IZABEL SOUZA LISBOA

ISABELA OLIVEIRA DE FREITAS

**CASO CLÍNICO DA PESSOA/FAMÍLIA E COMUNIDADE FUNDAMENTADO
NA TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM 269**

BRUNO FERNANDES DE ARAÚJO

EMANUEL SILVA DOS SANTOS

SAMUEL SILVA DOS SANTOS

**DOMÍNIO DA PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO EM NANDA-I: RELATO DE CASO
CLÍNICO 283**

VIRGINIA ROZENDO DE BRITO

BIANCA VIEIRA LIMA

DAVI PEREIRA MARQUES

**CASO CLÍNICO DA PESSOA/FAMÍLIA E COMUNIDADE FUNDAMENTADO
NO DOMÍNIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE..... 297**

BRUNO RIBEIRO DO AMARAL NERY

LUANA NUNES LIMA

THAYSE NUNES DA SILVA

**ENFERMAGEM FORENSE E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM: ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
SEXUAL 311**

SIMONE LUZIA FIDÉLIS DE OLIVEIRA

JADE FONSÊCA OTTONI DE CARVALHO

DIRCE BELLEZI GUILHEM

**SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
..... 335**

PAÔLA CARVALHO SILVA

INGRID MUNIZ CUNHA

**CASO CLÍNICO BASEADO NO DOMÍNIO ELIMINAÇÃO/TROCA DA
CLASSIFICAÇÃO NANDA-I..... 349**

LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA

CRISLAINE SIQUEIRA DE SOUSA

ESTER BARBOSA DE SANTANA

**PROCESSO DE ENFERMAGEM BASEADO NO CONFORTO EM UNIDADE DE
CUIDADOS PALIATIVOS 363**

DAMARIS RAQUEL DA COSTA AROUCHE FERREIRA

RAFANNY DE ARAÚJO ALBUQUERQUE BARBOSA

KARINE MARQUES COSTA DOS REIS

VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE À LUZ DA TEORIA DE
KING 377**

DOMITÍLIA BONFIM DE MACÊDO MIHALIUC

JÚLIA VIEIRA FERREIRA MIGUEL

LILIA SAMARA DA SILVA

ORGANIZADORES..... 389

PREFÁCIO

Sermos docentes e enfermeiros que atuam diretamente no cuidado e na formação de novos profissionais nos inspirou para a escrita desta obra. São 23 capítulos divididos em três temas, cujo interesse principal foi desbravar o cuidado do enfermeiro, embasado em um referencial teórico e na sistematização do cuidado, por meio do Processo de Enfermagem.

Inúmeras publicações com propósito similar podem ser encontradas, porém, o que diferencia esta obra das demais e nos instiga a folhear suas páginas? Como organizadores do livro, podemos enumerar algumas questões.

A principal é a construção conjunta discente e docente. O primeiro como autor principal, investigador e redator e o segundo como apoiador. Essa característica concebe uma obra simples, objetiva e próxima ao público, mesmo tratando de temas complexos para muitos. Discutir o que são teorias, caracterizando-as e diferenciando-as de modelos teóricos e filosofias, foi um processo simples e didático para o conjunto de discentes.

Outra questão, que impele a leitura, é a apresentação de tecnologias para o ensino e aprendizagem, o que torna o livro

também apetecido por docentes. Além disso, há a comunhão entre teoria e prática, a partir de aplicação do Processo de Enfermagem em casos clínicos baseados em referencial teórico. Assim, comprovar a importância de um referencial teórico no cuidado e demonstrar sua utilização em casos clínicos foi inédito.

Essas considerações demonstram que a presente obra é plural quanto ao seu público-alvo. Comunica-se com graduandos, enfermeiros gestores do cuidado e docentes da enfermagem. Torna-se, então, uma obra indispensável para que o profissional e docente da área de enfermagem percorra no cuidado empático e técnico.

Durante a concepção da obra, nós, organizadores, enumeramos alguns verbos objetivados. Entre eles estavam: descomplicar, aproximar, descrever, aplicar, formular, fundamentar, estimular e discutir o Processo de Enfermagem por meio de Teorias de Enfermagem. Assim, nós também, como autores desta obra, temos o orgulho e o privilégio da leitura antecipada, com a alegria de divulgar uma obra coletiva, descomplicada de temas e conceitos obscuros para muitos e que, efetivamente, aproximam o cuidador do sujeito a ser tocado.

Desfrute, então, do cuidado científico e cativante.

ORGANIZADORES

Dr. Rinaldo de Souza Neves
Dra. Karine Marques Costa dos Reis
Msc. Lúcia Helena Bueno da Fonseca
Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix
Dra. Teresa Christine Pereira Moraes

APRESENTAÇÃO

Este livro, denominado ***Processo de Enfermagem: Método baseado em Teorias, Sistemas de Classificações e Casos Clínicos***, tem como finalidade apresentar o instrumento metodológico de trabalho do Enfermeiro com a participação da equipe de Enfermagem. Para isso, construímos 23 capítulos, baseados em experiências de ensino e assistência em saúde, foco de nossa inspiração pessoal, motivação em grupo e criatividade científica para abordar os temas e capítulos inéditos nesta obra.

Acreditamos que os conhecimentos e experiências apresentados neste livro possam ser utilizados e aplicados nos diversos espaços e ambientes onde ocorre o ensino-aprendizagem e o cuidado profissional por meio do método Processo de Enfermagem. Entendemos que o Processo de Enfermagem deve estar baseado nas Teorias de Enfermagem, nas Classificações de Enfermagem que apoiam o enfermeiro na determinação de diagnósticos, resultados, intervenções e atividades por meio das evidências científicas. Outro foco da obra é apresentar as possibilidades e experiências de aplicação do Processo de Enfermagem utilizando-se dos casos clínicos fundamentados em Teorias e Classificações de Enfermagem.

A obra é resultado de um projeto em sala de aula, das apresentações e discussões de casos clínicos dos estudantes do terceiro ano e do Programa Educacional de Habilidades Profissionais em Enfermagem (HPE) do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Fruto também da participação da Liga de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE) da ESCS e da Comissão Permanente de Sistematização das Práticas de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Distrito Federal (COMSISTE-ABEn-DF). A obra reuniu docentes, egressos e estudantes da ESCS e de outras Instituições de Ensino Superior de Enfermagem do Distrito Federal com o interesse de desenvolver os conteúdos e capítulos referentes aos objetivos do livro.

Dessa maneira, tornou-se possível a publicação desta obra com enfermeiros que atuam na docência e assistência e que desenvolvem atividades no ensino do Processo de Enfermagem com evidências científicas, entusiasmo, compromisso e paixão pelo tema. Nesse sentido, trata-se de um movimento inspirador para tornar o Processo de Enfermagem um instrumento metodológico de trabalho dos estudantes e profissionais, realizado de maneira compreensível, prática e significativa para o cuidado em saúde e em Enfermagem.

Assim, a obra foi organizada em diversos capítulos, nos quais apresentamos importantes reflexões sobre a importância da utilização de um instrumento metodológico e científico para o cuidado à pessoa, família e coletividade, na tentativa de estimular a aplicação do Processo de Enfermagem entre os estudantes e profissionais de Enfermagem nos diversos ambientes de saúde em que atuam.

Para a construção do livro, pensamos na distribuição dos capítulos em três grandes áreas temáticas, que são: **1. Processo de Enfermagem e os Fundamentos Teóricos e Práticos; 2. Processo de Enfermagem e Tecnologias para o Ensino e Aprendizagem; e 3. Processo de Enfermagem e Casos Clínicos.**

Nessa sequência lógica do pensamento e escrita das três áreas temáticas da obra, os capítulos foram organizados e distribuídos entre os autores e coautores, atendendo cada um dos objetivos específicos e dos interesses e motivação dos organizadores deste livro.

Desta forma, fazemos um convite a você, caro leitor, para aprofundar na temática e colocar em prática os conhecimentos apresentados na obra.

Boa leitura!

ORGANIZADORES

Dr. Rinaldo de Souza Neves
Dra. Karine Marques Costa dos Reis
Msc. Lúcia Helena Bueno da Fonseca
Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix
Dra. Teresa Christine Pereira Moraes

**PROCESSO DE ENFERMAGEM –
FUNDAMENTOS TEÓRICOS E
PRÁTICOS**

Teorias, Sistematização e Processo de Enfermagem: a busca pela cientificidade nas práticas assistenciais

Teresa Christine Pereira Morais¹

ORCID: 0000-0002-3596-5262

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)

Maria Cecília Ribeiro²

ORCID: 0000-0002-0953-5218

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

¹ Teresa Christine Pereira Morais. Doutora em Ciências. Enfermeira e Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mails: teresacpmorais@gmail.com.

² Maria Cecília Ribeiro. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: maciribe@gmail.com.

Descritores: teorias de enfermagem, sistematização da assistência, processo de enfermagem.

Resumo

Na busca de conferir sentido e legitimação à existência do seu campo profissional de atuação, a enfermagem elaborou um corpo de conhecimentos específicos, aplicáveis aos diversos cenários onde ocorrem as suas práticas assistenciais, de ensino e pesquisa. Os conceitos, definições, fenômenos e pressupostos que compõem as teorias de enfermagem permitem a delimitação da atuação da profissão e aplicação do Processo de Enfermagem, para que o cuidado possa ser realizado de forma individualizada, personalizada e humanizada e a enfermagem se consolide como ciência e prática socialmente necessária e relevante.

Introdução

As ações dos seres humanos são guiadas por uma visão de mundo, um sistema de pontos de vista sobre uma dada realidade que nos permite diferenciá-la e, a partir dela, estabelecer ações e atitudes no intuito de atingir a melhor forma de nela intervir. Como base da compreensão e da ação do ser humano perante a realidade, visões de mundo podem vir a se constituir tanto como avanços quanto obstáculos para o desenvolvimento de processos cuidadosos no âmbito das práticas de saúde.

Os avanços tecnológicos no campo da saúde resultaram (e resultam) em novos medicamentos, métodos diagnósticos e tratamentos e as alterações nos processos de natalidade, mortalidade, adoecimento, envelhecimento, seguridade social e vida cotidiana dos grupos populacionais determinam um entendimento complexo da realidade, especialmente para os

sistemas de saúde e os profissionais que neles atuam, exigindo adaptação e aprendizagem contínua.

Na busca de conferir sentido e legitimação à existência do seu campo profissional de atuação, a enfermagem elaborou um corpo de conhecimentos específicos, aplicáveis aos diversos cenários onde ocorrem as suas práticas assistenciais, de ensino e pesquisa. Tal corpo de conhecimentos possui, como uma de suas balizas as teorias de enfermagem, expressão formal do padrão empírico de conhecimento, ou seja, da Ciência da Enfermagem⁽¹⁾. As enfermeiras e enfermeiros, ao vincularem proposições teóricas aos aspectos da realidade presentes em seus diversos cenários de atuação, despertam a potencialidade das necessárias inovações, evoluções e revoluções no saber e no fazer da enfermagem.

No que concerne ao desenvolvimento do conhecimento científico e à evolução do saber da enfermagem, principalmente no que se refere aos métodos, modelos e modos de cuidar, Almeida e Rocha⁽²⁾ apontam que as técnicas de enfermagem são as primeiras expressões desse saber, seguidas pelos princípios científicos e as teorias, sua expressão mais contemporânea. Assim, segundo as autoras, fases distintas constituíram os saberes da enfermagem, culminando com a utilização do método científico para o planejamento da assistência e a formulação de concepções teóricas que possam dar conta da complexidade que envolve o cuidado. Cabe dizer que ainda tais fases apresentem características que as vinculem a um determinado tempo histórico, não ocorrem de forma sequenciada, tampouco linearizada, mas sim, sobrepostas, inclusive nos dias atuais.

Os conceitos, definições, fenômenos e pressupostos que compõem as teorias de enfermagem permitem a delimitação da atuação da profissão no trabalho com outros profissionais e alicerçam a compreensão e aplicação do Processo de Enfermagem (PE), para que o cuidado possa ser realizado de forma individualizada, personalizada e humanizada e a

enfermagem se consolide como ciência e prática socialmente necessária e relevante.

Das concepções nightingaleanas às teorias de enfermagem

Os escritos de Florence Nightingale, reconhecidamente a fundadora da enfermagem moderna, serviram de base para os modelos conceituais e teorias de enfermagem contemporâneas. Embora, para alguns autores, tais escritos não se constituam uma teoria de enfermagem, dizem de uma filosofia para a prática de enfermagem, pois contêm a crença de que o ambiente e as influências externas afetavam a vida e o desenvolvimento do organismo⁽¹⁾.

Ao agir sobre a iluminação, ventilação, limpeza, calor, odores, ruídos e alimentação, Florence acreditava favorecer os processos restauradores da natureza e, conseqüentemente, a manutenção da capacidade vital dos pacientes. Assim, com base em sistemáticas observações, dados estatísticos, na teoria miasmática vigente à época e em suas reflexões sobre o cuidado, Nightingale focaliza os fundamentos da enfermagem moderna, buscando distinguir o saber da Enfermagem do saber Médico, os quais foram consolidados no livro *“Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é”*⁽³⁾.

As concepções de Florence Nightingale estão presentes nos dias atuais, enquanto bases para o cuidado de enfermagem, especialmente no que se refere aos conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem, saúde, doença. Segundo Torres⁽⁴⁾, embora Florence não tenha abordado em seus escritos os conceitos e teorias das terminologias atuais, os seus escritos sobre cuidados de enfermagem podem ser considerados uma primeira aproximação da abordagem teórica do que hoje se configura como PE. A partir da segunda metade do século XX, a incorporação e a adoção do método científico às perspectivas nightingaleanas de cuidado permitiram a evolução dos saberes

da enfermagem, culminando com a elaboração de teorias de enfermagem, na tentativa de, por meio delas, sedimentar o fazer específico e conhecimentos próprios da Ciência da Enfermagem.

As teorias de enfermagem se desenvolveram a partir da década de 1950, nos Estados Unidos, alavancadas pela necessidade de mudanças na formação educacional e pela necessidade de confirmação da enfermagem como uma disciplina científica, dado que os profissionais de enfermagem, ao pleitearem a formação e titulação em nível de bacharelado ou de nível superior, deveriam constituir um *corpus* de conhecimentos que justificasse e fundamentasse as intervenções e medidas referentes aos cuidados de enfermagem⁽⁵⁾. Considera-se como marco inicial para o desenvolvimento de referenciais teóricos próprios da área de enfermagem a publicação, em 1952, do livro de Hildegard Peplau, abordando o relacionamento interpessoal em enfermagem.

Destaca-se o pioneirismo das pesquisadoras enfermeiras norte-americanas na construção de teorias de enfermagem, as quais, ao serem construídas, auxiliam a profissão a iluminar seus problemas, conceitos e fenômenos de cuidado, possibilitando assim o desenvolvimento do pensamento crítico. Segundo Dorothy Johnson⁽⁶⁾, uma profissão não pode existir por muito tempo sem explicitar, testar e expandir seus fundamentos teóricos, pois a sociedade só conferiria autoridade e responsabilidades às enfermeiras se elas provassem e demonstrassem seu conhecimento.

Os conteúdos das teorias de enfermagem representam o saber de enfermeiras e enfermeiros, da mesma forma que as teorias da área de educação representam o saber da área de pedagogia. Deste modo, assim como não se concebe a formação de pedagogos(as) sem o estudo de Piaget, Paulo Freire, Vygotsky e Dewey, não se concebe a formação de enfermeiras e enfermeiros sem enfocar o estudo das teorias de Rogers (interação do homem com o meio ambiente), Johnson (ser

humano como um sistema biológico e também abstrato de comportamento centrado em necessidades inatas), Levine (percepção do ser humano em sua integralidade) e Orem (capacidade para o autocuidado), somente para citar algumas teóricas não brasileiras mais conhecidas⁽⁷⁾. Cabe ressaltar que, no Brasil, não se concebe a formação de enfermeiras e enfermeiros sem o estudo da teoria de Wanda de Aguiar Horta que, a partir da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, propôs a utilização do PE como instrumento de trabalho.

As teorias de enfermagem no Brasil

Os referenciais teóricos produzidos pela enfermagem americana estimularam a elaboração de constructos semelhantes por enfermeiras de outros países. No Brasil, Wanda Horta foi a primeira enfermeira a falar sobre teoria no campo profissional, buscando despertar a enfermagem brasileira para a importância do tema⁽⁸⁾. Em seu texto de 1974, intitulado “*Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo*”⁽⁹⁾, apresenta uma síntese teórica das teorias das necessidades humanas básicas de Maslow e o PE, entendendo-o como um instrumento metodológico por meio do qual os referenciais derivados das teorias americanas poderiam ser aplicados na prática profissional.

A partir do vanguardismo de Horta, o conhecimento a respeito das teorias de enfermagem avançou consideravelmente no meio da enfermagem brasileira, com a constituição de grupos de estudo e pesquisa vinculados aos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, cuja discussão sobre as teorias de enfermagem já existentes, ou aquelas elaboradas em outros campos do conhecimento, tem estimulado tanto a reflexão teórico-filosófica quanto das práticas vinculadas ao cotidiano dos profissionais. No campo da enfermagem, tais reflexões ensinaram a construção de

modelos e teorias de caráter tanto individual quanto coletivas, como a Teoria Sistêmica Ecológica Cibernética, de Rosalda Paim (1974), o modelo de organização da enfermagem, proposto por Liliana F. Daniel (1987), o referencial do cuidado holístico-ecológico, de Zuleica Maria Patrício (1995), e a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Emiko Yoshikawa Egry, em 1996⁽¹⁾.

Segundo Brandão et al.⁽¹⁰⁾, as teorias de enfermagem, para serem relevantes, devem buscar atender a critérios que as justificam: *precisam ser aplicáveis na prática profissional*, como as de médio alcance, pois, ao operarem entre o nível abstrato das grandes teorias e o nível empírico da testagem, possibilitam a construção de hipóteses, a partir de uma dada realidade; *precisam ser úteis e compatíveis com um contexto multidisciplinar e multiprofissional da saúde*, dado que algumas dizem de conhecimentos multidisciplinares e transdisciplinares do interesse do campo da saúde; *precisam ter relevância para o cuidado de saúde*, posto que adaptação, conforto e transição são exemplos de conceitos já incorporados ao cuidado de saúde e altamente desenvolvidos como constructos de teorias de enfermagem.

O trabalho da enfermagem exercido no campo da prática assistencial possui saberes tácitos construídos de forma empírica, a partir das técnicas e procedimentos realizados em seus cotidianos e distante de reflexões teórico-filosóficas, estas últimas concentradas em ambientes de produção acadêmica. Assim, defende-se que o ambiente concreto da prática profissional é o lugar por excelência para se implementar validações do conhecimento oriundo de tais reflexões teóricas, porém, isso precisa ocorrer de forma articulada com o sistema de saúde, *locus* principal de atuação dos profissionais⁽¹¹⁾.

Sobre a interação entre teorias de enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e PE, é possível dizer que a desvinculação ou não compreensão do

modelo teórico de concepção de cuidado que permeia as nossas práticas assistenciais dificulta a implementação da SAE e do PE, dado que compreendem métodos de trabalho cuja origem está no método científico. A SAE, por se apoiar em marcos teóricos e filosóficos de cuidado, permite a valorização dos saberes da enfermagem, contribui para o seu aprendizado e, por conseguinte, melhor subsidia as práticas assistenciais no âmbito da saúde. Assim como a SAE, o PE, enquanto ferramenta que tem por finalidade operar o conhecimento teórico na prática, também se baseia nas etapas do método científico, e as fases que o compõem (coleta de dados/histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) permitem determinar ações na busca de resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e coletivos que recebem o cuidado⁽¹²⁾.

O arcabouço conceitual das teorias de enfermagem nos conduz à sistematização da assistência e ao PE e, por conseguinte, ao desenvolvimento de práticas de cuidado qualificadas, pois, ao possibilitar a junção do conhecimento científico ao fazer cotidiano da assistência, nos coloca no caminho para um cuidado emancipador que pode transformar a enfermagem, a organização dos serviços, a sociedade e a vida daqueles e daquelas que cuidam e são cuidadas.

Considerações finais

Nos tempos atuais, a busca por instituir núcleos de saberes na perspectiva da solidificação da cientificidade da enfermagem se concentra em espaços acadêmicos de maior repertório teórico-filosófico, com pouca aplicabilidade enquanto fundamento das práticas assistenciais. Além disso, ainda se constata o aspecto funcionalista da profissão, com predomínio das técnicas e de planejamento da assistência centrado na doença, com pouca reflexão, propostas de aprimoramento ou mudanças nos processos assistenciais.

As necessidades de produção e reprodução da existência no âmbito das sociedades atuais, com a intensificação do ritmo de trabalho, a maior competitividade do mercado e a flexibilização dos direitos trabalhistas, têm influenciado sobremaneira a qualidade de vida de profissionais enfermeiras e enfermeiros. Isso faz com que processos reflexivos sobre o papel social da enfermagem, não somente a partir do que se faz, mas do que se pode afirmar que seja a nossa essência como prática socialmente relevante, fique suplantada e até mesmo desnecessária.

Em todas as teorias citadas, os conceitos de homem, indivíduo, sociedade, ambiente, saúde e enfermagem carregam em seus pressupostos estruturas ideológicas que dizem dos valores e visão de mundo das que a defendem, cujo propósito maior é trazer visibilidade e cientificidade para o fazer da enfermagem, pois a sua efetivação e legitimação enquanto disciplina somente ocorrerá por meio do desenvolvimento de conhecimento e tecnologia próprios. Neste sentido, o ambiente concreto da prática profissional é o lugar por excelência para se testar a validade do conhecimento que tem sido gerado no âmbito de seu campo profissional.

Referências

1. Garcia TR, Nóbrega MML. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. Rev Bras Enferm. 2004;57(2):228-232.
2. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2. ed. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
3. Gomes VLO, Backes VMS, Padilha MICS, Vaz MRC. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Invest. educ. enferm; 2007;25(2):108-115.

4. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2016.
5. Thofehrn MB, Leopardi MT. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. *Rev Texto & Contexto Enferm.* 2002;11(1):86-104.
6. Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In Riehl JP, Roy C, editors. *Conceptual models for nursing practice.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1980. p. 206-216.
7. Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. 228 p.
8. Souza MF. Modelos teóricos e teorias de enfermagem: contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem no Brasil. In: Garcia TR, Pagliuca LMF. *A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos.* Fortaleza (CE): RENE; 1998. p. 51-63.
9. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. Esc. Enf.* 1974;5(1):7-15.
10. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):604-608.
11. Corbellini VL. Fragmentos da História de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo da submissão teórica. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(2):172-177.
12. Barros ALBL, Bispo GS. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. In: *Anais do 1. Encontro Internacional do Processo de Enfermagem; 2017 jun 22-23; São Paulo, Brasil.* São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Seleção e utilização de teorias de enfermagem no Processo de Enfermagem

Simone Souza Nascimento³

ORCID: 0000-0001-8731-3488

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Paula Lauane Araújo⁴

ORCID: 0000-0003-3856-9748

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). E-mail: simone.nascimento@escs.edu.br

⁴ Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIC/ESCS. E-mail: paulaaraujoescs@gmail.com

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Teoria de enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Resumo

As teorias de enfermagem configuram a base sólida para a construção do conhecimento, sendo utilizadas como referência conceitual para a assistência de enfermagem de qualidade. Elas são imprescindíveis e dão sentido ao processo de enfermagem, o que torna o cuidado mais coeso e promove o aperfeiçoamento da enfermagem enquanto ciência e profissão. Neste capítulo, serão abordadas as relações entre o processo e as teorias de enfermagem, bem como os critérios de escolha de uma teoria adequada para fundamentação e cientificidade do processo de enfermagem.

Introdução

A enfermagem atual, assim como desde os primórdios, é corriqueiramente colocada em xeque. Ao passo em que há cientificidade, depara-se, também, com o empirismo, o que ainda promove burburinhos acerca da enfermagem como profissão.

A enfermagem deve ser percebida como uma profissão, e não uma ocupação e, para isso, se faz necessário aumentar a cientificidade de sua prática. A utilização de teorias que embasem a atuação pode ser uma das formas de os enfermeiros melhorarem a prática, a pesquisa, a formação, a gestão e a liderança em seus diversos cenários⁽¹⁾.

Considerando que os princípios e os conceitos teóricos afetam a prática, levá-los em consideração é essencial para a cientificidade da profissão. Antes de iniciar essa discussão, é necessário retomar brevemente alguns conceitos relacionados à

prática e muito discutidos na enfermagem: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE).

A SAE é uma atribuição obrigatória instituída pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em 2009, em todas as unidades de atendimento de saúde que fornecem assistência de enfermagem⁽²⁾. Trata-se de uma atividade privativa do enfermeiro em que se faz necessária a utilização de um método sistematizado e, para sua implementação, necessita de apoio, tanto gerencial quanto da equipe de enfermagem⁽³⁾.

O PE, dividido em cinco etapas - Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem⁽²⁾ - fortalece a autonomia da enfermagem e permite ao enfermeiro desenvolver e organizar o trabalho da equipe de enfermagem, priorizando a necessidade de cada indivíduo cuidado⁽⁴⁾.

Observa-se que, no desempenho de suas atividades, alguns profissionais de enfermagem denotam, como foco principal, a preocupação apenas com os aspectos biológicos do ser humano, sem considerar os demais aspectos do ser, o que resulta em fragmentação do cuidado, pois o mesmo ser visto em sua totalidade e complexidade⁽⁵⁾.

É essencial destacar que as teorias de enfermagem contribuem para a construção de base sólida de conhecimento, uma vez que se fundamentam em conceitos metaparadigmáticos, mas que só é possível se considera também a experiência humana⁽⁶⁾.

A evolução da enfermagem como profissão exigiu, entre outras coisas, seu aperfeiçoamento enquanto ciência e disciplina. A necessidade de o PE estar fundamentado em referenciais teóricos de enfermagem é uma das formas de buscar a cientificidade e a autonomia que tanto se almeja, bem como

favorecer uma assistência de enfermagem de qualidade com vistas à integralidade do cuidado.

Dessa forma, para permear a produção deste capítulo, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais critérios podem ser utilizados para seleção e utilização de teorias de enfermagem no processo de enfermagem? Assim, o intuito deste capítulo não se remete a discutir qual teoria é melhor, mais completa ou mais viável de utilização, e sim, entender quais as possibilidades para seleção de teoria, considerando o contexto e o objetivo do ser cuidado.

Teoria de enfermagem: conceitos básicos

A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenômenos. O estudo da teoria desenvolve capacidades analíticas e poder de pensamento crítico, clarifica valores e pressupostos e direciona os objetivos da prática, do ensino e da pesquisa⁽⁷⁾.

Teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que derivam dos modelos de enfermagem ou de outras disciplinas. Pode ser extensa, mas é limitada aos aspectos da enfermagem a que diz respeito. Tem como características a clareza, a simplicidade, a generalidade, a precisão empírica e sua importância⁽⁷⁾.

Está dividida em grandes teorias e teorias de médio alcance. As grandes teorias propõem algo real e testável, em tese, a qualquer indivíduo ou grupo, independente da situação. As teorias de médio alcance têm um foco de interesse mais limitado e determinam coisas, como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou sua faixa etária, a área de prática ou a intervenção⁽⁷⁾.

Dessa forma, é relevante esclarecer que há quatro conceitos fundamentais para uma teoria de enfermagem, conhecidos como metaparadigmas, os quais se referem aos conceitos centrais, assuntos que têm maior interesse dentro de uma ciência. É importante salientar que os grandes teóricos incorporam conceitos fundamentais nas estruturas de suas teorias, sendo esses conceitos adaptáveis com a teoria⁽¹⁾.

Em geral, os conceitos desses quatro metaparadigmas são entendidos como:

- **Pessoa:** é o indivíduo que recebe o cuidado, um composto de necessidades físicas, psicossociais e intelectuais. Pode ser considerado não só como o sujeito de cuidado, bem como a família e pessoas da comunidade⁽³⁾.
- **Saúde:** é o objetivo final da assistência de enfermagem. A Organização Mundial da Saúde conceitua saúde não só como ausência de doenças ou enfermidades, mas como estado de completo bem-estar físico, mental e social⁽⁸⁾.
- **Ambiente:** refere-se a elementos que influenciam o indivíduo, seja de forma física, social ou psíquica⁽¹⁾.
- **Enfermagem:** é a ciência sistematizada do cuidado, meio utilizado pelo enfermeiro com a finalidade que o indivíduo alcance seu potencial humano e reestabeleça o estado pleno de saúde⁽³⁾.

As teorias de enfermagem precisam ser relevantes para o cuidado, bem como ser úteis e compatíveis com a prática multidisciplinar e multiprofissional. E esse entendimento pode ser a resposta de que parte das teorias de médio alcance da enfermagem foram desenvolvidas a partir de teorias de outras áreas e são as mais utilizadas na prática de enfermagem⁽⁶⁾.

A importância do processo de enfermagem aliado à teoria

O processo de enfermagem é o instrumento que permeia a tomada de decisão, baseado na coleta de dados, e também permite intervir nos problemas e avaliar os resultados dessa intervenção para, dessa forma, reavaliar os pontos que necessitam de interferência para realizá-los ou modificá-los, tendo como base a resposta obtida. Trata-se de um *continuum*, e por isso essas etapas são interrelacionadas.

A teoria de enfermagem auxilia na organização, compreensão e análise dos dados do paciente, favorecendo a tomada de decisões que permitirão o planejamento das intervenções de enfermagem, prevendo os resultados, a partir dos quais torna-se possível a avaliação⁽⁷⁾. Coincidentemente ou não, tais associações referem-se exatamente às etapas do processo de enfermagem, mostrando que ambos os temas são complementares e necessitam andar juntos, uma vez que um aumenta a credibilidade do outro.

De forma evitar o empirismo, faz-se extremamente necessário que o PE seja guiado por uma teoria que, quando aplicada desde a primeira etapa, torna o cuidado menos empírico e intuitivo, e mais sistematizado e organizado. Cabe ressaltar que tornar o cuidado mais científico não significa mecanizá-lo ou torná-lo menos humano, mas sim, ter subsídios para uma atuação segura, de qualidade e com a participação do cliente, garantindo também autonomia ao ser cuidado.

A teoria de enfermagem, visto por muitos enfermeiros assistenciais como desnecessária, é na verdade o alicerce estrutural do processo de enfermagem, visto que é necessário estabelecer um marco conceitual que fundamente a organização do serviço.

Sob outra ótica e para melhor entendimento, pode-se inferir que a prescrição de enfermagem é norteadada pelos diagnósticos de enfermagem, e estes pela coleta de dados. Se a

coleta de dados não for subsidiada por uma teoria, a tendência é que a prescrição se respalde no modelo biomédico (foco na doença e não no indivíduo) ou no empirismo⁽³⁾.

Logo, o processo de enfermagem favorece a prestação do cuidado organizado e, fundamentado por uma teoria, torna essa prática ainda mais científica, validada e segura a todos os agentes envolvidos, o cuidador e o ser cuidado.

Critérios para seleção e utilização de uma teoria

Então surge a pergunta: “como escolher uma teoria adequada?” E a resposta é: “Depende”. Essa escolha depende de múltiplos fatores.

Para escolher uma teoria de enfermagem, o enfermeiro deve, primeiramente, conhecer a realidade do setor em que deseja atuar, o perfil dos enfermeiros que trabalham nesse setor e a clientela atendida. Essa caracterização deve estar de acordo com os metaparadigmas e demais conceitos da teoria selecionada⁽³⁾.

Dessa forma generalista, a resposta “SIM” a todos os questionamentos seguintes, sugere que a teoria selecionada é adequada para aplicação⁽³⁾:

- O conceito de pessoa corresponde a clientela do serviço em questão?
- O conceito de saúde atende à demanda do serviço?
- O conceito de ambiente corresponde ao ambiente do serviço?
- O conceito de enfermagem supre a atuação da enfermagem no serviço?

- A filosofia da instituição é condizente com os pressupostos da teoria?

Se a qualquer dessas perguntas a resposta for “NÃO”, é necessário rever se a teoria selecionada é a ideal, para que não ocorram embates futuros que impeçam o correto direcionamento do cuidado.

Outro ponto a ser considerado é se os demais profissionais que atuam no serviço serão capazes ou mesmo estarão dispostos a realizar as atividades preconizadas pela teoria selecionada. Com vistas a minimizar esse viés, a discussão e a escolha da teoria deve ser realizada em conjunto com a equipe, uma vez que se faz necessário o estudo aprofundado da teoria para a adoção de um comportamento e atuação com ela condizente⁽³⁾.

A teoria conduz à autonomia profissional, orientando a prática, o ensino e a pesquisa dentro da profissão⁽¹⁾. Nos últimos anos, percebe-se um interesse maior na utilização de teorias e, como já referido, com maior ênfase na utilização de teorias de médio alcance, na prática baseada em evidências e em teorias específicas a situações. Os Quadros 1 e 2 exemplificam populações/situações em que se foram associadas grandes teorias ou teorias de médio alcance ao PE, respectivamente.

Quadro 1 - Grandes teorias aplicadas à prática.

GRANDES TEORIAS		
Teoria	População	Local
Teoria do Alcance de Metas de Imogene King	Profissionais enfermeiros que prestam assistência a gestantes usuárias de álcool e drogas ⁽⁹⁾	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)

	Indivíduos em serviços de urgência com classificação de risco laranja ou vermelha ⁽⁵⁾	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem	Indivíduos que realizavam diálise peritoneal no domicílio ⁽¹⁰⁾	Domicílio do indivíduo
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo	Enfermeiros participantes de formação em Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar ⁽¹¹⁾	Formação realizada por um setor de gestão de saúde

Quadro 2 - Teorias de médio alcance aplicadas à prática.

TEORIAS DE MÉDIO ALCANCE		
Teoria	População	Local
Teoria do Autocuidado de Orem	Mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/AIDS ⁽¹²⁾	Clínica de doenças infectoparasitárias
Teoria das Transições de Afaf Abraham Meleis	Mulheres cadeirantes que engravidaram após a deficiência ⁽¹³⁾	Residentes no estado do Rio de Janeiro
	Mãe de criança com fenda labial e/ou palatina ⁽¹⁴⁾	Centro de Tratamento de anomalias craniofaciais
	Idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento	Clínica de Nefrologia no estado da Bahia

	dialítico a mais de 6 meses ⁽¹⁵⁾	
Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	Adolescentes de 12 a 20 anos, com câncer e em cuidados paliativos ⁽¹⁶⁾	Enfermaria e ambulatório de pediatria de um hospital público federal
Teoria do Cuidar de Kristen Swanson	Mulheres com mais de 14 anos, internadas para atendimento ao processo de parição ⁽¹⁷⁾	Serviço de maternidade de hospital geral
Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba	Idosos com idade internados em UTI ⁽¹⁸⁾	Hospital direcionado a procedimentos eletivos
Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta	Enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) realizando consultas de puericultura ⁽¹⁹⁾	Município de Santa Catarina
	Neonatos sem diagnóstico de coagulopatias e anomalias congênitas com perda de integridade da pele e que utilizam Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) ⁽²⁰⁾	Serviço de maternidade em um hospital-escola
Teoria da adaptação de Callista Roy	Adolescentes com neoplasias malignas, em cuidados paliativos ⁽²¹⁾	Domicílio dos participantes

Cabe ressaltar que os estudos referidos não são as únicas opções, mas sim, uma forma de ilustrar que as teorias de enfermagem podem ser aplicadas em diversos cenários, populações e contextos.

Considerações finais

O aprimoramento da assistência de enfermagem é uma constante preocupação dos estudiosos para o processo de cuidar e na pesquisa em enfermagem. Nesse contexto, as teorias de enfermagem exibem sua importância nos diversos cenários onde se desenvolve a enfermagem, contribuem para o alcance dos objetivos delineados para assistência de enfermagem e reforçam a cientificidade da enfermagem como profissão.

Um dos desafios que a enfermagem enfrenta é o desenvolvimento de uma base de conhecimentos única e científica. E não era de se esperar menos. A enfermagem, ao lidar com o indivíduo, lida com um ser que possui suas próprias individualidades. Da mesma forma lidando com grupos, comunidades ou instituições.

Logo, é necessário conhecer o alvo do cuidado - seja ele indivíduo, comunidade ou instituição -, os objetivos que almejam para si, os que a enfermagem propõe, e definir em conjunto as melhores estratégias e intervenções para alcançá-los. Dessa forma, não se faz necessária a criação de instrumentos que descrevam as ferramentas e as técnicas usadas para elegibilidade de uma teoria para aplicação à prática de enfermagem, na pesquisa, no ensino, na administração e na gestão. Basta, apenas, atentar-se a voltar o cuidado para o ser a recebê-lo.

O empoderamento da enfermagem aumenta através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de

decisões na prática profissional. No entanto, mesmo embasado por teorias, o processo de enfermagem não pode ser engessado, nem tampouco unidirecional. As respostas, os desejos e as metas dos clientes devem ser o ponto de partida para o enfermeiro estruturar, aplicar e avaliar o processo do cuidar.

Referências

1. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. Tradução: Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. 590 p.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Cofen/DF, 2009 [acesso em 10 dez 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
3. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 491 p.
4. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev bras enferm. 2012;65(2):297-303. doi: 10.1590/S0034-71672012000200015.
5. Nascimento SS. Diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento: utilizando os sistemas de King. [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós graduação em enfermagem; 2017 [acesso em 21 jul 21]. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24785/1/2017_SimoneSouzaNascimento.pdf

6. Brandão MAG, Barros ALBL, Caniçali Primo C, Bispo GS, Lopes ROP. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Rev bras enferm.* 2019;72(2):577-81. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0395

7. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5. ed. Lusociência: Loures; 2002. 750 p.

8. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Nova Iorque: OMS; 1946 [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

9. Lima MGT, Santos AAP, Lobo ALSF, Oliveira JCS, Silva JMO, Pedrosa, MP. Qualified Assistance To Pregnant Women With Alcohol And Drug Abuse Problems. *Rev enferm UFPE.* 2021;15:e245415. doi: 10.5205/1981-8963.2021.245415

10. Leone DRR, Neves ACOJ, Prado RT, Castro EAB. Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem - estudo de método misto. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [acesso em 31 jul 2021];25(3):e20200334. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1149298>

11. Figueiredo MH, Ferreira M, Guedes V, Oliveira P, Amaral M, Ferré Grau C. A mudança nas percepções dos enfermeiros de família sobre os pressupostos da intervenção familiar após o processo formativo MDAIF. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em dia mês 31 jul 2021];43(1):110-7. Disponível em:

<https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31339/1/110-117.pdf>

12. Santos MCF, Nóbrega MML, Silva AO, Bittencourt GKGD. Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/AIDS. *Rev bras enferm.* 2018;71(3):1435-44. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0086

13. Santos L, Souza V, Santos R. Transition to motherhood and mothering for women in wheelchairs: a nursing perspective. *Rev bras enferm.* 2019;72:29-6. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0843.

14. Santos RS, Janini JP, Oliveira HMS. The transition of breastfeeding children with cleft palate and lip among women. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180152. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0152

15. Oliveira FA, Almeida ARLP, Mota TA, Costa JR, Andrade MS, Silva RS. The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Rev. esc. enferm. USP.* 2020;54:e03581. doi: 10.1590/S1980-220X2018049203581

16. Guimarães TM, Pacheco STA, Nunes MDR, Silva LF. Perceptions of adolescents with cancer undergoing palliative care about their illness process. *Rev gaúcha enferm* [. 2020;41:e20190223. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190223

17. Barco MAO, Rodriguez LM. Evaluation of the Nursing Care Offered during the Parturition Process. Controlled Clinical Trial of an Intervention based on Swanson's Theory of Caring versus Conventional Care. *Invest. educ. enferm.* 2018;36(1):e5. doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e05

18. Cardoso RB, Souza PA, Caldas CP, Bitencourt GR. Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da

teoria do conforto de Kolcaba. Referência. 2020;(4):e20066.doi: 10.12707/RV20066.

19. Siega CK, Adamy EK, Toso BRGO, Zocche DAZ, Zanatta EA. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. Rev. Enferm. UFSM. 2020;10(e65):1-21. doi: 10.5902/2179769241597

20 Prado NCC, Santos RSC, Lima DM, Góis MMCD, Costa RHS, Silva RAR. Necessidades humanas básicas em neonatos com PICC. Rev enferm UERJ. 2019;27:e44521. doi: 10.12957/reuerj.2019.44521

21 Oliveira P, Miranda C, Lima E, Dias M, Silveira E, Rodrigues A. Adolescentes em cuidados paliativos: um estudo fundamentado na teoria de Callista Roy. Rev enferm UFPE. 2017;11(Supl. 12):5163-76. doi: 10.5205/1981-8963-v11i12a22604p5163-5176-2017

Teorias de Enfermagem: do abstrato à concretude das práticas assistenciais

Yara Stephany da Silva⁵

ORCID: 0000-0002-6864-4772

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Fernanda Biscardi dos Santos⁶

ORCID: 0000-0002-6273-9949

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Karine Marques Costa dos Reis⁷

ORCID: 0000-0002-2025-7247

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁵ Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), bolsista pelo Programa de Iniciação Científica da ESCS (PIC), voluntária da Cruz Vermelha Brasileira - DF, instrutora de Primeiros Socorros pelo IBRAPH e *Stop the Bleed* pelo *American College of Surgeons*.

⁶ Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), bolsista pelo Programa de Iniciação Científica da ESCS (PIC).

⁷ Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

Descritores: Teorias de enfermagem; Teorias; teorias práticas e abstratas.

Resumo

Neste capítulo, serão abordados os principais aspectos relacionados aos objetivos e importância das teorias. Será percorrido o conhecimento estético da enfermagem a partir das filosofias, teorias de grande e médio alcance e as práticas, destacando a importância de se incorporar pressupostos e conceituações das teorias na atuação diária do profissional enfermeiro, a partir da racionalização do trabalho em seu cotidiano.

Introdução

Ao definir ideias ou conceitos, as teorias explicam as relações, preveem resultados e buscam elucidar eventos de um determinado campo do saber. De modo igual, as teorias consistem em conceitos inter-relacionados que ajudam a descrever ou a rotular os fenômenos. Uma teoria de enfermagem conceitualiza aspectos para prescrever, explicar e prever os cuidados, além de oferecer uma perspectiva para a coleta de dados e a avaliação dos seus pacientes ajudando a organizar, analisar e a interpretar⁽¹⁻²⁾. Diante dessa definição, o conhecimento estético da enfermagem, traduzido na arte e formalizada pelas teorias, permite ao enfermeiro desenvolver o empoderamento e autonomia diante do seu próprio cuidado.

Objetivos das teorias de enfermagem como disciplina

Pesquisas baseadas em teorias de enfermagem são necessárias para explicar e prever resultados de enfermagem

essenciais para a entrega de cuidados de enfermagem que sejam humanos e efetivos⁽³⁾. As teorias, por meio dos conceitos, estruturas implícitas e direcionadas à educação em enfermagem e sua administração, definem o lugar da enfermagem na atenção à saúde, fornecendo, aos profissionais, perspectivas diferentes para o seu relacionamento com a equipe e com seus pacientes, fundamentando a tese e as práticas de seu conhecimento com flexibilidade e dinamismo para realizar suas intervenções⁽³⁾. Em 1991, Gray e Forsstrom⁽⁴⁾ reforçaram essa concepção ao sugerirem que a teoria fornece aos profissionais da enfermagem condutas semelhantes, visto que explicita um modo de enxergar, avaliar e fornecer um resultado esperado.

Definições de teoria de enfermagem

Os especialistas definem teorias como estruturas organizacionais de nossas reflexões, projeções, observações e inferências, as quais forneceriam um agrupamento de ideias e conceitos e que apresentam resultados mais concretos e específicos da realidade⁽²⁾.

Porém, há quem defina teoria como correlação dos conceitos, definições e proposições que visam, de maneira sistemática, explicar o fenômeno⁽⁵⁾. O fato é que as teorias de enfermagem são ponderadas envolvendo a realidade e buscando prever, descrever e, posteriormente, intervir, prescrevendo os cuidados de enfermagem⁽⁶⁾. Essa, então, é uma metodologia que induz à coerência e à criatividade para vislumbrar e focalizar no produto final da realidade, dando significado e lógica para as ações⁽⁷⁾.

Nessa lógica, algumas estruturas interferem na concepção das teorias, entre elas as estruturas sintáticas e conceituais, a linguagem e símbolos, a tradição, crenças e valores, que serão descritas a seguir.

Estruturas sintáticas e conceituais

Diante da definição, a estrutura **conceitual** está relacionada às demandas e preocupações da enfermagem, designando o que deve ser estudado e estabelecendo, assim, o que é o certo e errado, o que será aceito ou não no estudo da disciplina. As estruturas **sintáticas** orientam os profissionais a entenderem e estabelecerem padrões dentro a equipe para serem desenvolvidos com os indivíduos e comunidades, direcionando as descrições necessárias que, posteriormente, irão demonstrar os impactos da abordagem da enfermagem.

Nessa circunstância, a **Linguagem e Símbolos** estão intrinsecamente relacionados às teorias de enfermagem, já que representam novas formas de pensar, intervir e, principalmente, de conhecer a enfermagem.

Tradição

Quando se fala dos primórdios da enfermagem, não tem como não se referir à teórica Florence Nightingale, apontada como a precursora da enfermagem moderna no mundo. O reconhecimento de uma teoria muitas vezes tem fios de ligação com ideias que foram originadas no passado, referenciando e produzindo novos teóricos.

Crenças e valores

Existem inúmeras crenças e valores no estudo da disciplina, sendo que as **crenças** se referem ao processo mental ou atitude de quem acredita em uma pessoa ou em alguma coisa, e os **valores**, relativos à importância que determinada ação, pessoa, objeto e idealização que uma pessoa tem para si. O fato é que crenças e valores contribuem para a concepção de uma

teoria e também na sua seleção para guiar o cuidado do enfermeiro.

Na realidade, o cuidado em saúde é um processo que está em constante mudança e com isso as teorias seguem a mesma linha de raciocínio, em que muitos teóricos de enfermagem descrevem reavaliar e melhorar suas teorias a partir dessas mudanças.

Diante dessa busca de entender a realidade constantemente e embasar uma profissão, o número e o âmbito absoluto das estruturas conceituais são assustadores para a grande maioria dos estudantes e profissionais da enfermagem. Assim, para ajudar a entender as formulações, alguns métodos para categorizá-los foram descritos na literatura de enfermagem. Entre eles, estão a categorização por domínio, paradigma e âmbito.

Categorização baseada nos domínios da enfermagem

Meleis⁽⁸⁾ não categorizou as teorias de acordo com seus níveis (grandes teorias, teorias de médio alcance, teorias práticas), mas com base em escolas de pensamento ou domínios de enfermagem: teóricos das necessidades, teóricos da interação, teóricos de resultados, à medida que desenvolviam os trabalhos em épocas variadas, e, finalmente, teóricos do cuidado/vir a ser, na era atual⁽⁸⁾.

Definiu, ainda, a pesquisadora com mais profundidade de cada escola de pensamento, de acordo com as influências daquele gênero. Os teóricos das necessidades, segundo ela, são Abdellah, Henderson e Orem; as interacionistas King, Orlando, Paterson e Zderad, Peplau, Travelbee e Wiedenbach; e as de resultados, Johnson, Levine, Rogers e Roy⁽⁸⁾.

Categorização baseada em paradigmas

A categorização baseada em paradigmas traz uma visão universal da disciplina. Kuhn (1962-1996), um físico teórico que se tornou historiador da ciência, despertou a comunidade científica para as revoluções no entendimento do que ele chamou de mudanças paradigmáticas. Elas ocorrem quando a realidade empírica não se ajusta mais às teorias das ciências existentes, sendo presentes em alguns momentos da história da enfermagem.

Indubitavelmente, as teorias de enfermagem do passado têm dificuldade de explicar, prever ou guiar as teorias práticas atualmente. No entanto, de acordo com os estudiosos atuais que trabalham com os novos paradigmas de enfermagem, há evidências, em seus estudos, de que existe influência das antigas filosofias e modelos conceituais nos momentos atuais.

Categorização baseada no âmbito

A categorização por âmbito, descrita como a mais lógica, é definida conforme o campo e domínio da assistência de enfermagem de acordo com a teoria e sua categoria aplicada.

As categorias desta modalidade são filosóficas, modelos conceituais, teorias de enfermagem e teorias de médio alcance. As teorias de origem filosófica derivam de “análise, raciocínio e lógica” que se aplicam à prática da enfermagem e formam “maneiras de descrever, explicar ou prever relações entre conceitos de fenômenos de enfermagem”⁽⁹⁾.

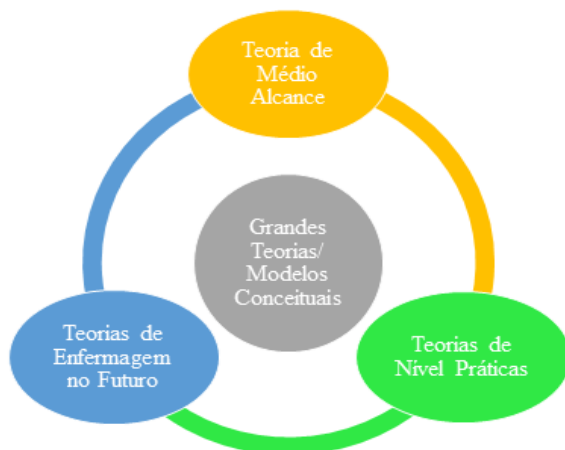
As Grandes teorias e modelos conceituais, Teoria de médio alcance e Teoria em nível de prática serão categorizadas a seguir, de acordo com a prerrogativa da classificação por âmbito.

Grandes teorias e modelos conceituais

Os modelos conceituais são amplas formulações da filosofia baseadas na tentativa de se inserirem na realidade da prática de enfermagem, sendo eles contrários aos conceitos e às proposições dos modelos abstratos que não são passíveis de teste⁽¹⁰⁾. Esse modelo foca no interesse da disciplina, como as pessoas se relacionam com as adaptações do sistema, déficits de autocuidados, entre outros. As grandes teorias ou modelos conceituais são compostos por conceitos e relações de declarações. As declarações de relações são chamadas de suposições, que refletem as filosofias dos princípios fundamentais do modelo conceitual ou das grandes teorias, que consistem em crenças; eles podem ser guias práticos para a conduta do enfermeiro aplicando a teoria e pode ser usado para determinar a compatibilidade do modelo ou teoria com pessoal, profissional, crenças organizacionais e sociais e valores conceituais, diferenciando modelos e grandes teorias⁽¹¹⁾.

As grandes teorias da enfermagem, que podem ser derivadas dos modelos conceituais, possuem níveis de alcance mais complexos e amplos, buscando explicar aspectos da disciplina. Assim, são desenvolvidas por avaliação atenta e de grande discernimento quanto às ideias existentes, em oposição à pesquisa empírica, com possibilidade de gerar a base com que os acadêmicos produzem teorias inovadoras de médio alcance, teorias de nível prática e teorias do futuro. O fato é que devido a abstração, os enfermeiros têm maior hesitação de uso dessas concepções na prática, trazendo aversão e hostilidade à teoria.

Figura 1 - Teorias influenciadas pelas Grandes Teorias



Fonte: McEwen e Wills⁽²⁾.

Teorias de médio alcance

Já as teorias de médio alcance, cujo escopo é mais estreito quando comparado com o das grandes teorias, oferecem uma ponte eficaz entre grandes teorias e a descrição e explicação de fenômenos específicos da enfermagem, sendo inferior em um nível de abstração. Essa característica traz a teoria mais perto do dia a dia do profissional enfermeiro, garantindo o seu emprego.

Assim, enquanto as grandes teorias são mais amplas, as teorias de médio alcance são menos abstratas e mais específicas para os detalhes determinantes para a prática de enfermagem.

Teorias em nível de prática

Finalmente, as teorias de enfermagem em nível de prática têm os mais limitados escopos e menor complexidade de

abstração. O fato é que essas são progressistas para a aplicação em situações específicas de enfermagem. As teorias que são desenvolvidas especificamente nesses níveis têm um impacto mais direto na prática de enfermagem do que as demais teorias abstratas, fornecendo estruturas para as intervenções de enfermagem/atividades, e sugerem resultados e/ou efeitos da prática de enfermagem. Idealmente, as teorias da prática de enfermagem são inter-relacionadas com os conceitos de médio alcance desenvolvidas no âmbito de grandes teorias.

A complexidade da enfermagem e suas práticas pode ser absolutamente apreciada por meio do diálogo com profissionais da enfermagem especialistas em nível de prática, com um ganho significativo de conhecimento e a possibilidade de um maior desenvolvimento pessoal por enfermeiros do campo assistencial.

Teorias de enfermagem e o futuro

As teorias de enfermagem são essenciais para o segmento e evolução da enfermagem como disciplina. Diversas tendências são fontes do desenvolvimento dessas teorias, e o foco delas nas disciplinas de enfermagem é fornecer uma direção para o estudo da análise e investigação⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O desenvolvimento de novas grandes teorias e modelos conceituais decaíram e houve um aumento significativo no surgimento de teorias de médio alcance, cujos estudos nessa área vêm crescendo cada vez mais nos tempos atuais. Espera-se, portanto que o estudo dessa disciplina continue em constante evolução e desenvolvimento, expandindo os horizontes das teorias de enfermagem em todos os seus níveis, com o incentivo do corpo acadêmico para que ampare cada vez mais sua prática em grandes teorias e entendam que o lugar da teoria de enfermagem é sempre no ensinamento, no entendimento, na ação e no futuro.

Conclusão

Uma vez que, as filosofias e teorias de enfermagem refletem cada vez mais os valores da enfermagem para a compreensão, respeito e compromisso com a saúde, crenças e práticas de culturas em todo o mundo, sendo primordiais, pois preparam os profissionais da enfermagem para uma liderança humana e política de saúde nacional e global. Torna-se evidente que, para o progresso da ciência e alcance da autonomia, a enfermagem deve investir em estudos e pesquisas específicas, na tentativa de obter mais subsídios para a elaboração de novos marcos teóricos.

Diante dessa necessidade da arte em enfermagem, cuja prática de cuidar é indispensável, faz-se necessário que os profissionais da enfermagem busquem maior compreensão sobre as teorias para que assim possuam uma maior segurança ao exercer a assistência, seguindo um modelo teórico para a condução do cuidado e assim, o profissional triangulará nas novas interpretações da realidade, como dará sentido ao ser enfermeiro e à pretensão pela saúde.

Referências

1. Smith MC, Parker ME. Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice [Internet]. In: Smith MC, Parker ME, editors. Nursing Theories and Nursing Practice. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2015. p. 23-34. Disponível em: <http://docshare03.docshare.tips/files/26827/268274013.pdf>
2. Bielkiewicz G. Theories from the sociologic sciences. In: McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health,| Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 278-304, Chapter 13. Disponível em:

https://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_171030_28.pdf

3. Gioiella EC. The importance of theory-guided research and practice in the changing health care scene. *Nurs Sci Q.* 1996;9(2):47. doi: 10.1177/089431849600900201
4. Gray J, Forsstrom S. Generating theory for practice: The reflective technique. In: Gray J, Pratt R, editors. *Towards a discipline of nursing.* Melbourne: Churchill Livingstone; 1991. p. 355-72.
5. Barnum BS. *Nursing theory: Analysis, application, evaluation* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1998.
6. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated knowledge development in nursing.* St. Louis, MO: Mosby; 2004.
7. Silva M. Philosophy, theory, and research in nursing: A linguistic journey to nursing practice. In: King IM, Fawcett J, editors. *The language of nursing theory and metatheory.* Indianapolis: Sigma Theta Tau; 1997.
8. Meleis A. *Theoretical nursing: Development and progress.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2012.
9. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theorists and their work.* 7th ed. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier; 2010.
10. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories.* 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.
11. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis; 2000.

12. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The focus of the discipline of nursing revisited. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008;31(1):E16-27. doi: 10.1097/01.ANS.0000311533.65941

13. Roy C, Jones D, editors. *Nursing knowledge development and clinical practice*. New York: Springer; 2007.

14. Willis DG, Grace PJ, Roy C. A central unifying focus for the discipline: Facilitating humanization, meaning, quality of life and healing in living and dying. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008;31(1):E28-40. doi:

10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9

Teorias de Enfermagem e sua relação com valores e crenças individuais do ser humano

Mariana Lima Braga de Amorim⁸

ORCID: 0000-0002-7795-7244

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Karine Marques Costa dos Reis⁹

ORCID: 0000-0002-2025-7247

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁸ Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), bolsista do programa de iniciação científica (PIC) pela ESCS, membro da Liga Acadêmica de Parto Humanizado (LAPH) da ESCS e membro fundador da Liga Acadêmica de Nefrologia (LANEFRO) da ESCS.

⁹ Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

Descritores: Teorias de enfermagem; Teorias.

Resumo

Neste capítulo será abordada a aplicação das teorias de enfermagem na prática e sua influência no processo saúde-doença-cuidado, que são determinados individualmente por crenças, fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, aqui será diferenciado o processo saúde-doença e o cuidado, a teoria no processo do cuidado de enfermagem e os componentes de uma teoria, além de se definir a teoria de enfermagem e a importância de sua aplicabilidade na prática.

Introdução

O processo saúde-doença-cuidado é determinado individualmente por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os sintomas e a percepção perante a doença são individuais; pessoas diferentes com a mesma doença podem apresentar percepções e sintomas diferentes diante de uma mesma patologia, pois sofrem influência dos modos de vida e condições individuais. O não acesso a necessidades individuais, como alimentação, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais, podem gerar um desequilíbrio e mudar a percepção do indivíduo diante do processo saúde-doença. A percepção de saúde é subjetiva em cada indivíduo, e a doença só é efetivamente percebida quando há um desequilíbrio em seu estado normal de saúde⁽¹⁾.

A necessidade de organizar esse desequilíbrio fez com o que homem buscasse maneiras de sistematizar o cuidado ao longo da história. É nesse contexto que surge a evolução do conhecimento do cuidar, por meio de metaparadigmas, da filosofia, dos modelos conceituais e, enfim, das teorias que deram

início ao processo de enfermagem e que hoje servem de referencial teórico para a profissão. A teoria estrutura e organiza o conhecimento de enfermagem para auxiliar o profissional a lidar com a situação do paciente em seu contexto individual pensando em seus valores, crenças e particularidades sociais⁽²⁾.

Sendo assim, é de grande importância o acesso do profissional enfermeiro aos componentes básicos de uma teoria, como seus conceitos, metaparadigmas e pressupostos sucintos e alinhados, para, assim, estruturar, organizar e subsidiar suas práticas na enfermagem, pois o cuidado precisa ser holístico, sistêmico e intencional. Além disso, empodera o cuidado, a partir do momento em que o enfermeiro identifica qual é sua função dentro da equipe multidisciplinar e percebe sua unicidade dentro dessa equipe. A aplicação da teoria otimiza o desempenho profissional, e o olhar perante o paciente, que anteriormente era visto somente como um ser doente, passa a ter o foco como figura central e humana com suas particularidades.

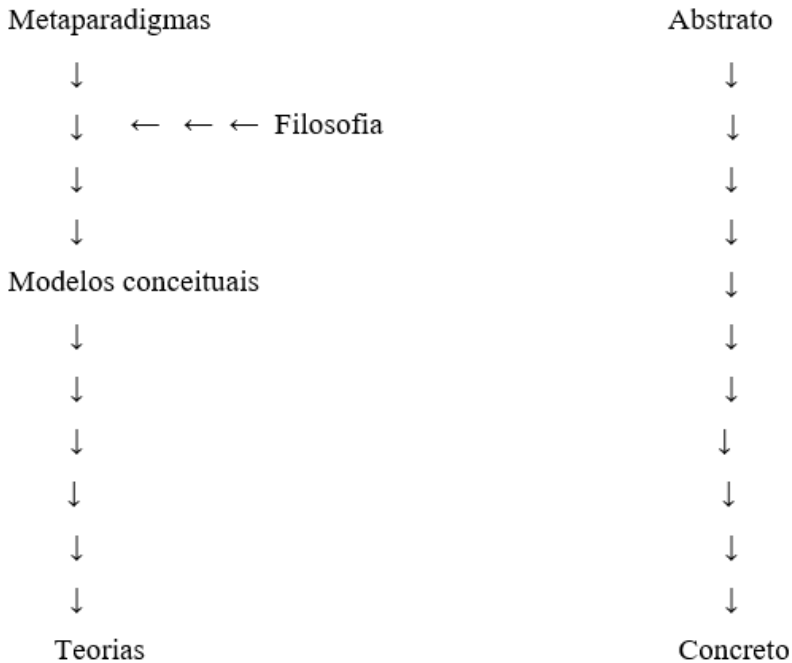
O processo saúde-doença e o cuidado

A saúde é individual, não se consegue percebê-la a não ser por sua ausência em algumas situações e é através da percepção do ser que ela é identificada, que se encontra no corpo individual. Para Berlinguer⁽¹⁾, são os determinantes biológicos, psicológicos e sociais que vão caracterizar a percepção de saúde e doença de cada indivíduo. É essa percepção da relação desarmônica entre o normal e o patológico que fatores como alimentação, hidratação, acesso a saneamento básico, clima, moradia, trabalho, acesso à informação, relações sociais e familiares podem levar ao adoecimento, de acordo com as condições em que o indivíduo vive. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. É um direito fundamental e a consecução do

mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Pensando nisso, a pessoa responde ao seu estado de saúde com uma influência direta sobre seu estilo e visão de vida⁽¹⁾.

Quando se pensa no conceito saúde-doença, pode haver várias divergências, pois, o que para um indivíduo pode ser normal, para o outro não é. Diante dessa subjetividade, é necessário conhecimento e autopercepção do indivíduo para identificar o seu normal. A doença, que antes era associada ao mal e ao sofrimento, foi sendo desmistificada já que pacientes com a mesma patologia e o mesmo quadro clínico podem apresentar respostas diferentes acerca da doença, podendo até ter sintomas e desconfortos diferentes, portanto, a percepção sobre bem-estar e saúde individual é o que conta. O processo saúde-doença apresenta uma grande relação com o ser humano e sua história, pois, no decorrer da existência humana, o homem foi conhecendo e experimentando da natureza em que vive para transformar em um melhor ambiente para atender às suas necessidades⁽³⁾.

Quadro 1. Evolução do conhecimento acerca do processo saúde doença e o cuidado na enfermagem



Fonte: Fawcett et al.⁽⁴⁾.

A saúde e a doença variam ao longo da história, sendo conceituadas de acordo com a percepção da sociedade em que estão inseridas com seus aspectos sociais e culturais; portanto, o cuidado deve ser planejado de acordo com as necessidades da população em que for implementado. Ao longo do tempo, foram encontradas inúmeras maneiras de definir o processo saúde-doença-cuidado, seja por meio da filosofia, modelos conceituais ou teorias.

A filosofia trata de questões voltadas à existência, ao conhecimento, à moral e à ética, que são bases para a construção

de um conhecimento sistematizado e da ciência. Pode-se usá-la para o pensamento e desenvolvimento dos fundamentos e pressupostos, bastante utilizados na enfermagem para a construção da prática e da pesquisa⁽⁵⁾. Os metaparadigmas são quatro conceitos que fundamentam a prática de enfermagem, quais sejam: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

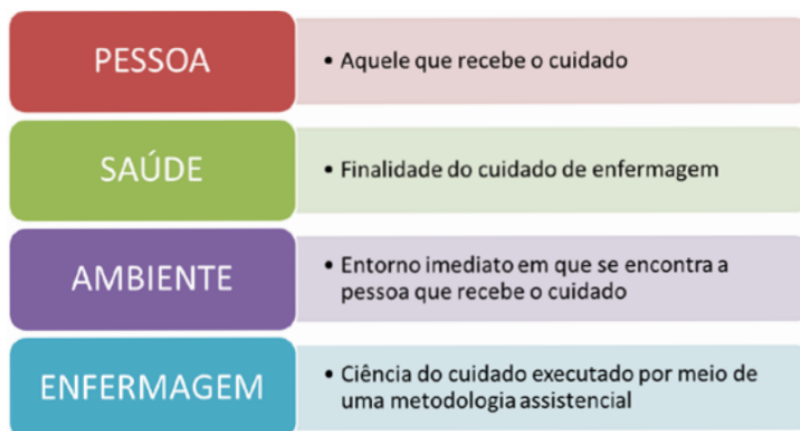


Figura 1. Metaparadigmas da Enfermagem.

Fonte: Horta⁽⁶⁾.

Os metaparadigmas são o ponto inicial das teorias de enfermagem, sendo estas definidas como um reflexo da realidade por suposições que explicam um determinado fenômeno, com uma maneira de sistematizar e representar. Pensa-se em teoria como a percepção da realidade com seus conceitos, componentes e metaparadigmas e, por meio dela, o cuidado de enfermagem é analisado e prescrito⁽⁴⁾. O pressuposto de uma teoria pode ser conceituado como as experiências e o conhecimento empírico do teorista que o leva ao primeiro contato com a teoria⁽²⁾.

A teoria no processo do cuidado de enfermagem

A prática de enfermagem precisa ser organizada, estruturada e racionalizada para dar ao profissional seu papel bem definido, e é por isso que se usa a teoria como uma maneira de promover essas características e levar a uma sistematização sobre as ações aplicadas. A teoria analisa os fenômenos e consegue prever sua aplicabilidade na prática, fazendo, assim, com que o conhecimento seja validado de acordo com os objetivos e metas a serem alcançados. É através disso que se investiga e se consegue suprir as necessidades dos clientes pelo fornecimento dos serviços de enfermagem⁽⁷⁾.

Usam-se ferramentas como o processo de enfermagem, que nasceu através da teoria de Wanda Horta⁽⁶⁾, que buscava explicar os fenômenos da enfermagem através das necessidades básicas do homem. As teorias são usadas para ter estratégias de planejamento, servindo como um guia para realizar uma intervenção adequada, entender e aplicar critérios para avaliação dos resultados de intervenções, aprender a liderar e dirigir os serviços de enfermagem, servir de base para a melhora e o aperfeiçoamento de informações clínicas, realizar de maneira eficiente às prescrições de enfermagem, o plano de cuidados e as anotações de evolução.

Existem padrões nas práticas assistenciais de enfermagem, principalmente quando os profissionais seguem um determinado autor de uma teoria para basear o cuidado. Esse modelo guia o profissional a ter prioridades no planejamento de sua assistência, que vão desde o ambiente em que está sendo realizado, a tecnologia usada, até o contato do enfermeiro com o cliente⁽²⁾.

Quando se pensa na implementação de um processo de enfermagem, este sempre é associado a uma escolha de uma teoria científica para fundamentar a prática. O enfermeiro tem uma grande relação com a tomada de decisão e necessita dessa

fundamentação prática nos serviços de saúde para melhor entender a necessidade de seu paciente. Com essas necessidades, o profissional consegue priorizar o atendimento, coletar os dados de maneira adequada, analisar e interpretar as ações e informações, fazendo com que ele seja direto e intencional⁽²⁾.

Para basear sua ação na teoria, deve ser realizado um conjunto de pressupostos e princípios que explicam como fazer para planejar e implantar o cuidado de forma sistêmica para analisar como o conceito de enfermagem, ambiente, saúde e indivíduo são para a teoria. É importante ressaltar a motivação do autor aos pressupostos pensados para a enfermagem, a aplicabilidade para estudiosos e trabalhadores de enfermagem e de outras áreas, a perspectiva do mundo todo refletida pela teoria. Diferentes conceitos dos metaparadigmas levam a diferentes visões em relação a problemas, situações e relacionamento entre o cuidador e o receptor do cuidado. As teorias desenvolvem, interagem, focam na necessidade para um melhor cuidado.

Componentes de uma teoria

A teoria deve ser avaliada para determinar seu grau de importância e aplicabilidade, existem critérios e revisões a serem seguidas, como sua origem e conteúdo, para enfim ter uma alta relevância para a sociedade e uma boa capacidade de gerar resposta⁽²⁾. É por todos esses fatores que se avaliam as teorias com clareza, simplicidade, generalidade, acessibilidade e importância.

Nesse sentido, define-se a clareza com que se consegue identificar se os conceitos estão bem definidos e se estabelecem um resultado empírico. É com a simplicidade que se vê o grau de complexidade da teoria. A generalidade mostra se a teoria abrange vários fenômenos e experiências. A acessibilidade avalia quão acessível é a teoria e, por fim, a importância avalia como

essa teoria pode contribuir para a prática, a pesquisa e o ensino⁽⁸⁾.

Considerações finais

As teorias de enfermagem em sua aplicabilidade respaldam o enfermeiro, gerando maior qualidade para o seu cuidado, auxiliando no processo de enfermagem e oferecendo o conhecimento científico para sua profissão. Com a composição da teoria, o cuidado passou a ser direcionado e focado no paciente como um todo, finalmente, reconhecendo-o como pessoa e indivíduo com necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais particulares. Ao se respaldar no processo de enfermagem que veio da teoria, a enfermagem passou a considerar as necessidades do ser humano e não só enxergá-lo como um doente, passando a vê-lo como um indivíduo com crenças e valores a serem respeitados, além de empoderar a profissão de enfermagem de um conhecimento único e autêntico dentro da equipe.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a minha avó, que foi quem cuidou de mim e me ensinou o que era cuidado. Se hoje estudo para cuidar das pessoas, ela foi a grande responsável por isso. Agradeço também a tutora Karine Marques Costa dos Reis pela oportunidade de participar deste livro, podendo compartilhar conhecimento e aprender cada vez mais.

Referências

1. Berlinguer G. A doença. In: Brêtas ACP, Gamba MA, organizadores. *Enfermagem e saúde do adulto*. Barueri: Manole; 2006.
2. McEwen M, Wills EM. *Bases teóricas para enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
3. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2000; 34(1):9-15. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100002>
4. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick JJ. On nursing theories and evidence. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(2):115-119
5. Gualda DMR, Bergamasco RB. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone; 2004.
6. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
7. Evans RG, Stoddart GL. Consuming research, producing policy? *American Journal of Public Health*. 2003;
8. Young A, Taylor SG, Renpenning KM. *Connection: Nursing research, theory and practice*. St. Louis, MO: Mosby; 2001.

Teorias de Enfermagem no processo de trabalho do enfermeiro na dimensão da gestão, assistência e participação política

Pedro Henrique Almeda Rodrigues¹⁰

ORCID: 0000-0001-8179-4786

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Karine Marques Costa dos Reis¹¹

ORCID: 0000-0002-2025-7247

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

¹⁰ Discente de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), bolsista pelo Programa de iniciação Científica da ESCS (PIC), ex-Primeiro Secretário do Centro Acadêmico de Enfermagem da ESCS (CAEnf), membro da Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos (LACP) da ESCS e fundador da Liga Acadêmica de Enfermagem na Atenção ao Câncer (LAEAC) da ESCS.

¹¹ Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

Descritores: Teoria de enfermagem; Enfermagem.

Resumo

Este capítulo abordará o impacto das teorias de enfermagem no processo de trabalho do enfermeiro na dimensão da gestão, assistência e participação política. Além disso, trará questionamentos e exposições pertinentes acerca do uso dessas teorias, bem como mostrará quadros e esquemas didáticos com as principais teorias de enfermagem, seus metaparadigmas, pressupostos e síntese dos pensamentos das criadoras.

Introdução

Teoria se refere a um conjunto de conceitos logicamente inter-relacionados, indicações, proposições e definições que foram derivados de crenças filosóficas, de dados científicos e das quais questões ou hipóteses podem ser deduzidas, testadas e verificadas. Uma teoria propõe-se a dar respostas a alguns fenômenos ou caracterizá-los⁽¹⁾.

A evolução da enfermagem como ciência no país e no mundo foi e ainda é marcada por uma constante luta pelo espaço profissional, bem como reconhecimento. Ao longo de sua história, a profissão abarcou saberes advindos de outras áreas, porém, estabeleceu seu arco de conhecimentos a partir das teorias de enfermagem, sendo úteis na formação de bases para a prática assistencial do profissional enfermeiro⁽¹⁻²⁾.

As teorias de enfermagem começaram a se expandir no âmbito dos Estados Unidos, abarcando no Brasil em meados de 1970, dando espaço para as publicações das teóricas brasileiras, como Wanda de Aguiar Horta. Diante desse histórico e crescimento da profissão como uma ciência autônoma, as teorias

apontam a base de raciocínio para guiar o processo assistencial do enfermeiro em conjunto com disciplinas estabelecidas, a partir da descrição, explicação e predição da prática, visando ao cuidado com o cliente⁽²⁾.

O uso de uma teoria como fundamentação para a prática clínica tem impacto direto na gestão do cuidado. Isso acontece porque a assistência fundamentada estabelece meios, metas, resultados específicos e ações de enfermagem para uma prática racional e sistemática, além de discernir as ações de cuidado do enfermeiro a de outros profissionais. Diante dessa importância, o profissional orienta a sua prática, a partir de um cuidado integral e não fragmentado. Nesse sentido, as teorias estabelecem a enfermagem como categoria e ciência do cuidar, com impacto direto nas relações pessoais, sociais e políticas que rodeiam o cenário da saúde⁽²⁾.

Assim, a teoria de enfermagem no seu contexto de ampliação do conhecimento estético da profissão, cujo objetivo é definir padrões, conhecer e definir conceitos como saúde, enfermeiro, ambiente e pessoa para o entendimento da realidade, garantirá uma atuação distinta e particular do processo saúde-doença-cuidado. Torna-se, então, imprescindível que os enfermeiros conheçam e utilizem as proposições teóricas da profissão no dia a dia, trazendo respaldo e qualidade ao cuidado.

Dimensão: gestão e modelos de assistência

Os serviços de saúde têm particularidades que suscitam exigências singulares em termos de organização e gestão, pois atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biopsicossociais, cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela e do tipo de problema. Dessa forma, entende-se que o enfermeiro tem um papel importante no

cotidiano das unidades de saúde, seja no âmbito da atenção primária, secundária ou especializada⁽¹⁻³⁾.

As teorias de enfermagem são necessárias para o processo de gestão, pois, possibilitam a identificação de padrões necessários para a prática, identificam cenários em que o cuidado de enfermagem deve ocorrer, bem como as tecnologias necessárias. Exemplifica-se a importância da teoria no cuidado, a partir da utilização de teoria com proposições e metaparadigmas voltados para o autocuidado, como de Dorothea Orem, onde as ações do profissional enfermeiro terão como principal objetivo proporcionar autonomia e independência ao sujeito. Estratégias de empoderamento, treino funcional, discussão e decisões compartilhadas com identificação das fragilidades e potencialidades serão relevantes para o paciente e para a prática diária do enfermeiro. Supervisionar, incentivar, acompanhar, observar, assistir serão os verbos prescritivos. Ou seja, a base teórica possibilita que o profissional consiga organizar o serviço de saúde, voltando as suas investigações, estratégias de planejamento, intervenções e elencar critérios para avaliação dos resultados⁽¹⁾.

Outro exemplo é a teoria do conforto de Katherine Kolcaba, em que um dos pressupostos é que o conforto é um resultado holístico desejado pelo enfermeiro. Assim, medidas desproporcionais, como sondagens, punções ou técnicas invasivas tornam-se inoportunas a pacientes em fim de vida.

Para que o processo de gestão seja possível, faz-se necessária uma estrutura organizacional. A primeira parte desse processo acontece a partir da especialização do trabalho, em que cada parte das tarefas são exercidas por um indivíduo altamente especializado em determinada função - um exemplo claro é dos profissionais enfermeiros que passam pelo processo de residência. A segunda parte refere-se à cadeia de comando, que surge com as teorias administrativas de Fayol, Taylor e Weber, na qual o funcionário responde a um supervisor. Ademais, as

etapas são ligadas às ideias de autoridade, controle, e aos aspectos no que tange à centralização ou descentralização, ou seja, se a tomada de decisão será tomada por um pessoa (e pequeno grupo) ou com a participação dos demais operários da empresa⁽¹⁾.

Assim, já que a teoria guia a prática do profissional, torna-se imprescindível que a teoria de enfermagem vá ao encontro da filosofia e da integridade institucional. Gestores da unidade devem atentar-se aos valores do serviço para garantir um cuidado harmonioso e único dentro da equipe interdisciplinar.

A partir do entendimento do que é gestão e do papel do enfermeiro no processo de gerir uma unidade de saúde, é possível compreender a importância das teorias para a execução dessa função da categoria. Por exemplo, antes da Segunda Guerra Mundial, era comum que o modelo de cuidado prestado pelo enfermeiro fosse de caráter integral, ou seja, durante seu turno, a atenção era voltada para todas as necessidades de um único paciente, limitando a disponibilidade para outros clientes. Após esse período, a condução e a direção científica entraram em cena. Com essa forma de gerir, o cuidado era destinado à eficiência, na qual os auxiliares de enfermagem ficavam responsáveis pelas necessidades físicas dos indivíduos e os enfermeiros pelos serviços relacionados com a administração⁽¹⁾.

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo em evidência passou a ser a enfermagem de equipe. Nela, o profissional enfermeiro é o líder de um grupo de outros profissionais prestadores de cuidados (que inclui outros enfermeiros e técnicos de enfermagem). A unidade passa a ser, então, responsável pela condução dos cuidados para um grupo de pacientes em uma unidade de internação. O coordenador do grupo designa as tarefas e pode não estar à frente das ações assistenciais, porém, deve conhecer as condições e as necessidades de todos os pacientes⁽¹⁾.

Com o passar dos anos, os modelos de gestão na enfermagem foram se modificando conforme as necessidades assistenciais e, atualmente, é raro um único método ser implementado. Na realidade, as unidades de saúde incorporam mais de uma estratégia para a assistência ao paciente. As formas de gerir uma unidade tem relação direta com as teorias de enfermagem, as quais ditam a forma como o profissional terá seu olhar clínico para as carências de cada cliente. Ao utilizar, por exemplo, a teoria de enfermagem de Dorothea Orem, a visão do enfermeiro será a de que o paciente deverá ser capaz de se autocuidar a partir das intervenções da unidade de saúde. Dessa forma, a gestão será voltada para proporcionar esse resultado para o cliente⁽¹⁾.

Portanto, ao utilizar-se de uma teoria como base para o cuidado com um indivíduo, é possível gerir a unidade de maneira eficaz para que a assistência seja efetiva. O enfermeiro poderá incorporar a prática baseada em evidências (PBE), com avaliação e crítica de maneira criteriosa das pesquisas mais recentes e relevantes para cada quadro clínico (evidências científicas), além de considerar as preferências e valores de cada indivíduo. Por fim, é possível analisar ainda que, com a aplicação das teorias de enfermagem, as intervenções, procedimentos e maneira de gerir da enfermagem serão referenciados, provando, assim, o caráter científico da profissão⁽¹⁾.

Dimensão: assistência

A partir de Florence Nightingale e o surgimento da enfermagem moderna, a profissão iniciou uma intensa busca por renovação e construção do seu escopo teórico, necessário para elencar a base para as condutas assistenciais. Posteriormente, em meados de 1970, as teorias de enfermagem chegam ao país corroborando para um avanço no caráter científico da profissão, rompendo com a visão de que a enfermagem era uma profissão

subordinada a outras categorias da saúde. Isso porque, antes das teorias, o cuidado do enfermeiro era prescrito por outras categorias e ficava restrito a tarefas tradicionais⁽⁴⁾.

As teorias de enfermagem serviram como base para a construção de uma assistência voltada para o respaldo científico, se afastando do caráter empírico das ações. Dessa forma, o papel do enfermeiro e suas condutas tornam-se mais claros e com propósitos definidos, preocupando-se não apenas com a intervenção imediata, mas com os resultados específicos. Além disso, as bases teóricas definiram o objetivo da enfermagem, ou seja, a ciência do cuidar, distinguindo-as de outras profissões⁽¹⁾.

Uma base teórica, se incorporada na prática do enfermeiro, é responsável por embasar o entendimento da realidade da enfermagem (situação-problema encontrada em uma unidade de serviço, por exemplo) e permite que o enfermeiro compreenda porque determinados eventos acontecem. Dessa forma, a teoria de enfermagem surge com a finalidade de melhorar a assistência, resultando em uma relação entre saúde e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. É ainda uma maneira de identificar os pontos mais relevantes para a resolução de um problema, sem focar nos pontos que não são irrelevantes ou menos importantes⁽¹⁾.

O uso de um referencial teórico pode auxiliar na direção da análise e interpretação das relações entre os dados e na previsão dos resultados necessários para planejar o cuidado ao paciente. Além disso, as teorias descrevem os ambientes e as situações nas quais a prática deve ocorrer (por meio dos metaparadigmas de enfermagem, saúde, ambiente e indivíduo), define que dados devem ser coletados e como deverão ser utilizados para produzir uma intervenção e um resultado esperado⁽¹⁻³⁾.

Partindo do pressuposto de que uma teoria oferece ao profissional uma base para tomar decisões informadas que se fundamentam na deliberação e no julgamento prático, é possível

dizer que, com a experiência clínica, os enfermeiros são capazes de combinar o conhecimento teórico e o clínico. Essa união de aportes referenciais resulta em uma maior capacidade para raciocinar de forma crítica, a fim de mediar as tomadas de decisão acerca das condutas assistenciais perante o caso de cada paciente na unidade de saúde. A enfermagem, como todas as disciplinas práticas, usa uma combinação especial de teoria e prática, em que a teoria orienta a prática e esta fundamenta a teoria⁽¹⁻³⁾.

As vantagens de abarcar uma teoria na assistência diária são inúmeras, mas é certo dizer que ainda existe a percepção de uma distância entre teoria e prática na percepção de alguns enfermeiros. Não obstante, alguns profissionais também evitam utilizar dos diagnósticos de enfermagem (DE) e do processo de enfermagem (PE), que são fundamentais para a categoria. Isso acontece porque, de certa forma, o desenvolvimento teórico é visto como domínio dos enfermeiros educadores e dos acadêmicos e não dos indivíduos, que atuam na assistência direta ao paciente. Essa visão deturpada de que a teoria e prática não conversam é prejudicial para a condução da assistência⁽¹⁻³⁾.

Segundo McEwen e Wills⁽¹⁾, para que uma teoria seja incorporada durante o dia a dia de um enfermeiro, fazem-se necessárias algumas considerações (diretrizes para aplicação da teoria à prática da enfermagem):

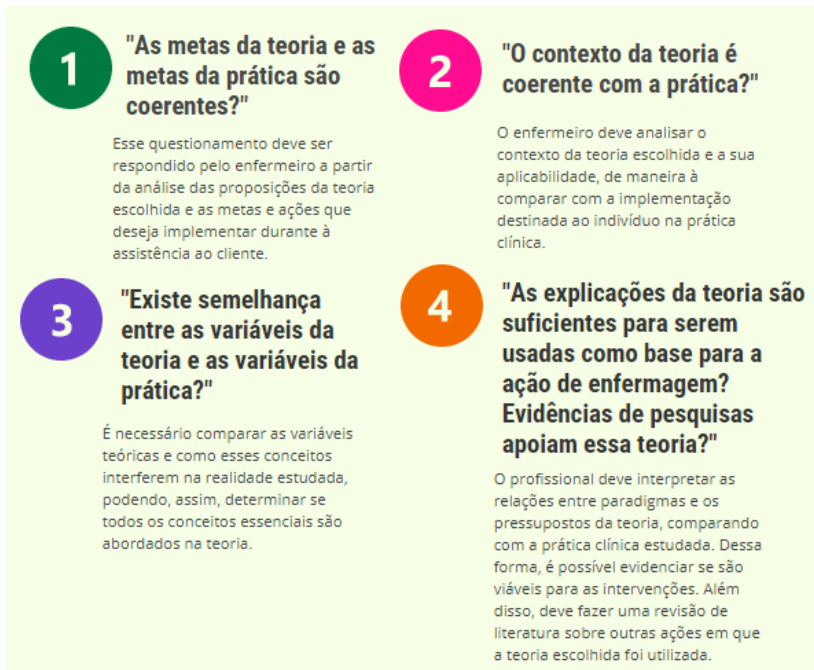


Figura 1 – Diretrizes para aplicação da teoria à prática da enfermagem

Fonte: Mcwen e Wills⁽¹⁾.

Nesse sentido, a análise da filosofia da instituição e do serviço deverão ir ao encontro das metas da prática do enfermeiro. Ações incongruentes tendem a desestruturar o serviço e fragmentar a gestão da prática. Assim, o ser e fazer enfermagem estarão apoiando as práticas assistenciais, despertando o conhecimento estético e empírico do enfermeiro e apoiado na filosofia institucional⁽³⁾.

Dessa forma, é importante reconhecer a relação entre teoria e prática, e como o aporte teórico pode ser colocado na assistência direta ao paciente, facilitando a PBE. A partir dessa relação, entende-se que, para realizar um cuidado

individualizado focado nas várias dimensões do indivíduo, é necessário que os profissionais busquem referenciar cada vez mais as suas ações dentro dos serviços de saúde, de maneira a incorporar novas estratégias, teorias e modelos. Importante lembrar que várias teorias são compartilhadas com outras disciplinas, pois, dessa forma, contribuirão para valorizar a categoria e seu espaço como a ciência do cuidar⁽¹⁾.

Dimensão: política

A procura pela autonomia e especificidade da enfermagem repercute na necessidade de um novo direcionamento para o saber da enfermagem e a construção de um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem. As teorias de enfermagem seriam, a partir de então, o instrumento indicado para orientar a enfermagem na busca pela autonomia, delimitando seu campo de atuação. As teorias de enfermagem, por sua vez, enfocam essencialmente o paciente e o cuidado, abrangem ambiente, relações cuidado-cuidador e processo saúde-doença⁽⁵⁾.

Conhecendo metaparadigmas de algumas teorias de enfermagem

Dorothea Orem (1914-2007) e a Teoria do Autocuidado

A teoria de Orem considera o profissional de enfermagem juntamente com o cliente. A ação do enfermeiro deve identificar déficits de capacidade no atendimento das necessidades individuais de autocuidado, procurando desenvolver nesses pacientes os potenciais já existentes para a prática do autocuidado^(1,6).

Dorothea Orem (1914-2007)

Indivíduo: homens, mulheres e as crianças atendidas individualmente ou como unidades sociais, sendo o objetivo material dos enfermeiros;

Ambiente: corresponde aos aspectos físicos, químicos e biológicos. Além disso, inclui a família, a comunidade e a cultura;

Saúde: ser estrutural e funcionalmente inteiro ou sólido. Engloba tanto o indivíduo como o grupo, sendo a capacidade de refletir e se comunicar;

Enfermagem: É a arte pelo qual o enfermeiro realiza cuidados ao paciente que se encontra incapacitado em determinado momento, visando estimular e promover o autocuidado de forma contínua ao cliente.

Figura 2 – Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Fonte: Mcwen e Wills⁽¹⁾.

Imogene King (1923-2007) e a Teoria do Alcance de Metas

A teoria tem como objetivo principal oferecer uma possibilidade de interação entre o profissional enfermeiro e os seus clientes, de maneira que o objetivo em comum seja o alcance de metas preestabelecidas. O pressuposto teórico e filosófico de King considera o objeto de estudo da enfermagem como sendo as interações dos seres humanos com o ambiente, que os leva a um estado de saúde que permite o desempenho de seus diferentes papéis sociais ^(1,7).

Imogene King (1923-2007)

Indivíduo: seres sociais que são racionais e sensíveis. Comunicam seus pensamentos, ações, costumes e crenças por meio da linguagem;

Ambiente: é o fundo necessário para que seja possível acontecer as interações humanas, sendo tanto interno, quanto externo ao indivíduo;

Saúde: experiência dinâmica da vida do ser humano, que induz o ajuste contínuo aos estressores;

Enfermagem: processo de ação, reação e interação pelo qual o enfermeiro e o paciente compartilham informações sobre as suas percepções na situação de enfermagem. O enfermeiro e o cliente compartilham problemas e preocupações e exploram meios de atingir as metas.

Figura 3 – Teoria do Alcance de Metas de Imogene King

Fonte: Mcwen e Wills⁽¹⁾.

Katharine Kolcaba (1944 - atual)

Kolcaba elabora a teoria do “Conforto”, onde a enfermagem tem o papel de avaliar as necessidades de seus clientes, de maneira a elaborar estratégias para sanar os empecilhos encontrados^(1,8).

Katharine Kolcaba (1944 - atual)

Indivíduo: quem recebe os cuidados e pode ser indivíduo, família, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde;

Ambiente: é qualquer aspecto que envolva o doente, família ou meios que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) para melhorar o conforto;

Saúde: representa o bom funcionamento, conforme definida pelo paciente, grupo, família ou comunidade;

Enfermagem: o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer estas necessidades e reavaliar após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior.

Figura 4 – Teoria do “Conforto” de Katharine Kolcaba

Fonte: Mcwen e Wills⁽¹⁾.

Conclusão

Partindo do pressuposto de que uma teoria pode ser escolhida para servir como base em ações de enfermagem voltadas para a assistência e/ou organização da unidade de serviço, é importante destacar a sua importância. No momento em que uma teoria é selecionada e seus pressupostos são colocados em prática clínica, as intervenções de enfermagem se tornam baseadas em evidências, ou seja, o profissional passa a ter um respaldo científico em relação às suas condutas.

As teorias de enfermagem são construídas a partir do conhecimento de profissionais da enfermagem, contribuindo, assim, para o caráter científico da profissão, facilitando a identidade do enfermeiro. Além disso, o uso dos aspectos teóricos como respaldo para as condutas no dia a dia tem

impacto direto na organização das unidades de serviço - papel do enfermeiro gestor - e na parte política do serviço. Dessa forma, com a constante implementação de ações respaldadas em conteúdos da própria enfermagem, a categoria conseguirá o devido reconhecimento e espaço no mercado de trabalho, na organização das unidades de serviço e nas equipes multidisciplinares.

Referências

1. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de Enfermagem. Tradução de Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. 590 p.
2. RIBEIRO, GC; PADOVEZE, MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2018 [acesso em 5 nov 2021] ;21(2):31-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qZL5hLGY7zzgmvrGcF9Gvm/?format=pdf&lang=pt>.
3. Barbosa VMS, Silva JVS. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. Rev Enferm Atenção Saúde [online]. 2018;7(1):260-71. doi: 10.18554/reas.v7i1.25174.
4. Benedito JCF, Cordeiro, BC, Rezende AC, Freitas DS. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. Saúde debate 2019;43(spe6):22-35. doi: 10.1590/0103-11042019S602
5. Magagnin AB, Aires LC dos P, Freitas MA de, Heidemann ITSB, Maia ARCR. O enfermeiro enquanto ser político-social: perspectivas de um profissional em transformação. Cienc. Cuid. Saúde [Internet]. 20º de abril de 2018 [acesso 5 de nov de 2021]. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39575>.

6. Santos B, Ramos A, Fonseca C. Da formação à prática: importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Innov Aging*. 2017 [acesso em 6 jul 2021];6(1):51-4. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-formação.pdf>

7. Moura ERF, Pagliuca LM. A Teoria de King e sua interface com o programa “Saúde da Família”. *Rev. esc. enferm. USP*. 2004;38(3):270-9. doi: 10.1590/S0080-62342004000300005

8. Lima JVF, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC, Fialho AVM. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e65022. doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.65022

Passo a passo para a implantação do Processo de Enfermagem nas unidades de saúde

Rinaldo de Souza Neves¹²

ORCID: 0000-0002-5998-9701
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Gilney Guerra de Medeiros¹³

ORCID: 0000-0002-3351-2841
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Francine Salapata Fraiberg¹⁴

ORCID: 0000-0003-3736-7386
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Raniel Medeiros Lima¹⁵

ORCID: 0000-0002-3863-9817
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

¹² Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Ciências da Saúde pela UnB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Enfermeiro da SES-DF. Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem (Coren-DF), gestão 2021-2023. E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

¹³ Enfermeiro. Mestre em Gestão Econômica de Finanças Públicas pela Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Terapia Intensiva, Gestão Pública e Auditoria Suplementar. Presidente do Coren-DF, Gestão 2015-2017. Atualmente primeiro tesoureiro do Cofen, servidor público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Professor do Centro Universitário do Planalto Central e da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. E-mail: gilneyguerra@gmail.com

¹⁴ Discente de enfermagem pela Escola Superior de Ciências de Saúde (ESCS). E-mail: francinefraiberg@hotmail.com

¹⁵ Discente de enfermagem pela Escola Superior de Ciências de Saúde (ESCS). E-mail: ranielmedeiroslima@gmail.com

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Resumo

Este capítulo apresenta o passo a passo sistematizado para a implantação e implementação do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde públicas ou privadas. No primeiro momento, há uma discussão sobre o conceito e aspectos gerais da metodologia assistencial e, em seguida, cada passo do processo é descrito de forma concisa e objetiva para melhor aproveitamento didático. Desta forma, apresentam-se 11 passos, ou estratégias, que podem ser pensados e utilizados pelos gestores de enfermagem para iniciar o processo de implantação de um método assistencial privativo do enfermeiro com a participação da equipe de enfermagem e com a finalidade de qualificar e individualizar o cuidado em ambientes assistenciais de saúde. Ao final do capítulo sugere-se um modelo de instrumento de coleta de dados conforme a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta para a primeira etapa do Processo de Enfermagem (histórico de enfermagem).

Introdução

Para iniciar este capítulo, propõe-se definir o Processo de Enfermagem (PE) como método gerenciador do cuidado que permite organizar e planejar o trabalho da equipe de enfermagem nos vários ambientes de atuação em saúde e em diversos momentos do atendimento e acompanhamento ao paciente⁽¹⁾.

Parte-se do conceito dessa ferramenta para além da documentação dos dados relacionada às etapas do PE. Neste sentido, trata-se de um método de gerenciamento do cuidado

que, ao ser implantado e implementado nas unidades de saúde, contribui para o processo de trabalho intelectual e autônomo do enfermeiro, ao mesmo tempo em que oferta cuidado seguro, planejado e organizado para o paciente.

Sendo assim, o PE é a sistematização e organização das ações inter-relacionadas da enfermagem, um importante método de trabalho que permite organizar e planejar o trabalho da enfermagem, que deve ser organizado em uma abordagem ética e humanizada, direcionado a resolução de problemas e com foco nas necessidades do paciente; também é considerado uma prática moderna e possui consequências diretas na área da educação e prática clínica⁽¹⁾.

Para tanto, há estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais e instituições de saúde para a implementação e consolidação desse método na prática profissional. Dentre as estratégias, destacam-se a implementação e desenvolvimento de ações em educação permanente, informatização da assistência e apoio das instituições de ensino superior⁽²⁾.

Outra definição, apresenta o PE como um método sistemático que utiliza o raciocínio científico crítico, focado na solução de problemas e voltado para prestar um atendimento eficaz do indivíduo, e que possibilita ao profissional alterar seu plano de cuidados à medida que o quadro do paciente também se modifica; assim, o PE ocorre conforme as necessidades de cada pessoa⁽¹⁾.

O PE é um método científico de assistência de enfermagem holística e de qualidade, viável para otimizar e dar visibilidade ao trabalho da enfermagem⁽³⁾. Evidencia-se que o PE, baseado em ações fundamentadas em referencial teórico, possui mais eficácia quanto à implementação, por meio da utilização de treinamento e atualização constante da equipe⁽⁴⁾.

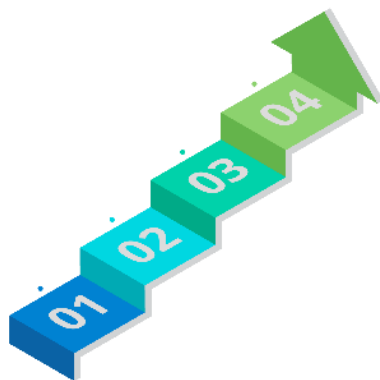
A relevância da utilização do PE na prática assistencial está em compreender que é necessária sua aplicação como método

científico para o planejamento das ações de enfermagem, visando organizar o cuidado a partir da tomada de decisão do enfermeiro para atender às necessidades de saúde dos pacientes⁽³⁾.

Na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem, percebe-se precário domínio gerencial dos enfermeiros na implantação e implementação do PE nas unidades de saúde. Possivelmente por falta de tempo, pouca compreensão de conceitos e da importância que a metodologia pode trazer para a profissão, para o profissional, para o paciente e para a instituição. Desta forma, este capítulo se propõe a guiar e direcionar os passos que podem ser construídos com as equipes de enfermagem e gestores para a operacionalização do cuidado de enfermagem por meio do PE.

Considerando o PE um instrumento para qualificar a prática assistencial da equipe de enfermagem, visando contribuir para sua implantação e implementação em serviços de saúde, propõem-se 11 passos das possíveis ações e estratégias que os enfermeiros podem adotar no planejamento gerencial.

Figura 1. Representação do passo a passo para implantação do PE



Passos utilizados pelas equipes de enfermagem e gestores para a operacionalização do cuidado de enfermagem por meio do PE

Passo 1. Escolha de uma teoria de enfermagem para sustentar o novo modelo assistencial

Um dos elementos essenciais para a implantação do PE na unidade de saúde está a definição da teoria de enfermagem pela qual o método será orientado e irá fundamentar a dinâmica da assistência. A enfermagem é regida por princípios e regras que controlam o processo de vida, o bem-estar e a saúde humana, assim, os modelos teóricos contribuem para a sistematização dos cuidados em saúde, guiando e aprimorando a prática, dirigindo a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados esperados⁽⁵⁾.

Os modelos teóricos da enfermagem contribuem como referencial para a sistematização do cuidado e fortalecem a desconstrução do modelo biomédico do cuidado, passando a focar no cuidado ao ser humano e não na enfermidade⁽⁶⁾. Assim, modelos teóricos de enfermagem contribuem para o olhar do enfermeiro em direção às necessidades e problemas de cada indivíduo, saindo do foco da doença.

A escolha de uma teoria de enfermagem que possa embasar o método de implantação do PE em unidades de saúde é uma etapa importante na organização do cuidado por meio de evidências e conceitos teóricos da ciência. Recomenda-se atualmente, em uma nova discussão do novo modelo de PE, que a definição e a escolha de uma teoria de enfermagem, ao iniciar o método no cenário de saúde, seja inclusive a primeira etapa do PE, por se tratar de uma sustentação teórica para todas as fases do processo.

Desta forma, tornam-se necessários o envolvimento e a participação de toda a equipe de enfermagem, sob a liderança do enfermeiro, na definição de teorias de enfermagem que possam

subsidiar o trabalho coletivo e em consonância com as crenças, filosofias, objetivos, missão e visão institucional.

Diante dessa premissa, o primeiro passo é entender a importância, os conceitos e metaparadigmas e componentes das teorias de enfermagem para iniciar o processo de implantação e organização do cuidado com bases científicas adotando-se a aplicação do PE.

Passo 2. Identificação da visão, filosofia, missão e objetivos da instituição de saúde

Figura 2. Representação dos elementos importantes da instituição de saúde para implantação do PE



Torna-se evidente considerar que, para além do conhecimento e escolha das teorias de enfermagem, é necessário entender que a visão, missão, filosofia e objetivos de um serviço de saúde público ou privado compõem os elementos institucionais a serem considerados na implantação do PE em uma unidade de saúde, buscando estratégias e ações gerenciais que possam colaborar na organização da assistência de enfermagem por meio de uma metodologia do cuidado.

Nesta fase, é importante alinhar a escolha da teoria de enfermagem com os conceitos da própria cultura organizacional, aspectos do modelo de gestão e valores individuais das pessoas e das equipes no seu processo de trabalho cotidiano.

A missão de um serviço de saúde resume o propósito e a direção dos esforços da equipe de saúde; dessa forma, a missão é a resposta para o motivo de existência do serviço de saúde e deve dar sentido às ações diárias de cada profissional. Por outro lado, a visão de um serviço de saúde resume aonde este quer chegar; nesse contexto, a visão é essencial para a definição das ações, objetivos e estratégias para se alcançar os objetivos⁽⁷⁾.

Os valores são princípios que integram e caracterizam os hábitos, aptidões e a cultura de uma organização, assim, os valores de um serviço de saúde “dão sustentação, marcam as regras de ação, balizam os juízos, condutas e funcionam como critérios de apreciação para a aceitação ou rejeição de normas e fatos”⁽⁸⁾.

A filosofia é a essência das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde e, de certa forma, rege o comportamento da equipe; já os objetivos são os resultados que o serviço prestado procura obter⁽⁸⁾.

Passo 3. Seleção de uma unidade-piloto da instituição de saúde para implantação do PE

A unidade-piloto é um serviço de saúde que possui uma cultura organizacional de excelência para o cuidado, equipes envolvidas e engajadas em projetos de qualidade assistencial, assim como estrutura de recursos humanos e físicos que podem contribuir para ser referência em modelos de assistência humanizada, individualizada e centrada no cuidado da pessoa em sua integralidade. São unidades onde os profissionais de saúde estão sensibilizados, motivados e acreditam no PE como

ferramenta de qualidade assistencial e de valorização profissional, sendo, desta forma, espaços ideais para inovar o modelo de cuidados em enfermagem.

A escolha de uma unidade-piloto para a implantação e implementação do PE é uma fase importante que os gestores de enfermagem precisam refletir na tomada de decisões para qualificar o cuidado de enfermagem nos ambientes de saúde.

Orienta-se iniciar o processo de implantação em setores fechados, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e cenários em que ocorre a consulta de enfermagem, como na atenção primária em saúde, onde enfermeiros atuam diretamente com os pacientes realizando coleta de dados, entrevista e exame físico (histórico de enfermagem), diagnósticos e intervenções. É fato de que, nesses setores, as equipes encontram-se mais organizadas, sensibilizadas para qualquer mudança no processo de trabalho, além de os enfermeiros terem uma atuação direta e uma comunicação eficaz com toda a equipe.

Outra característica importante nesses cenários para o início de implantação da unidade-piloto do PE é o trabalho coletivo e a participação dos profissionais no trabalho multidisciplinar, o que, de certa forma, possibilita maior aproximação e cooperação de toda a equipe de enfermagem no gerenciamento do cuidado.

A escolha e a definição das unidades-pilotos também passam pelo interesse e motivação das equipes que se encontram nos cenários de saúde. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados, preparados e motivados para iniciar todo o processo de mudança institucional e de aplicação do método de trabalho assistencial.

Passo 4. Estudo aprofundado das classificações em enfermagem para padronização e uniformização da linguagem

As classificações de enfermagem são essenciais para a definição da dinâmica do PE a ser implantado e implementado, visto que uma das principais dificuldades no desenvolvimento desse método é a linguagem e os termos utilizados para descrever as atividades da enfermagem⁽⁹⁾.

Os termos da linguagem especial da enfermagem são uma forma de expressão do grupo e incorporam os conceitos, abstratos ou concretos, utilizados na atividade profissional, que permitem ser agrupados em grupos estruturados, de forma que cada uma é assim definida pelo lugar que ocupa respectivamente em relação às demais, formando redes de termos inter-relacionados, os sistemas de classificação de termos de linguagem profissional⁽¹⁰⁾.

Deste modo, outro passo importante para a implantação do PE é o estudo aprofundado das classificações em enfermagem como forma de padronizar e uniformizar a linguagem dos profissionais nas unidades de saúde. As classificações ou taxonomias possibilitam a comunicação de diagnósticos, resultados e intervenções, conhecimentos específicos e próprios da ciência da enfermagem. As classificações permitem que os enfermeiros possam pensar, falar e agir com uma linguagem que é própria de sua profissão.

Assim, pode-se falar uma linguagem própria da enfermagem na elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções valorizando todo esse conhecimento com evidências científicas.

Recomenda-se, inicialmente, a escolha de uma ou mais classificações em enfermagem para guiar a elaboração das etapas do PE, sendo importante conhecer em qual etapa cada

classificação pode ser utilizada dentro do processo. Existem classificações que podem atender a todas as etapas do PE.

Há na literatura diversas classificações de enfermagem que apresentam fenômenos, diagnósticos, resultados e intervenções para diferentes ambientes de saúde, por isso, torna-se necessária a escolha da classificação que seja mais pertinente para atender às necessidades do cuidado que é prestado aos pacientes pelas equipes de enfermagem, além do aprofundamento e conhecimento pelos profissionais.

Os sistemas de classificações de enfermagem mais conhecidos são: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), que passou a incorporar o termo internacional em 2002; Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* -NIC); Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC)⁽¹⁰⁾.

Desta forma, ressalta-se que há sistemas de linguagem específicos da enfermagem, como a Classificação de Diagnósticos da NANDA-I, a CIPE, o Sistema Omaha e o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos de Sabba, para comunicar decisões sobre diagnósticos de enfermagem. Também existem sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)⁽⁵⁾.

Passo 5. Construção de instrumentos para investigação de dados baseado em suportes teóricos

Apesar de ser apresentada como o primeiro procedimento do PE, a coleta de dados é uma atividade contínua e se caracteriza pela obtenção de dados objetivos e subjetivos pelo profissional de enfermagem responsável pelos cuidados desse paciente⁽⁴⁾. Essa parte do método, quando bem elaborado, pode garantir o sucesso de todo o processo, sendo essencial que o profissional tenha boa comunicação e habilidade de observação⁽¹¹⁾.

A coleta de dados é o processo de colher de informações sobre o estado de saúde de uma pessoa, família ou coletividade. Deve ser sistemático e contínuo para evitar a omissão de dados significativos e refletir a mudança do estado de saúde do paciente. Os dados de linha de base contêm todas as informações sobre o indivíduo sob os cuidados da enfermagem e inclui o histórico de saúde da enfermagem, avaliação física, histórico e exame físico realizado pelo médico, resultado de exames laboratoriais, diagnósticos e materiais fornecidos por outros profissionais de saúde. Os dados do indivíduo devem incluir o histórico anterior, bem como os problemas atuais⁽¹¹⁾.

Inicialmente, para o processo de implantação de uma metodologia assistencial, é necessária uma sequência de etapas que tornam possível a coleta de dados (histórico de enfermagem) do paciente até a sua avaliação (evolução de enfermagem). Assim, sugere-se iniciar pela discussão e introdução da primeira etapa do PE, denominado de histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), ou também denominado de investigação.

Este passo pode ser realizado por meio da discussão, construção e teste de diferentes instrumentos para a coleta de dados dos pacientes. Aqui é importante que esse instrumento seja embasado em um modelo conceitual ou teoria de enfermagem, como já foi apontado no início deste capítulo.

Tendo sido escolhida a teoria de enfermagem, é possível construir instrumentos direcionados para as necessidades da clientela (Ex: pacientes de unidade de clínica médica). É fato que instrumentos de coleta de dados devem estar fundamentados em conceitos teóricos, mas também na vivência dos profissionais e na realidade das unidades assistenciais.

Neste sentido, os instrumentos de coleta de dados devem conter aspectos e itens referentes a uma comunicação eficaz com o paciente, ser prático, claro e não ser muito extenso. É importante que o histórico de coleta de dados da enfermagem seja bem direcionado para o tipo de clientela que é atendida na unidade de saúde, refletindo suas necessidades, demandas e aspectos referentes à especialidade onde ocorre o cuidado de enfermagem. Podem ser construídos de forma direcionada para as respostas humanas, necessidades humanas básicas, domínios e classes da NANDA-I e de acordo com a realidade do cenário de saúde.

Para coletar dados, o enfermeiro necessita de um instrumento que sirva de guia e que reflita a pessoa a ser cuidada e o ambiente onde o cuidado é prestado. Independentemente do tipo de coleta de dados (inicial, focalizada, de emergência ou de acompanhamento), é fundamental que o enfermeiro tenha clareza do modelo teórico que sustenta essa atividade, ou seja, qual *lente* está utilizando para organizar sua coleta de dados e guiar seus julgamentos⁽⁵⁾.

Em síntese, a coleta de dados é uma etapa essencial do PE. A validade, a confiabilidade e a relevância dos dados poderão ser determinantes para a acurácia (precisão) dos diagnósticos de enfermagem e definir o sucesso das etapas diagnóstica, de planejamento, de implementação e de resultados⁽⁵⁾.

Para exemplificar este passo de implantação da primeira etapa do PE (histórico de enfermagem), no final deste capítulo, foi construído um modelo de instrumento de coleta de dados

conforme a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta (Apêndice A).

Passo 6. Estabelecimento inicial das etapas do PE que serão adotadas

Todo processo de mudança ou implantação de um serviço ou rotina deve iniciar pela participação dos membros da equipe de enfermagem para um planejamento efetivo de ações que possam fortalecer as metas e objetivos dos serviços de enfermagem.

As etapas do PE são apresentadas na literatura de forma diferenciada e com termos também diversos, o que pode trazer confusão na determinação das etapas do processo em sua fase de implantação nos serviços de saúde. Assim, é necessário deixar claro os conceitos das etapas do PE (ex: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem) para a equipe de enfermagem.

O processo de implantação deve ser iniciado pela primeira etapa do PE, denominada de histórico de enfermagem (exame físico e entrevista), fundamentado em uma teoria de enfermagem, como foi apontado anteriormente; a segunda etapa é o diagnóstico de enfermagem; a terceira, a prescrição de enfermagem; e a quarta, a evolução de enfermagem. Comumente, essas são as etapas principais que devem ser priorizadas e que são mais executadas na prática assistencial pelos profissionais de enfermagem.

Por outro lado, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 358/2009⁽¹⁾ recomenda que seja implantada as seguintes etapas: coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁽¹⁾.

O diagnóstico de enfermagem é um diagnóstico clínico realizado por enfermeiro que, ao contrário do diagnóstico médico, não cobre a condição médica do paciente, mas a resposta do paciente à condição médica. É caracterizado por sua amplitude, incluindo o bem-estar físico, bem-estar psicossocial, até o bem-estar de sua família e cuidadores. São problemas que o enfermeiro pode cuidar, independente do médico⁽¹²⁾.

Assim, um diagnóstico de enfermagem completo é escrito no formato de problema relacionado à causa, conforme evidenciado por sintomas do problema⁽¹¹⁻¹²⁾. Deve avaliar a presença dos seguintes problemas:

Problemas de saúde potenciais ou reais que exigem intervenção e controle de enfermagem; Riscos para a segurança ou transmissão de infecção; Sinais ou sintomas que necessitam de avaliação de outro profissional da equipe de saúde; Necessidades de aprendizado da pessoa, família e coletividade que devem ser abordadas; Recursos da pessoa, família e coletividade, pontos fortes e uso de comportamentos saudáveis; Estados de saúde que são satisfatórios, mas podem ser melhorados⁽⁵⁾.

Com base na teoria das necessidades básicas humanas, o diagnóstico de enfermagem deve abranger a hierarquia dessas necessidades, assim as necessidades/objetivos fisiológicos básicos devem ser atendidas antes que as necessidades/objetivos mais elevados possam ser alcançados, como a autoestima e a autorrealização. As necessidades fisiológica e de segurança fornecem a base para a implementação dos cuidados e intervenções de enfermagem⁽¹³⁾.

A fase do planejamento assistencial é onde as metas e resultados são formulados para alcançar os objetivos específicos do paciente, cuja obtenção ajuda a garantir um resultado positivo. Os planos de cuidados de enfermagem são essenciais nessa fase de definição de metas e fornecem um curso de direção para cuidados personalizados direcionados às necessidades exclusivas de cada indivíduo⁽¹⁴⁾.

Para Horta⁽³⁾, o plano assistencial é “a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade precisam receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido”⁽³⁾.

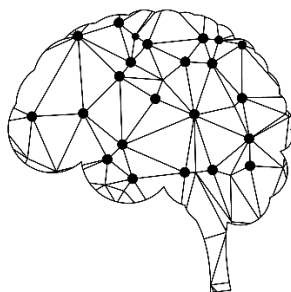
A prescrição é o “roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem e adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente”⁽³⁾. É composta por um roteiro de cuidados básicos de enfermagem relacionados a rotinas específicas que incluem higiene, mobilização, eliminação, alimentação e sinais vitais. Importante ressaltar que, para o roteiro alcançar os objetivos propostos por Horta, o plano de cuidados deve ser individualizado e específico para cada paciente⁽³⁾.

A evolução e prognóstico de enfermagem é a etapa final do PE, vital para um resultado positivo do paciente. Sempre que um profissional de saúde intervém ou implementa cuidados, ele deve reavaliar ou avaliar para garantir que o resultado desejado foi alcançado. A reavaliação pode ser frequentemente necessária, dependendo da condição geral do paciente. O plano de cuidados pode ser adaptado com base em novos dados de avaliação⁽¹³⁾.

A evolução é o registro diário das mudanças sucessivas que ocorrem no paciente sob os cuidados do profissional, enquanto que o prognóstico de enfermagem estima a capacidade do paciente em atender às suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Passo 7. Capacitação da equipe de enfermagem para planejamento das etapas do PE

Figura 3. Representação da capacitação da equipe de enfermagem para implantação do PE



Um dos grandes desafios na implantação do PE de forma eficiente e eficaz se refere à capacitação dos profissionais de enfermagem⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Nesse contexto, os programas de educação continuada para enfermeiros têm impacto significativo sobre os problemas e desafios associados ao PE. A determinação do diagnóstico de enfermagem é um dos principais desafios enfrentados pelos enfermeiros na execução do PE⁽¹⁶⁾.

A educação continuada pode ser definida como um aprendizado contínuo, uma forma de autoaprimoramento e busca de competência pessoal, profissional e social que “surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento”⁽¹⁷⁾.

Outro passo importante para a implantação e implementação do PE nas unidades de saúde é o aperfeiçoamento e treinamento da equipe de enfermagem. Neste sentido, toda e qualquer mudança no processo de trabalho exige educação permanente e continuada dos profissionais para alcançar os resultados, identificar desafios, fragilidades e fortalezas e buscar soluções para alcançar sucesso na organização dessa metodologia assistencial.

A promoção e o desenvolvimento de projetos pedagógicos, como capacitações, constituem-se em uma responsabilidade política das instituições. As capacitações possibilitam a problematização da realidade em que o profissional da saúde está inserido, bem como os grupos de estudos são espaços fundamentais para a produção e desenvolvimento contínuo e permanente de conhecimento pelos profissionais⁽¹⁸⁾.

Por meio de atividades educativas com a equipe de enfermagem, utilizando-se de situações simuladas, pesquisas, discussão de casos clínicos, formação de comissões e grupos de trabalho específicos para trabalhar o tema do PE, como também de palestras e reuniões científicas podem estimular ações que possibilitam a utilização das etapas do método assistencial nas diversas unidades de saúde.

No entanto, para o desenvolvimento de ações em educação permanente nos serviços de saúde, todos os participantes precisam estar sensibilizados e envolvidos no processo de mudança, tanto as instâncias gestoras quanto os profissionais da saúde da instituição⁽¹⁹⁾.

Uma das etapas mais complexas do PE é a fase de formulação dos diagnósticos de enfermagem, segunda etapa do processo. Essa etapa exige o raciocínio clínico para o processo diagnóstico, bem como conhecimento científico para investigar, examinar e tomada de decisão clínica para propor resultados e intervenções de enfermagem ao paciente.

Para a implantação da etapa do diagnóstico de enfermagem, recomenda-se também o estudo e escolha de classificações em enfermagem que possibilitam a utilização dos seus títulos, conceitos, sinais e sintomas, fatores relacionados e fatores de risco, com base nas evidências científicas.

Assim, por meio da educação permanente nas instituições de saúde, o modelo de cuidado adotado deve ser construído coletivamente por toda a equipe de enfermagem, apoiado nos

referenciais de enfermagem e por demais evidências aos quais se aplicam, tais como o biomédico, o epidemiológico de risco, de família, dentre outros, além das classificações de enfermagem, e deve estar refletidos nas etapas do PE⁽⁵⁾.

Dentre as estratégias identificadas que contribuem para a implementação do PE nas instituições hospitalares, destacam-se gestão de pessoas, disponibilidade de materiais, desenvolvimento de ações na ótica da educação permanente, apoio das universidades, informatização dos registros e utilização de protocolos assistenciais⁽¹⁹⁾.

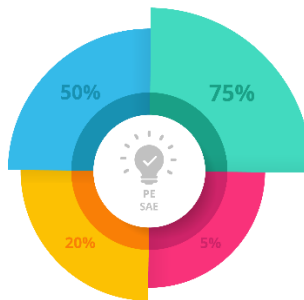
Passo 8. Identificação do perfil da clientela atendida e de acordo com a realidade

O tipo de clientela atendida na unidade de saúde também permite traçar um possível perfil de diagnósticos de enfermagem ou também dos problemas/fenômenos mais prevalentes nos espaços onde ocorre o cuidado que é prestado ao indivíduo. Neste sentido, enfermeiros experientes e especialistas podem elaborar diagnósticos de enfermagem com maior facilidade e direcionar intervenções, uma vez que sua vivência clínica em determinadas especialidades da assistência facilitam a identificação das necessidades que levam aos diagnósticos mais frequentes na clientela atendida.

A identificação de um perfil diagnóstico dos pacientes em um serviço de saúde possibilita direcionar a construção de instrumentos de coleta de dados baseados em teorias de enfermagem para o estabelecimento dos resultados e intervenções de enfermagem da clientela.

Passo 9. Implantação do processo de auditoria assistencial para acompanhamento do PE

Figura 4. Representação do processo de auditoria para a implantação do PE



A auditoria pode ser definida como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os parâmetros predeterminados e se está alcançando os objetivos propostos⁽²⁰⁾.

No contexto dos serviços de saúde, uma auditoria clínica pode identificar atividades que devem ou não ser realizadas em ambientes clínicos, além de melhorar a qualidade da assistência, assim como ajuda os enfermeiros a adquirirem e usarem os conhecimentos, habilidades e métodos necessários para a criação de um ambiente de trabalho produtivo e satisfatório⁽²¹⁾.

A primeira etapa para operacionalizar a auditoria clínica é conhecer os indicadores específicos do domínio. O PE pode ser usado como uma estrutura para o desenvolvimento de indicadores de auditoria⁽²¹⁾. Desta forma, é uma ferramenta que possibilita a identificação de fragilidades da aplicação do método e, posteriormente, de suas correções.

Assim, será elaborada uma lista de verificação com os seguintes domínios: avaliação, diagnóstico de enfermagem e

identificação de resultados, planejamento, implementação e avaliação. A auditoria poderá ser implementada por meio de avaliação documental em prontuários, observação direta dos membros da equipe de enfermagem e entrevista com uma amostra de pacientes.

Os processos de acompanhamento periódico da implantação e implementação das etapas do PE nas unidades de saúde são importantes ferramentas avaliativas para traçar melhorias na execução e implementação do método pelos profissionais envolvidos. Nesta fase, é importante estabelecer um diálogo com a equipe de enfermagem para orientar os objetivos dessa estratégia e sua importância no processo de auditoria e acompanhamento do PE, bem como dos registros das suas etapas e anotações dos cuidados planejados e prescritos pelo enfermeiro e equipe de enfermagem.

Passo 10. Criação de documentação institucional de apoio para a metodologia assistencial

A elaboração de protocolos institucionais, de procedimentos operacionais padrões e rotinas são importantes instrumentos do trabalho da equipe de enfermagem para guiar os procedimentos e intervenções da sua prática profissional, dentro do seu campo de atuação e das suas atribuições legais.

O protocolo de serviço de saúde caracteriza-se como: a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde⁽²²⁾.

A rotina de enfermagem, por sua vez, representa as instruções técnicas para execução de uma tarefa específica de assistência em enfermagem⁽²²⁾.

Por conseguinte, a elaboração de protocolos assistenciais auxilia na organização das ações no processo de trabalho e a sua implantação significa uma decisão estratégica de fortalecimento das práticas e intervenções em saúde. Essa iniciativa liderada pelo enfermeiro representa um esforço institucional que valoriza e impulsiona a utilização do PE pelas equipes de enfermagem⁽²³⁾.

Já o procedimento operacional padrão se refere a uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada e padronizar as intervenções da enfermagem⁽²⁴⁾.

No que se refere especialmente ao PE, os enfermeiros podem construir protocolos e rotinas baseadas em evidências principalmente para os procedimentos de enfermagem que fazem parte da etapa de implementação do cuidado ao paciente. Normas podem ser elaboradas para guiar também as evoluções e anotações de enfermagem da equipe na unidade de saúde.

Passo 11. Seguimento da regulamentação oficial do PE de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem

A profissão de enfermagem é regulada pelo Código de Ética de Enfermagem, onde são apresentados os direitos, deveres e proibições do exercício dos profissionais dessa área. Assim, orienta-se que as resoluções e pareceres dessa autarquia respaldam, de forma ética, as ações e competências da equipe de enfermagem nas unidades de saúde.

Desta forma, ressalta-se a importância da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 358/2009⁽¹⁾, que apresenta e orienta sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do PE nos ambientes públicos e privados de saúde onde os profissionais estão inseridos em suas práticas. Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem - CEPE apresentam princípios fundamentais da Enfermagem para organizar ações e intervenções para o cuidado da pessoa, família e coletividade por meio da aplicação do PE em suas práticas.

Para tanto, essa Resolução orienta que o PE seja implantado e implementado em cinco fases, que são: coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁽¹⁾. No entanto, cada unidade de saúde deve avaliar sua realidade junto a sua equipe para estabelecer quais etapas serão implantadas, considerando o tempo necessário que os profissionais necessitam para aprimoramento técnico e execução do processo.

Recomenda-se que o gerente ou gestor de enfermagem sigam as disposições e orientações desse regulamento, uma vez que tanto enfermeiros como técnicos e auxiliares de enfermagem possuem atribuições específicas e participação em todo o processo que envolve essa metodologia assistencial.

Considerações finais

O PE é parte essencial da sistematização da assistência de enfermagem, privativo do enfermeiro e com a participação da equipe de enfermagem e neste capítulo foi possível descrever alguns passos e estratégias que podem ser adotadas no âmbito de sua gestão para implantação e implementação nas unidades de saúde.

Em síntese, foram apresentados 11 passos ou estratégias, que são: escolha de uma teoria de enfermagem para sustentar o novo modelo assistencial; identificação da visão, filosofia, missão e objetivos da instituição de saúde; seleção de uma unidade-piloto da instituição de saúde para implantação do método; estudo aprofundado das classificações em enfermagem para

padronização e uniformização da linguagem; construção de instrumentos para investigação de dados baseado em suportes teóricos; estabelecimento inicial das etapas do PE que serão adotadas; capacitação da equipe de enfermagem para planejamento das etapas do método; identificação do perfil da clientela atendida e de acordo com a realidade; criação de documentação institucional de apoio para a metodologia assistencial; e seguimento da regulamentação oficial do PE de acordo com o Cofen.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen/DF; 2009 [acesso em 28 ago 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
2. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: UNESP, São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. ISBN 978-85-7983-009-9.
3. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
4. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? Rev. Latino-Am. Enfermagem 2009;17(3):302-7doi: 10.1590/S0104-11692009000300004
5. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQM, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015. 113 p.

6. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Rev. esc. enferm. USP* 2009;43(1):54-64. doi: 10.1590/S0080-62342009000100007
7. Cecilio LCO. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(4):973-83. doi: 10.1590/S0102-311X2000000400016
8. Cunha KDC. Filosofia do serviço de enfermagem. In: Kurcgant P, editor. *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. cap. 2, p. 15-21. ISBN 8512124709.
9. Silva RR, Malucelli A, Cubas MR. Classificações de enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. *Rev. Bras. Enferm.* 2008;61(6):835-40. doi: 10.1590/S0034-71672008000600007
10. Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):167-75. doi: 10.1590/S1983-14472011000100022
11. Oliveira NB, Peres HHC. Qualidade da documentação do processo de enfermagem em sistemas de apoio à decisão clínica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3426. doi: 10.1590/1518-8345.4510.3426
12. Bezerra MLR, Ribeiro PRS, Sousa AA, Costa AIS, Batista TS. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev. Ciênc. Ext.* 2012; 8(1):60-81.
13. Camacho ACLF, Joaquim FL. Reflexões à luz de Wanda Horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(Supl. 12):5432-8. doi: 10.5205/1981-8963-v11i12a23292p5432-5438-2017

14. Nunes RM, Nunes MR, Izanilde Amorim de Assunção IA, Lages LS. Sistematização da assistência de enfermagem e os desafios para sua implantação na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. Rev. UNINGÁ. 2019 [acesso em 23 ago 2019];56:(S2):80-93.. ISSN 2318-0579. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2179>
15. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. Rev Bras Enferm. 2013 [acesso em 11 jun 2018];66(2):167-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>
16. Iva EGC, Oliveira VC, Neves BC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(6):1380-6. doi: 10.1590/S0080-62342011000600015
17. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev. Esc. Enferm. USP 2007;41(3):478-84. doi: 10.1590/S0080-62342007000300019
18. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 27-47.
19. Trindade L, Ferreira A, Silveira A, Rocha E. Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. Saúde (Santa Maria) 2016;42(1):75-82. doi: 10.5902/2236583419805
20. Dias TCL, Santos JLG, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Enferm. 2011;64(5):931-7. ISSN 1984-0446. doi: 10.1590/S0034-71672011000500020

21. Kurcgant P. Auditoria em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 1976;29(3):106-24. ISSN 1984-0446. doi: 10.1590/0034-716719760003000017

22. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015 [acesso em 24 ago. 2021]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>

23. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no hospital de clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA. 2007 [acesso em 25 ago 2022];27(2):61-4. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164480/000790397.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFB, Moura AA, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. Rev. Bras. Enferm. 2018;71(1):126-34. ISSN 1984-0446. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0621

Teorias em todas as etapas do Processo de Enfermagem: da coleta de dados à avaliação

Yasmin Ariadiny Lopes Lacerda¹⁶

ORCID: 0000-0002-1405-1904

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Karine Marques Costa dos Reis¹⁷

ORCID: 0000-0002-2025-7247

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Renes Shinaider do Nascimento Amaral¹⁸

ORCID: 0000-0002-4383-2742

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Virgílio Luiz Marques de Macedo¹⁹

ORCID: 0000-0002-0908-5392

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

¹⁶ Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Pós graduanda em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família (UniAmérica). Pesquisadora em saúde menstrual e saúde LGBTQIA+.

¹⁷ Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

¹⁸ Bacharel em enfermagem pela Faculdade Alvorada, especialista em Estratégia Saúde da Família pela Universidade de Brasília (UNB), enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Preceptor e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz-Brasília).

¹⁹ Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Membro da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Mestrando em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UNB). Enfermeiro de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Descritores: Teorias de enfermagem, Cuidados de enfermagem.

Resumo:

A inter-relação entre teoria e prática é imperativa. A história da enfermagem, no entanto, que foi caracterizada por uma profissão na sua origem, essencialmente tecnicista, até hoje impede o seu desenvolvimento quanto à unicidade e autonomia diante da equipe de saúde. As teorias de enfermagem, portanto, têm o objetivo de nortear a prática do cuidado, permeando todo o Processo de Enfermagem. Assim, neste capítulo, discorrer-se-á sobre a importância da teoria para a prática assistencial, como os obstáculos presentes na incorporação do cuidado, além de trazer uma breve síntese sobre o Processo de Enfermagem descrito pela Resolução nº 358/2009.

Introdução

A enfermagem, assim como qualquer outra área do conhecimento, exige uma linguagem para sistematizar suas ações, baseada em conhecimentos científicos. Dessa forma, as teorias de enfermagem, responsáveis por descrever os conceitos utilizados nas práticas assistenciais, são imprescindíveis no processo de sistematização da assistência nos serviços de saúde⁽¹⁾.

A implementação de uma teoria possibilita melhor desenvolvimento do raciocínio científico e propõe um olhar mais organizado e humanizado sobre as ações do enfermeiro. Além disso, as teorias integram os diversos saberes que auxiliam na produção de pesquisas. A união da assistência junto à pesquisa proporciona um cuidado em saúde integrado à resolução de problemas de forma eficaz⁽²⁾.

O processo que hoje é utilizado para regulamentar as ações de enfermagem foi baseado no modelo conceitual de Wanda Aguiar Horta, que permite observar a individualidade de cada paciente, baseado em suas necessidades. Associado a essa influência, em 2009, instituiu-se, a partir da Resolução nº 358/2009 sancionada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a obrigatoriedade de todo enfermeiro, em qualquer esfera do cuidado, realizar o Processo de Enfermagem. Nessa Resolução, há a organização do Processo de Enfermagem em cinco etapas: coleta de dados (ou histórico de enfermagem), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Cabe ao profissional enfermeiro, portanto, basear-se nas teorias para planejar o cuidado mais adequado para o seu paciente, buscando uma assistência mais efetiva a partir do Processo de Enfermagem. A escolha da teoria deverá estar associada ao propósito do trabalho executado, procurando interligar ao objetivo do serviço e à implementação do Processo de Enfermagem.

Teorias de Enfermagem nas cinco etapas do Processo de Enfermagem alicerçando o cuidado

As teorias de enfermagem são conhecimentos estéticos com a finalidade de melhoria da prática. Teoria e prática encontram-se juntas, onde a primeira descreve, explica, prevê e prescreve a segunda. Já a prática valida e questiona a teoria, na procura das melhores respostas ao indivíduo, família e comunidade⁽³⁾.

Essa inter-relação entre teoria, prática e pesquisa, no entanto, encontra-se frágil. A história do conhecimento da enfermagem permeou a técnica e a prática preliminarmente, não organizando um conhecimento único e exclusivo da profissão. Somente no início do século XIX, com Nightingale, e

posteriormente, já no século XX, as teorias ganharam destaque no cuidado, no sentido de nortear a prática profissional⁽⁴⁾.

Assim, as teorias trazem aos profissionais enfermeiros uma perspectiva da realidade, permitindo entender e visualizar o processo saúde-doença do indivíduo em determinado contexto e, posteriormente, organizar o cuidado diário, e também empoderam o profissional enfermeiro quanto à sua atuação. Essa importância está demonstrada na Figura 1, onde se descreve a importância da teoria para a prática⁽³⁾.

Em frente a essa necessidade, o enfermeiro deve conhecer diferentes perspectivas de cuidado e eleger o modelo a ser seguido. Variáveis, como filosofia do serviço, crenças e valores do profissional e necessidades dos clientes, nortearão essa escolha, no sentido de orientar as intervenções/ações do enfermeiro que terá compreensão mais adequada do processo saúde-doença. Diante dessa importância, debate-se a dificuldade de implementar e recorrer ao uso da teoria para explicar e nortear o processo de trabalho.

Para entender o uso da teoria na prática e seus obstáculos, deve-se partir da compreensão de que há diferentes magnitudes de teorias. Inicialmente, surgiram as filosofias de enfermagem, as quais só descrevem a realidade, sem propósito de relacionar seus conceitos fundamentais nem explicar. Já as teorias de grande porte são explicativas, apresentando as proposições e pressupostos. Teorias como as de médio alcance, que preveem os resultados esperados, e teorias práticas prescrevem o cuidado e são consideradas de maior praticidade diante da sua concretude⁽⁴⁾.

O fato é que a maioria das teorias existentes atualmente são teorias de grande porte, que visam explicar a realidade. Essas são mais abstratas e não preveem ou prescrevem cuidados. Esse fato corrobora com o esforço e obstáculos para a aplicabilidade da teoria no dia a dia do enfermeiro durante o cuidado⁽⁵⁻⁶⁾.

Para exemplificar a importância da teoria e como ela pode ter maior palpabilidade no cuidado, cita-se o contexto dos cuidados paliativos, onde o indivíduo está em processo de finitude da vida e sem possibilidade de reverter a doença com tratamento curativo. Nesse caso, o uso de uma teoria que tem como princípio básico o conforto e considera saúde o alívio, tranquilidade e transcendência dos domínios físico, psíquico, social e espiritual tem maior pertinência que teorias intervencionistas. Nesse caso, refere-se à teoria de conforto de Katherine Kolcaba, proposta neste milênio. Essa é uma teoria de médio alcance que prevê os resultados esperados pela intervenção do enfermeiro, além de possibilitar o experimento.

Outra circunstância de cuidado, que pode elucidar a importância da teoria, é na atenção primária, onde é realizado as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. O fato é que o princípio básico do cuidado nessa esfera é a autonomia e o empoderamento do sujeito. Assim, torna-se indispensável o estabelecimento de metas, a qual deve ser constituída entre profissional, paciente e família a fim de que os resultados esperados possam ser atingidos. Diante dessa conjuntura, Imogene King, a partir da Teoria de Alcance de Metas, trouxe metaparadigmas, nos quais o profissional de enfermagem deve reconhecer o homem como único, social e capaz de definir com autonomia e através de um cuidado centrado na pessoa o que é mais importante para o sujeito do cuidado como também quais as soluções individuais para atingir suas próprias metas.

Diante dessa premissa, a organização do cuidado, que atualmente está atrelada à Sistematização da Assistência de Enfermagem e, mais especificamente, ao Processo de Enfermagem, deve ter como ponto de partida a escolha de uma teoria para o embasamento do cuidado. Deve-se considerar, no entanto, que o Processo de Enfermagem é constituído por cinco fases, bem descritas na Resolução do Cofen e também na

academia, e que todas as fases devem estar alicerçadas em um teórico⁽⁷⁾.

O uso da teoria nas diferentes fases do Processo de Enfermagem

Durante a coleta de dados de enfermagem, busca-se obter informações do entrevistado procurando por respostas a respeito do seu processo saúde-doença-cuidado. O fato é que a aplicação de um modelo (teórico) pode destacar a assistência de enfermagem. Assim, o instrumento de coleta de dados deve corroborar com a teoria, no que se refere ao indivíduo, ambiente e saúde.

Para exemplificar, a partir da Teoria do Alcance de Metas, espera-se que a coleta de dados inclua valores, crenças, expectativas do indivíduo e sua família. Já na teoria de conforto, é indispensável entender quais sintomas ou sinais são menos confortáveis e fatores predisponentes. Itens como religiosidade e espiritualidade tornar-se-ão indispensáveis, já que a identificação do sagrado para o indivíduo permitirá a transcendência.

É indispensável citar que ambas as teorias exemplificadas são de médio alcance (TMA). A escolha baseou-se na simplicidade e clareza de ambas, onde sua estrutura teórica conecta grandes teorias com a prática de enfermagem.

Além de TMA, filosofias de enfermagem também podem ancorar esse processo. Basear-se na Teoria Ambientalista de Florence, que busca compreender a influência do ambiente no processo de adoecimento do paciente, torna condição *sine qua non* a avaliação do ambiente e sua influência no processo. Além disso, é nesse momento que o enfermeiro faz a análise social e situacional do paciente, direcionando suas perguntas às queixas e necessidades do paciente.

Já no diagnóstico de enfermagem, segunda fase do processo, além de entender o conceito de saúde para a teorista selecionada, exige do profissional o raciocínio clínico a partir dos dados coletados, experiência clínica e capacidade cognitiva. Assim, far-se-á um julgamento das respostas humanas apresentadas pelo paciente. Para a tomada de decisão, é necessária a interpretação dos dados coletados e priorização do que é mais urgente⁽⁸⁾. Nesse sentido, torna-se indispensável basear-se em uma teoria, tornando o diagnóstico uma construção mais coerente com as demandas do paciente e dinâmico para a equipe.

Partindo para a etapa do planejamento de enfermagem, será discutida a influência da teoria nas etapas que envolvem os resultados esperados e implementação. Seguindo a priorização dos diagnósticos na etapa anterior, o enfermeiro utilizará novas taxonomias, entre elas, a taxonomia NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem), que apresenta os resultados e indicadores para avaliação do profissional, além da taxonomia NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem), que guiará as intervenções e ações para a prescrição de enfermagem. A teoria, portanto, seguirá subsidiando o cuidado, por exemplo, a partir da teoria de conforto, será intolerável procedimentos invasivos e desconfortantes, pois vão no caminho contrário da teoria, bem como na teoria de alcance de metas desenvolver ações que vão de encontro com valores e crenças dos indivíduos⁽⁹⁾.

Finalmente, durante a etapa de implementação, o enfermeiro colocará na prática o que fora prescrito, realizando as ações necessárias para cada caso, que podem se dividir em direta, ocorrendo com a presença do paciente, e indireta, realizadas sem a presença do paciente⁽¹⁰⁾. Interligando a esse processo, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger traz para o profissional que o cuidado deve buscar a autonomia e a liberdade, duas dimensões que devem ser consideradas na hora

da implementação do cuidado de enfermagem, norteando mais uma vez toda a implementação das atividades.

A última fase, nomeada de avaliação, exige verificar quais mudanças ocorreram no estado de saúde do paciente e quais os resultados esperados que foram alcançados ou não. Faz-se necessário que o enfermeiro registre, descrevendo todo o cuidado prestado, os diagnósticos e prescrições.

A avaliação pode ser de estrutura, de processo ou de resultado. A avaliação de estrutura refere-se aos recursos materiais humanos e financeiros, que garantem um mínimo de qualidade à assistência. A de processo inclui o julgamento do cuidado prestado pela equipe e, a de resultado refere-se à satisfação da pessoa durante e após o cuidado; busca-se verificar a mudança no comportamento e no estado de saúde da pessoa a partir da assistência prestada⁽¹⁰⁾.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson reflete o trabalho técnico-científico da equipe de enfermagem, e como todo o processo, além de apresentar essas características, visa à humanização e às modificações do estado de saúde, foco da avaliação após todas as etapas. Essa teoria mostra, mais uma vez, que é possível fazer uso de uma teoria para a estruturação de todas as etapas do Processo de Enfermagem.

Dificuldade da teoria transpor a prática

As teorias ainda têm pouca aplicabilidade na prática assistencial da enfermagem⁽¹⁾. Alguns obstáculos encontrados envolvem a forma diversa de se utilizá-las sem padronização e a aplicação de forma superficial. Há queixas, também, do ensino insuficiente durante o período de formação dos profissionais, apesar da importância desse conhecimento tanto para as produções científicas quanto para a prática assistencial⁽¹¹⁾.

O fato é que os discentes possuem contato com as teorias no início da graduação e de forma pontual. Isso dificulta, ainda mais, o entendimento dessa relação entre o conhecimento estético (teorias) com a prática. Assim, a aplicabilidade fica comprometida. Estudos ainda mostram que a disciplina relacionada a Teorias de Enfermagem possuem poucos especialistas, refletindo desinteresse pela área e consequente pouco envolvimento reflexivo de suas ações⁽¹²⁾.

Segundo Souza⁽¹³⁾, ainda há impasses que dificultam o trabalho da nossa profissão, como a necessidade de especificidade na aplicação do conhecimento; no entanto, isso não impede a fundamentação do cuidado. Além disso, o profissional deve utilizar os conceitos e subsídios propostos pelas teorias, pois a utilização é a forma mais eficaz de entendimento e resolução da problemática.

É a procura de desenvolver mais suas proposições, de elaborar atividades assistenciais neles baseadas, de selecionar aspectos a serem observados para a identificação de conceitos, de aplicá-los como roteiros gerais para o conteúdo curricular e atividades de ensino e aprendizagem⁽¹³⁾.

As Teorias de Médio Alcance (TMA) podem ser as mais utilizadas na aplicação do Processo de Enfermagem devido a seu caráter objetivo e simplificado, porém, isso não exclui recorrer a qualquer teoria em alguma das etapas, como foi exemplificado. O importante é buscar maneiras de prestar assistência, objetivando refletir de maneira crítica e científica sobre a qualidade do cuidado prestado.

Conclusão

Utilizar as teorias na prática clínica ainda é um obstáculo para a enfermagem apesar do seu potencial de inovação. O conteúdo deve ser abrangente e elaborado durante o processo de formação. Os conceitos devem ser usufruídos no decorrer das

etapas do PE, procurando as relações entre ser humano, ambiente e saúde. O enfermeiro possui subsídios teórico-científicos para a implementação de uma assistência de qualidade e embasada, assim, cabe a procura pelo raciocínio crítico em cima das necessidades dos pacientes e a melhor teoria para se utilizar durante a assistência.

Este capítulo, portanto, reforça que independente da unidade de cuidado, tanto na atenção hospitalar, quanto na atenção primária, o uso das teorias fornece autonomia no cuidado, estruturação de processos e eficiência na aplicação das intervenções. Assim, é possível adequar as teorias às cinco fases do Processo de Enfermagem, de acordo com os objetivos que devem ser alcançados. O uso, por conseguinte, trará benefícios não só para o profissional e sua equipe, mas para o paciente e todos aqueles que estão envolvidos em seu processo saúde-doença.

Referências

1. Moreira LAB, Dias DS, Fernandes PKRS. Aplicabilidade das teorias de Enfermagem. Arte e conhecimento. XIII Semana Acadêmica. Conexão Fametro; 2017. ISSN: 2357-8645
2. Bolsso RS. Conceitos e Teorias de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):144-148. doi: 10.1590/S0080-623420140000100018
3. McEwen M, Wills EM. Theories from the sociologic sciences. Theoretical basis for nursing. 4th. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 278-304.
4. Dias LP, Dias MP. Florence Nightingale e a História da Enfermagem. Hist enferm Rev eletrônica. 2019;10(2):47-63.
5. Neves EP, Trentini M. A questão da aplicação de teorias/Marcos conceituais na Enfermagem: relato de

experiência na UFSC. Rev. esc. enferm. USP. 1988;22(spe):53-61. doi: <https://doi.org/10.1590/0080-62341988022ESP00053>

6. Smriti A. Integration of Nursing Theories in Practice. Int J Nurs Sci Pract Res [Internet]. 2015 [acesso em 7 set 2021];1(1):8-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283319003_Integration_of_Nursing_Theories_in_Practice

7. Barros ALBL, Hirano GSB. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Conference Paper; 2017. doi: 10.17648/enipe-2017-85605

8. Silva J, Silva JJ, Gonzaga MFN. Etapas do processo de enfermagem. Saúde Foco, 2017;9:594-603.

9. Barbosa SVM, Silva JVS. Utilização de teorias de Enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. 2018;7(1):260-271. doi: 10.18554/reas.v7i1.2517

10. Conselho Regional de Enfermagem (São Paulo). Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: Coren/SP; 2015.

11. Alves HLC, Lima GS, Albuquerque GA, Gomes EB, Cavalcante EGR, Viana MCA. Uso das teorias de Enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. Universidade Regional do Cariri. Cogitare enferm. 2021, v26:e71743 [dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743](https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743).

12. Matos JC, Luz GS, Marcolino JS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem no estado do Paraná - Brasil. Acta paul enferm 2011;24(1):23-28. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100003>

13. Souza MF. Aplicabilidade das teorias de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP. 1988;22(nº esp.):62-67.

**PROCESSO DE ENFERMAGEM –
TECNOLOGIAS PARA O ENSINO
E APRENDIZAGEM**

Ensino das Teorias de Enfermagem através de Jogos

Kátia Rodrigues Menezes²⁰

ORCID: 0000-0002-8175-9603

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Huara Paiva Castelo-Branco²¹

ORCID: 0000-0003-4076-1317

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)

²⁰ Enfermeira, graduada pela Universidade de Brasília e Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, foi docente e gerente de avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem da ESCS.

²¹ Enfermeira, graduada pela Universidade Católica de Brasília e Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, é docente do Curso de Graduação em Enfermagem da ESCS.

Resumo:

O ensino das Teorias de Enfermagem é desvalorizado em detrimento a disciplinas biológicas e clínicas. Para que o ensino dessa temática seja significativo, e conseqüentemente valorizado, sugere-se a utilização de metodologias ativas. Tais metodologias tornam o estudante o protagonista do seu aprendizado e uma das estratégias para concretizar essa premissa é a aplicação de jogos no ensino. Como resultados dessa estratégia, são citados o aumento da motivação do estudante e a melhoria da aprendizagem. Este capítulo apresenta exemplos concretos da utilização de jogos no ensino das Teorias de Enfermagem.

Descritores: Jogos; Ensino Superior; Teoria de Enfermagem; Educação em Enfermagem

Introdução

Desde a década de 1960, as Teorias de Enfermagem vêm sendo discutidas a fim de construir conhecimentos específicos da enfermagem que, até então, estava muito vinculada a outras ciências⁽¹⁾. Cada teoria, com seus metaparadigmas, subsidia a organização do cuidado e representa maneiras diferenciadas de ver a enfermagem e os fenômenos a ela atrelados⁽²⁾.

As Teorias de Enfermagem buscam, de forma coerente e sistemática, explicar e relacionar os fenômenos do cuidado, a fim de prever conseqüências ou prescrever o cuidado de enfermagem, refletindo, assim, os interesses da comunidade científica e da sociedade⁽³⁾. Embasar o planejamento da assistência de enfermagem em um modelo conceitual, o qual reflete as bases epistemológicas e descritivas do cuidado, conduzem a uma práxis com mais autonomia e confere identidade profissional ao enfermeiro. Dado que a consolidação

do saber próprio da profissão reflete-se na aplicação do processo de enfermagem.

Como arcabouço teórico que confere sustentação científica para a enfermagem⁽⁴⁾, as teorias fazem parte dos conteúdos ministrados nos cursos de graduação em enfermagem. Ao serem incorporadas ao currículo, “favorecem o desenvolvimento de uma educação crítica, que abarca as questões relacionadas à integralidade”⁽⁵⁾. Além disso, contribuem para incrementar o conhecimento e prática baseada em evidências da profissão⁽⁶⁾.

Apesar de sua importância para subsidiar o cuidado, o seu ensino é, por vezes, desarticulado com a prática e fragmentado⁽⁷⁾. Tal desarticulação reflete em um distanciamento na formação na prática do enfermeiro, em relação à forma como as Teorias de Enfermagem são aplicáveis e podem contribuir para a sua construção do conhecimento⁽³⁾.

Na academia, o ensino de assuntos biológicos se sobrepõe ao ensino das questões filosóficas e teóricas da enfermagem, mas deve-se ponderar que tais questões elevam o conhecimento que é próprio da profissão enquanto ciência^(6,8). Essa desvalorização pode acarretar prejuízos para sua aplicação entre os profissionais após seu período de formação. Ademais, pode fomentar que o cuidado seja prestado apenas de forma mecânica diante da valorização de outras ciências em detrimento dos conhecimentos teóricos e filosóficos que contribuem para o pensamento crítico e reflexivo.

Para o cuidado dos usuários de sistemas de saúde complexos, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a prática fundamentada nas Teorias de Enfermagem é capaz de trazer benefícios diante de sua capacidade de produzir consistentes explicações, descrições, visões de mundo, predições e prescrições. Isso se dá pelo fato de incorporarem ao fazer do enfermeiro conhecimentos próprios e orientarem o

entendimento multifacetado de sua natureza para além do recorte puramente técnico⁽⁹⁾.

Existe uma lacuna de produções sobre o ensino das Teorias de Enfermagem e sua aplicabilidade, sendo importante valorizar tal ensino como maneira de favorecer o exercício profissional⁽¹⁰⁾. Preenchê-la é importante, pois as teorias, ao trazerem os conhecimentos específicos da enfermagem, dão notoriedade à profissão ao mesmo tempo em que a diferenciam de outras categorias⁽¹¹⁾.

Em um mundo onde as estratégias pedagógicas têm sido reinventadas, o processo de ensino e aprendizagem deve contar com ferramentas que permitam o desenvolvimento curricular de maneira criativa e que estabeleçam relação significativa entre o estudante e os conteúdos. Este capítulo apresenta algumas estratégias ativas para o desenvolvimento da temática de Teorias de Enfermagem em sala de aula e faz apontamentos sobre a aplicação de jogos no ensino.

As metodologias ativas como estratégias inovadoras

Diante do exposto, há uma necessidade premente de repensar não apenas a importância dada às Teorias de Enfermagem pelas instituições em seus currículos, mas também a forma como elas são ministradas em sala de aula.

Ao longo dos últimos anos, o ensino de enfermagem vem sofrendo mudanças na intenção de formar profissionais capazes de responder às demandas da sociedade com olhar e atitudes que transcendem a técnica⁽¹²⁾. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Enfermagem de 2018 têm como pressupostos a formação de profissionais capazes de pensar criticamente, embasados em princípios da ética/bioética, e direcionados a contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS⁽¹³⁾. Faz-se, então, necessária a implementação

de mudanças de paradigma do ensino, fundamentada no processo ensino-aprendizagem que potencializem a proatividade do estudante, favoreça o desenvolvimento de autonomia profissional e privilegie o atendimento das necessidades de saúde da população⁽¹⁴⁾.

Tais mudanças incluem a revisão dos papéis exercidos pelos atores do processo de ensino e aprendizagem no sentido de tornar os estudantes mais autônomos e protagonistas de seu aprendizado, cabendo aos docentes a função de facilitador da construção do conhecimento, aplicando os princípios da andragogia⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, as metodologias ativas têm ganhando espaço, pois, além de romper o tradicionalismo a partir de novas perspectivas de ensinar e aprender, envolve estudantes e docentes de várias maneiras no processo de ensino e aprendizagem, afinal, quanto maior o envolvimento do estudante no conteúdo discutido, maior será sua capacidade de compreensão. Ao participar ativamente do processo, o aprendiz adquire maior capacidade de memorizar, pois o cérebro atua de maneira mais dinâmica. Além disso, a relação entre o conhecimento abstrato e sua aplicação ao mundo real promove a interação entre teoria e prática⁽¹⁴⁾.

Entre as estratégias ligadas às metodologias ativas está a utilização de ferramentas lúdicas que, enquanto mediadoras do desenvolvimento humano, têm sido estudadas há longa data por diversos autores. Na área do ensino, o lúdico é considerado uma forma de aproximar o estudante ao conteúdo a ser ministrado, promovendo uma aprendizagem mediada onde se reconstrói o conhecimento de maneira que o conteúdo ganha significado e a participação é estimulada⁽¹⁶⁾. Ademais, esse recurso didático conduz a múltiplas aprendizagens posto que privilegia o prazer de aprender, proporcionando o contato com a sensibilidade e estímulo à criatividade⁽¹³⁾.

A ludicidade e os jogos para o ensino de Teorias de Enfermagem

Dentre as várias estratégias lúdicas que contribuem para o processo de ensino e aprendizagem estão os jogos, os quais fazem parte do cotidiano do ser humano há muito tempo. Enquanto mediadores do desenvolvimento, foram estudados por diversos teóricos, tais como Vygotsky e Piaget. Ambos postulam que essa estratégia estimula o desenvolvimento humano de forma a serem fundamentais tanto para a socialização quanto para os aspectos morais e cognitivos⁽¹⁷⁾.

Para Piaget, os jogos devem ser selecionados de acordo com o estágio pelo qual a criança está passando, pois, em cada estágio, a criança adquire novas habilidades e usa recursos diferenciados, formando novos esquemas mentais⁽¹⁷⁾. Na teoria de Vygotsky, o jogo aparece ligado ao desenvolvimento pelo uso da imaginação, imitação e regras e é nesse meio de descobrimento e interação que haverá desenvolvimento de habilidades. Ainda segundo esse autor, permite também uma aprendizagem significativa e descontraída por haver afeto entre a criança e o aprendizado durante o jogo⁽¹⁷⁾.

Embora muitas pesquisas versem sobre sua aplicação nas séries iniciais, os jogos podem ser eficazes na educação de pessoas de diversas idades e disciplinas⁽¹⁸⁾. Não há um conceito unânime de jogo na literatura, mas sabe-se que há características comuns entre eles, como a existência de regras, um objetivo a ser alcançado, além de que a participação é voluntária e é preciso que o jogador saiba seu desempenho ao final da partida, o que é também chamado de sistema de *feedback*⁽¹⁸⁾.

Os jogos podem ser utilizados como recreação ou como recursos educativos. Mesmo que não tenham sido criados para funções educativas, podem ser adaptados e, por incitarem os jogadores/estudantes a serem protagonistas, representam uma expressão das metodologias ativas⁽¹⁸⁾. Os jogos educativos

objetivam promover a aprendizagem na medida em que fornecem estímulos para que o estudante a desenvolva de maneira significativa⁽¹⁹⁾.

O estímulo à participação dos estudantes é realizado pelo professor e pelo próprio jogo. Neste sentido, o professor deixa de ser aquele que transmite conteúdo para ser aquele que fomenta o aprender e a motivação^(16,18). Resultante da utilização de jogos, a motivação potencializa o engajamento e o maior comprometimento com o próprio aprendizado⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Embora não haja muitas pesquisas que avaliem a eficácia do jogo na aprendizagem com testes estatísticos específicos, estudo bibliográfico anterior⁽¹⁶⁾ refere uma série de artigos onde essa estratégia foi utilizada para discutir temáticas relacionadas à saúde a populações de diversas idades. Os resultados apontaram a eficácia dos jogos para o reforço e a apreensão de conteúdos, promoção da interação social, entre outros.

Aplicando os jogos no ensino das Teorias de Enfermagem

Considerando as vantagens da utilização de jogos enquanto estratégias de educação, várias são as possibilidades de adaptação para o ensino das Teorias de Enfermagem. A seguir, são apresentados alguns exemplos que podem ser utilizados, todos relacionando pressupostos dessas Teorias às respectivas teorias. Atualmente, há sites que geram gratuitamente alguns jogos a partir de informações que são alimentadas pelo elaborador das questões. Entretanto, quando há dificuldades em manejar as ferramentas online, os jogos podem ser elaborados em programas como Excel®, Power Point® e Word®.

O primeiro exemplo concreto aqui apresentado é uma cruzadinha ou palavras cruzadas, cuja característica geral é ser um desafio individual. Elaborada pelas autoras, a partir de um site de domínio público gerador de cruzadinhas

(www.educolorir.com), a estratégia consiste em colocar frases que caracterizam os pressupostos dos modelos conceituais de enfermagem e as características que os diferencia, e o estudante deve preencher as lacunas com os respectivos nomes das teorias, como mostra a Figura 1.

Teoristas de Enfermagem

Horizontais

3 Para esta teórica a enfermagem é "um processo interpessoal significativo, terapêutico"

5 Ela é responsável pela Teoria de Obtenção de Metas

8 Em sua teoria, propõe 7 pressupostos sobre a ciência do cuidado e 10 fatores de cuidados primários

9 Para ela, a ação de autocuidado é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado

10 Segundo ela, há 14 componentes do cuidado básico de enfermagem

11 Implantou o modelo de adaptação que leva seu nome e conceitua a pessoa numa perspectiva holística

Verticais

1 Para ela a enfermagem atua sobre 21 problemas que enfocam as necessidades dos pacientes

2 Em sua teoria, ela discute a adaptação, a conservação e a integridade

4 Denominou a sua teoria de diversidade e universalidade do cuidado cultural

6 Ela implantou os princípios da homeodinâmica

7 Seu principal enfoque era o controle do ambiente dos indivíduos e das famílias

www.educolorir.com

Figura 1 – Cruzadinha sobre as Teorias de Enfermagem

Uma alternativa à cruzadinha é o caça-palavras, que consiste em encontrar termos ou expressões entre um emaranhado de letras. Pode ser usado apenas como recreação ou conter informações norteadoras para que o jogador saiba qual palavra buscar. A Figura 2 apresenta uma versão para esse jogo criada pelas autoras a partir de um site de domínio público (geniol.com.br/caca-palavras). A ferramenta permite que o autor escreva uma lista de palavras, as quais serão utilizadas pelo site para gerar caça-palavras personalizado em nível de dificuldade.

Teoristas de Enfermagem

As palavras deste caça palavras estão escondidas na horizontal, vertical e diagonal, sem palavras ao contrário.

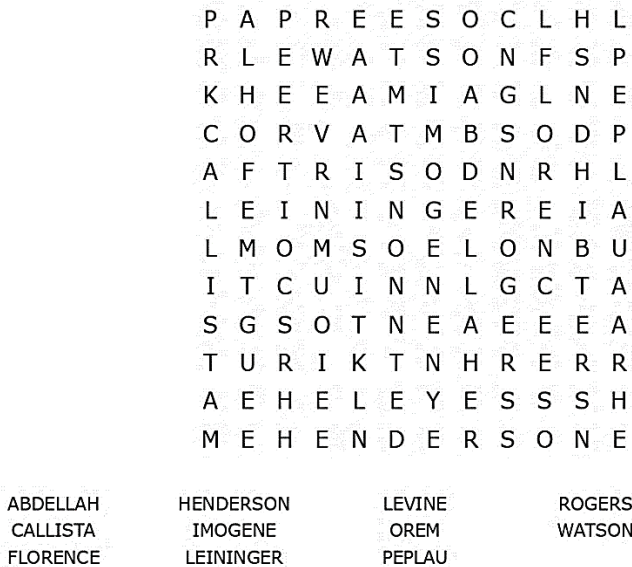


Figura 2 – Caça-palavras sobre teóricos de enfermagem

Como o intuito da estratégia é fazer com que o estudante associe o teórico de enfermagem e o tema central da teoria que desenvolveu, a Figura 3 expressa uma adaptação a partir do modelo gerado no referido site com um grau de dificuldade

maior. Já a Figura 4 apresenta as respostas esperadas à estratégia proposta nas figuras anteriores.

Teoristas de Enfermagem

Encontre os nomes das teóricas de enfermagem neste caça-palavras a partir de informações sobre elas e suas teorias:

P A P R E E S O C L H L
R L E W A T S O N F S P
K H E E A M I A G L N E
C O R V A T M B S O D P
A F T R I S O D N R H L
L E I N I N G E R E I A
L M O M S O E L O N B U
I T C U I N N L G C T A
S G S O T N E A E E E A
T U R I K T N H R E R R
A E H E L E Y E S S S H
M E H E N D E R S O N E

1. Para ela a enfermagem atua sobre 21 problemas que enfocam as necessidades físicas, biológicas e sócio-psicológicas
2. Em sua teoria, ela discute a adaptação, a conservação e a integridade
3. Denominou a sua teoria de diversidade e universalidade do cuidado cultural
4. Ela implantou os princípios da homeodinâmica
5. Seu principal enfoque era o controle do ambiente dos indivíduos e das famílias
6. Para esta teórica a enfermagem é “um processo interpessoal significativo, terapêutico”
7. Ela é responsável pela Teoria da Obtenção de Metas
8. Em sua teoria, propõe 7 pressupostos sobre a ciência do cuidado e 10 fatores de cuidados primários
9. Para ela, a ação do autocuidado é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado
10. Segundo ela, há 14 componentes do cuidado básico de enfermagem
11. Implantou o modelo de adaptação que leva seu nome e conceitua a pessoa numa perspectiva holística

Figura 3 – Caça-palavras sobre as teóricas de enfermagem com um grau de dificuldade maior

	L	W	A	T	S	O	N	F	P
		E			I	A	L	E	
C		V			M	B	O	P	
A			I		O	D	R	L	
L	E	I	N	I	N	G	E	R	E
L					E	L	O	N	U
I					N	L	G	C	
S		O			E	A	E	E	
T	R				H	R			
A	E						S		
M	H	E	N	D	E	R	S	O	N

Figura 4 – Gabarito do jogo de caça-palavras apresentado nas Figuras 2 e 3.

Fonte: geniol.com.br/caca-palavras

Como opção de desafio coletivo e aprendizado em grupo, este capítulo sugere a adaptação do jogo Tapa Certo®. Segundo informações do site da empresa fabricante Estrela® (<https://www.estrela.com.br/tapa-certo-estrela/p>), o jogo é composto por 3 varetas de plástico, 45 cartas redondas e 45 cartas quadradas. Sua regra consiste basicamente em apresentar as cartas quadradas aos participantes, que deverão identificar nas cartas redondas a mesma imagem e, com a vareta que simula uma mão e contém uma ventosa, bater na carta redonda correspondente e agarrá-la. Ganha o jogador que pegar mais cartas redondas em menor tempo.

A adaptação pelas autoras foi nomeada de “Jogo das Teoristas”. Em vez de imagens, nas cartas quadradas constam informações sobre as Teorias de Enfermagem, e nas redondas, a imagem da teorista e seu nome. O mediador lê para o grupo as frases sobre a teoria e o(s) jogador(es), após identificar(em) a teorista correspondente, bate(m) com a vareta na carta redonda e, se acertar(em), fica(m) com ela até o fim do jogo. Em caso de erros na escolha, é dada a oportunidade aos outros competidores. Se ninguém acertar, a carta permanece exposta. Vence quem estiver com mais cartas ao final do tempo estipulado pelo mediador para a realização da atividade.

Sugere-se utilizar as informações sobre as teorias que forem trabalhadas em sala de aula. Para aplicabilidade neste capítulo, foram utilizadas informações sobre as cinco teorias mais usadas conforme levantamento bibliográfico realizado em estudo anterior⁽²⁾. São elas: Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, Teoria da Adaptação, de Callista Roy, Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, e Teoria das Necessidades Fundamentais, de Virginia Henderson.

Na versão aqui apresentada, o jogo é composto por três varetas do jogo original Tapa Certo® e de cartas confeccionadas pelas autoras em papel fotográfico com gramatura de 180 gramas, impressas pelas autoras em impressora a jato de tinta, sendo 20 redondas e 20 quadradas. As cartas redondas, como exposto anteriormente, contêm uma imagem da teorista e seu nome, enquanto as quadradas possuem informações sobre as teorias juntamente ao nome da respectiva teorista. As Figuras 5, 6 e 7 ilustram, respectivamente, a vareta, as cartas e um exemplo de jogada.



Figura 5 – Vareta com ventosa para pegar as cartas. Esta é uma vareta do jogo original Tapa Certo® que foi utilizada para o jogo aqui descrito.

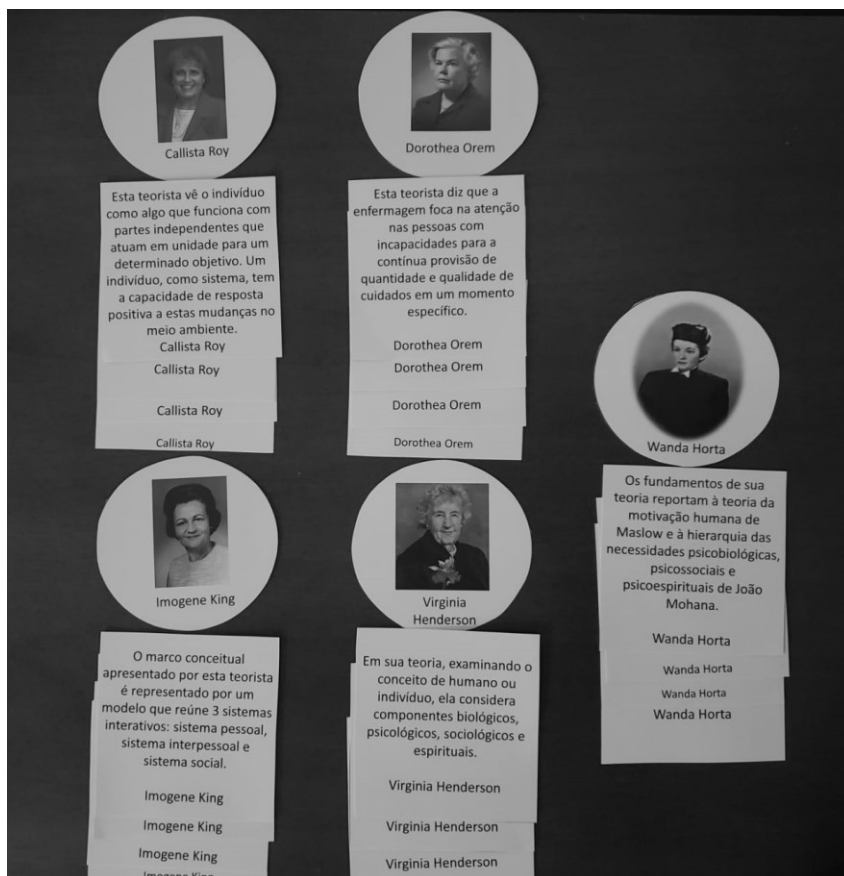


Figura 6 – Cartas confeccionadas para o Jogo das Teoristas



Figura 7 – Ilustração de uma jogada

Considerações Finais

O ensino das Teorias de Enfermagem configura-se como de extrema importância para a cientificidade do cuidado e poderá ser mais significativo se for realizado continuamente ao longo do curso e não em disciplinas pontuais. Além disso, sua aplicabilidade pode se tornar mais concreta se for incorporada às disciplinas com aulas práticas e estágios.

Foram apresentadas neste capítulo estratégias lúdicas que podem contribuir para que o ensino dessa temática seja descontraído e, a partir do ambiente do jogo, possa incrementar o aprendizado significativo sobre as Teorias de Enfermagem. São necessários maiores estudos sobre a aplicabilidade de jogos educativos e sua eficácia para que melhorias e adequações sejam incorporadas a essas estratégias.

Referências

1. Braga CG, Silva JV, organizadores. Teorias de Enfermagem. São Paulo: Iátria; 2011.
2. Siqueira PLF. Sistematização da assistência, teorias e processo de enfermagem – uma revisão de literatura. Res., Soc. Dev. 2020;9(10): e4419108667. doi: 10.33448/rsd-v9i10.8667
3. Santos BP, Sá FM, Pessan JE, Criveralo LR, Bergamo LM, Gimenez VCA, et al. The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. Rev. Bras. Enferm. 2019;72(2):593-7. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0394
4. Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Conceitos e teorias na enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):144-8. doi: 10.1590/S0080-623420140000100018
5. Pinto AC, Garanhani ML, França TE, Pierotti I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. Pro-posições. 2017;28(Supl. 1):88-110. doi: 10.1590/1980-6248-2015-0164
6. Rega ML, Telaretti F, Alvaro R, Kangasniemi. Philosophical and theoretical content of the nursing discipline in academic education: A critical synthesis. Nurse Educ Today. 2017;57:74-81. doi: 10.1016/j.nedt.2017.07.001
7. Dourado SBPB, Bezerra CF, Anjos CCN. Conhecimento e aplicabilidade das Teorias de Enfermagem pelos acadêmicos. Rev Enferm UFSM 2014 Abr/Jun;4(2):284-91. doi: 10.5902/217976929931
8. Araújo AAC, Silva GRF. Oficina sobre as teorias de enfermagem: experiência exitosa de integração entre graduandos e pós-graduandos. Rev. enferm. UFPI [Internet]. 2019 [citado em 30 de julho de 2021];8(1):78-82. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103389>

9. Brandão MAG, Barros ALBR, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(2):604-8. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0395
10. Merino MFGL, Silva PLAR, Carvalho MDB, Pelloso SM, Baldissera VDA, Higarashi IH. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Rev Rene.* [Internet]. 2018 [citado em 30 de julho de 2021];19:e3363. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32803/pdf_1. doi: 10.15253/2175-6783.2018193363
11. Backes DS, Grando MK, Gracioli MSA, Pereira AD, Colomé JS, Gehlen MH. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. *Esc. Anna Nery* 2012;16(3):597-602. doi: 10.1590/S1414-81452012000300024
12. Cunha VSB, Alcoforado GKSM, Ribeiro WA, Almeida MCS, Souza JZS, Daniel ES, et al. Challenges of nursing egress in the insert to the labor market: a literature review. *RSD.* 2021;10(3):e23010312660. doi: 10.33448/rsd-v10i3.12660
13. Barbosa NG, Zanetti ACG, Souza J. Genograma e ecomapa como estratégias lúdicas de ensino de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(3):e20201106. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1106
14. Ghezzi JFSA, Higa EFR, Lemes MA, Marin MJS. Strategies of active learning methodologies in nursing education: an integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(1):e20200130. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0130
15. Silva MCTM. Estratégias educacionais no ensino técnico em enfermagem durante a pandemia por COVID-19. *Saud Coletiv (Barueri)* 2021;11(64):5748-57. doi: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5748

16. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta paul. enferm.* 2010;23(2): 257-63. doi: 10.1590/S0103-21002010000200017
17. Ribeiro MC. Analog and digital games as a pedagogical tool in the teacher training context. *RESSAT [Internet]*. 2019 [cited 2021 Jul 30];4(2):163-173. Available from: <https://ressat.org/index.php/ressat/article/view/411/73>
18. Tsutsumi MMA, Goulart PRK, Silva Júnior MD, Haydu VB, Jimenéz ELO. Avaliação de jogos educativos no ensino de conteúdos acadêmicos: uma revisão sistemática da literatura. *RPE [Internet]*. 2020 [citado em 30 de julho de 2021];33(1):38-55. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/19130>. doi: 10.21814/rpe.19130
19. Panosso MG, Souza SR, Haydu VB. Características atribuídas a jogos educativos: uma interpretação analítico-comportamental. *Psicol. Esc. Educ.* 2015;19(2):233-41. doi: 10.1590/2175-3539/2015/0192821
20. Chen Y-C, Lu Y-L, Lien C-J. Learning environments with different levels of technological engagement: a comparison of game-based, vídeo-based, and traditional instruction on students' learning. *Interact. Learn. Environ.* 2019. doi: 10.1080/10494820.2019.1628781

Estudo de caso clínico como ferramenta para o ensino do Processo de Enfermagem

Kátia Rodrigues Menezes²²

ORCID: 0000-0002-8175-9603

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Evelyn dos Santos Penha²³

ORCID: 000-0002-7678-3633

Hospital Universitário de Brasília

Huara Paiva Castelo Branco²⁴

ORCID: 000-0003-4076-1317

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)

²² Enfermeira, graduada pela Universidade de Brasília e Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), foi docente e gerente de avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem da ESCS.

²³ Enfermeira, mestre em Enfermagem em Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB). Foi professora substituta da Faculdade de Ciências da Saúde - UnB. Atua na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Brasília e é preceptora de Estágio Supervisionado da UnB.

²⁴ Enfermeira, graduada pela Universidade Católica de Brasília (UCB) e Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), é docente do Curso de Graduação em Enfermagem da ESCS.

Descritores: Estudo de caso; Ensino; Educação em Enfermagem; Processo de Enfermagem.

Resumo

Empregado há bastante tempo tanto nos cursos de saúde quanto em outras áreas do conhecimento, o estudo de caso para fins didáticos objetiva oportunizar uma aprendizagem ativa ao estudante a partir de eventos reais ou baseado em fatos, focando na relação do fenômeno com o contexto. Apesar da escassez de literatura sobre sua organização enquanto ferramenta pedagógica, este capítulo faz uma reflexão sobre as potencialidades e desafios do uso dessa estratégia e propõe uma estruturação prática para facilitar sua utilização.

Introdução

O ensino da enfermagem vem se alterando ao longo dos tempos, e o uso das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem está sendo cada vez mais frequente. O estudo de caso se apresenta como estratégia, dentro desse contexto, nos cursos de graduação, possibilitando a aplicação da prática do ensino teórico⁽¹⁾. Ele proporciona ao estudante de enfermagem o desenvolvimento de habilidades na prática clínica como a visão crítica e reflexiva⁽²⁾, tornando-se uma temática relevante de abordagem.

Estudo de caso em diferentes contextos

Os estudos de caso têm sido empregados tanto no campo da pesquisa quanto na assistência e no ensino. Como pesquisa, começaram a ser utilizados na medicina para o estudo de doenças⁽³⁾ e hoje são aplicados em várias áreas do conhecimento.

Apontados como uma forma distinta de investigação empírica, de acordo com a experiência e observação de um fato coexistente ao caso no mundo real⁽⁴⁾, buscam o detalhamento em um determinado campo de pesquisa, no intuito de descrever o contexto e entender as variáveis do fenômeno do objeto estudado, sendo utilizado nas ciências biomédicas e sociais⁽⁵⁾.

Na assistência, esta estratégia é muito utilizada entre os profissionais da saúde. Na enfermagem, o estudo de caso pode ser considerado como precursor do processo de enfermagem⁽⁶⁾, tendo sido adotado por Florence Nightingale um modelo semelhante a esse método para discussão com seus alunos. Desde então, com o progresso da profissão e a necessidade de organizar o trabalho, os estudos de caso têm se constituído em um método eficaz⁽⁷⁾.

Na perspectiva do ensino, propicia a associação das disciplinas estudadas e aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, possibilitando os questionamentos das situações propostas e aproximando a teoria da experiência, além de ser um incentivo ao aluno na procura de novos conhecimentos, tendo o professor como moderador desse sistema⁽⁸⁾. Assim, o estudo de caso visa entender, conhecer e relatar situações em contextos complexos, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento como disciplina e profissão⁽⁹⁾. Também, como estratégia pedagógica, objetiva oportunizar uma aprendizagem ativa ao estudante a partir de eventos reais ou baseado em fatos, focando na relação do fenômeno com o contexto⁽¹⁰⁾.

A partir de seu objetivo pedagógico, o estudo de caso pode ser definido como “análise minuciosa de uma situação real, que permite a dialogicidade entre professores e alunos, ou seja, a aprendizagem centrada no aluno e o professor como mediador desse processo”⁽¹¹⁾.

Potencialidades e desafios do estudo de caso enquanto estratégia pedagógica

Tanto como técnica de pesquisa quanto pedagógica utilizada pela enfermagem nas suas diversas áreas de atuação, o estudo de caso é multifacetado e abrange vários campos de atuação da profissão, como educação, assistência e gestão⁽¹²⁾. Proporciona a aquisição de habilidades, tais como: capacidade de atenção para os cuidados do paciente, iniciativa para aprender a distância, autoconfiança, autoavaliação, corresponsabilidade pela aprendizagem e boas condições para atuar em uma situação clínica⁽¹⁰⁾.

Enquadra-se nas estratégias de ensino para o desenvolvimento das competências dos estudantes com o raciocínio crítico, analítico e o estímulo para ação diante das situações. Constitui-se um sistema de discussões sobre problemas clínicos de forma individualizada, que possibilitam ao aluno a evolução de habilidades interpessoais, pensamento crítico e reflexivo em busca de respostas diante das situações⁽²⁾.

Em uma pesquisa de revisão integrativa, na qual foram selecionados 72 artigos para análise e discussão, o estudo de caso apareceu como a terceira estratégia de ensino mais utilizada no estímulo do pensamento crítico e reflexivo. Além disso, destaca-se como metodologia ativa, proporciona a aplicação de conhecimento e o aprimoramento das habilidades na resolução dos problemas, assim como tem papel importante no desenvolvimento de um aluno protagonista do seu aprendizado e o professor como um intermediador desse processo⁽¹³⁾.

Como ferramenta de ensino, o estudo de caso problematiza a realidade enquanto estimula a autonomia do estudante que deve propor tomada de decisão priorizando as ações propostas. Apresenta, portanto, como vantagem a abordagem centrada nos questionamentos e não nas respostas^(8,11). Por ter como pontos

de partida a experiência e a argumentação, incentiva o estudante a estabelecer conexões entre teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento do raciocínio crítico a partir do estabelecimento de prioridades assistenciais, além de oportunizar a discussão baseado na perspectiva da interdisciplinaridade. Possibilita, também, a avaliação por competência dos estudantes, com vistas à construção de um pensamento analítico, desenvolvimento de um aluno corresponsável pelo seu conhecimento, evolução pessoal e interpessoal e integração entre teoria e prática^(8,14).

Ademais, no campo do ensino do processo de enfermagem, o estudo de caso auxilia os estudantes a aprimorarem suas capacidades cognitivas para o raciocínio diagnóstico, além de dar a devida atenção ao processo de enfermagem, o que potencializa seu uso na prática^(8,11). Por ser fundamentado em uma realidade clínica, favorece na padronização de diagnósticos e intervenções de enfermagem para grupos específicos de indivíduos, o que confere valores científicos à práxis da profissão⁽⁸⁾.

A relação dialógica entre os atores do processo de ensino e aprendizagem é um atributo de destaque nessa ferramenta pedagógica. O professor, com toda sua expertise, não exerce o papel central, mas media o debate dos estudantes acerca do caso clínico, a partir da experiência e do aprofundamento que eles fazem, estimulando sua capacidade argumentativa⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Também é função do professor instigar a reflexão que o estudante faz do caso a ser analisado, ampliando o olhar para o contexto encontrado, além de orientar a busca do conhecimento e estabelecimento de possíveis alternativas para a solução de problemas encontrados⁽¹⁵⁾.

Contudo, como método de ensino, apresenta como desvantagem a possibilidade dos dados inseridos estarem concentrados na particularidade do indivíduo ou instituição,

dificultando inferências que, por sua vez, podem não gerar proposições para testar hipóteses⁽⁸⁾.

Ainda é um desafio para as instituições de ensino a promoção do pensamento crítico na formação dos alunos, entretanto, essa situação vem mudando ao longo do tempo. A implantação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, foi um marco brasileiro para as transformações e discussões educacionais nos currículos da graduação de enfermagem. Tal assunto sobre a construção da competência profissional dos enfermeiros na prática e na educação também já vinha sendo discutido no meio internacional⁽¹³⁾.

Na perspectiva de busca de alternativas dos modelos tradicionais de ensino, o uso de caso clínico na área da saúde, como estratégia, pode contar com tecnologias computacionais na formação dos profissionais. Como método alternativo, têm surgido as tecnologias de simulação com casos clínicos de pacientes virtuais, possibilitando o aumento da confiança nos alunos, visto que se tem a possibilidade de reduzir erros reais e a uma perspectiva de combinação de várias situações⁽¹⁷⁾.

O mercado de trabalho tem exigido profissionais com habilidades em tecnologias, nesse sentido, os cursos de enfermagem, seja graduação ou pós-graduação, têm aderido às tecnologias de informação e comunicação, por exemplo, a simulação de pacientes virtuais e objetos de aprendizagem, sendo uma metodologia complementar à vivência clínica, tendo benefício de melhorar a segurança e confiança dos alunos frente aos erros, visto que não se aplica a pacientes reais⁽¹⁸⁾.

É importante ressaltar que, nesse contexto de construção e ensino de estudo de casos, os princípios éticos devem ser levados em consideração, respeitando o uso das informações e privacidade das pessoas ou organizações envolvidas⁽¹⁹⁾.

Estruturando o estudo de caso

Há na literatura recomendações sobre o estudo de caso enquanto método de pesquisa, porém, são escassas as produções que orientem a sua estruturação no ensino. Apesar dessa escassez, essa estratégia é apontada como uma das mais utilizadas no ensino de cursos como o de enfermagem⁽¹⁶⁾.

Vinculado a situações reais, o estudo de caso deve oportunizar ao estudante a correlação entre teoria e prática, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico através da análise da situação e dos documentos e dados relacionados a ele^(14,16). Precisa tanto permitir que o estudante aplique conhecimentos já adquiridos quanto instigar a busca por novos conhecimentos para resolver os problemas apresentados^(8,14). Nesse contexto, o estudo de caso tem que favorecer a integração de disciplinas⁽⁸⁾, contribuindo para que o estudante perceba criticamente a complexidade do cuidado e a integralidade do ser humano⁽⁶⁾. Para isso, é necessário permitir múltiplos olhares e dimensões a serem trabalhados, rumo à descoberta, e não à mera reprodução de conteúdos⁽¹⁵⁾.

Os casos mais utilizados no ensino da enfermagem estão voltados à prática clínico-assistencial e, para resolvê-los, o estudante deve ampliar seus estudos para além das questões biológicas⁽⁶⁾. Por essa característica, são chamados de estudos de casos clínicos ou estudos de casos informais⁽⁶⁻⁸⁾.

O estudo de caso clínico na enfermagem está intimamente ligado ao processo de enfermagem, pois estimula o raciocínio clínico e o raciocínio diagnóstico⁽⁸⁾. Considerando pesquisa que trata da estrutura do estudo de caso clínico⁽⁷⁾ e os pressupostos ligados a essa estratégia até aqui descritos, este capítulo propõe uma sequência de etapas para o seu desenvolvimento.

No estudo de caso clínico, o estudante identificará o usuário, explicitando detalhadamente a problemática que o envolve e, a partir do aprofundamento teórico, apresentará

possibilidades para solucionar os problemas elencados⁽⁷⁾. Vale enfatizar que a teorização de que se fala não é uma mera transcrição de informações sobre uma doença e sim, um estudo direcionado, considerando o indivíduo e seu contexto.

Em estudo anterior⁽¹¹⁾, foram utilizadas etapas para a elaboração de estudos de casos com finalidades educacionais, a saber: seleção dos recursos e métodos, objetivos dos casos, complexidade, validação das evidências, roteiros de orientação e validade do conteúdo.

A seguir, será apresentada uma proposta de roteiro a ser aplicado com estudantes de graduação em enfermagem, a fim de subsidiar o ensino do processo de enfermagem. De forma estruturada, os estudantes são orientados no desenvolvimento do estudo de caso, cujo objetivo é treiná-los para identificar respostas humanas alteradas. O processo inicia por um roteiro de coleta de dados, sistematizado em Necessidades Humanas Básicas, de acordo com a teoria de Wanda Aguiar Horta. Nesse roteiro (Quadro 1), ficarão registrados dados objetivos e subjetivos importantes para explicitar a situação-problema.

Quadro 1 - Roteiro para estruturar a coleta de dados de um estudo de caso

Iniciais: _____ Idade: _____ Data: ___/___/___
DADOS ANTROPOMÉTRICOS: PESO: _____ ESTATURA: _____ Perímetro Cefálico: _____ Perímetro Torácico: _____
ESCOLARIDADE:
MOTIVO DA CONSULTA/INTERNAÇÃO: <i>(Queixas clínicas apresentadas pelo usuário)</i>

ANTECEDENTES FAMILIARES: <i>(Idade, estado de saúde dos parentes próximos como estado nutricional, doenças, óbitos)</i>
ANTECEDENTES PERINATAIS: <i>(Gesta/para/aborto, condições da gestação, tipo de parto, peso ao nascer, índice de Apgar, condições gerais ao nascer)</i>
ANTECEDENTES FISIOPATOLÓGICOS: <i>(História clínica pregressa como doenças, alergias, procedimentos cirúrgicos submetidos, internações)</i>
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
SITUAÇÃO AMBIENTAL: <i>(Moradia, condições de saneamento, quem cuida da criança, rede de abastecimento de água, posição da criança na família, contactantes)</i>
HISTÓRIA ALIMENTAR: <i>(Volume de líquidos ingeridos, tipo de alimentação, frequência, dificuldades com aleitamento materno, preparo da mamadeira, início do desmame, tipo de alimentos oferecidos, dieta da mãe)</i>
ELIMINAÇÕES VÉSICO-INTESTINAIS: <i>(Aspectos cotidianos e alterações)</i>
SONO E REPOUSO: <i>(Problemas no padrão do sono, com quem dorme, irritabilidade)</i>
SITUAÇÃO VACINAL: <i>(Conferir o cartão vacinal)</i>
ANÁLISE DO CRESCIMENTO: <i>(Posição e inclinação do gráfico do peso nos percentis máximo e mínimo de acordo com a idade)</i>
ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO: <i>(Presença das respostas esperadas para a idade e possíveis alterações)</i>
EXERCÍCIO E ATIVIDADES FÍSICAS: <i>(Tipo de exercícios, frequência)</i>

SEXUALIDADE: <i>(Orientação sexual, gênero, medidas de planejamento familiar utilizadas, proteção contra IST etc.)</i>
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
<i>(Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção)</i>
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
<i>(religião ou teologia, ética ou filosofia de vida)</i>
EXAME FÍSICO CÉFALO-CAUDAL:
EXAMES LABORATORIAIS:

Além da coleta de dados objetivos e subjetivos, informações secundárias, como exames complementares e pareceres de outros profissionais, são necessárias para o melhor entendimento do contexto. Ao coletar os dados, o estudante deverá fazer o exercício de estabelecer nexos causais de modo que não haja apenas descrição de uma situação, e sim, raciocínio clínico e crítico-reflexivo.

Além de fundamentar a concatenação de ideias, o estudante deverá realizar estudo teórico onde haja aprofundamento de conteúdos que possibilitem o entendimento da problemática ligada ao caso estudado e a elaboração de soluções para os problemas identificados⁽⁷⁾.

Após realizada anamnese e exame físico, seguindo as necessidades humanas básicas, é feita a análise de prontuário em busca de evidências complementares e validação dos dados. Para que o estudante demonstre o raciocínio desenvolvido no processo, apresenta-se, no Quadro 2, uma estrutura de análise de

dados para formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Ressalta-se que, no estudo de caso clínico, o processo de enfermagem pode ter sido aplicado de fato ou ser apenas uma proposição, dependendo do objetivo pedagógico ou até mesmo da fase em que o estudante se encontra no curso. Além disso, é interessante que na sua aplicabilidade sejam empregadas as taxonomias de enfermagem *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Assim, será estimulada a redução do distanciamento entre o ensino e a práxis no que tange ao processo de enfermagem.

Quadro 2 - Esquema didático para o estabelecimento de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Coleta de dados	Agrupamento	Inferência	NHB	DE	Objetivo de enfermagem	Intervenção de enfermagem

Legenda: NHB - Necessidade Humana Básica; DE - Diagnóstico de Enfermagem.

Como o estudo de caso aqui discutido tem finalidade pedagógica, sugere-se que ele não seja entregue ao docente apenas de forma escrita, mas também, e principalmente, acompanhado de apresentação oral com discussão em grupo, a fim de permitir a troca de conhecimento e experiências entre docente e estudantes. Nesse momento de discussão do caso, a capacidade de argumentação e síntese é aprimorada, podendo

resultar em troca e consequente construção de conhecimento, o que é um dos diferenciais do estudo de caso em relação a outras estratégias.

Considerações finais

Os estudos de caso são considerados na literatura como uma estratégia de ensino e aprendizagem que estimula a participação do estudante. Nesse sentido, incita o estudante a usar não apenas o conhecimento teórico, mas também sua capacidade reflexiva e criativa para solucionar as situações elencadas.

A estruturação do estudo de caso faz com que ele seja aplicado de maneira a orientar o estudante sem tolher sua criatividade e estilo. Possibilita, ainda, abordar diferentes aspectos da assistência de enfermagem, sobretudo o uso de linguagens padronizadas. Assim, essa estratégia pedagógica representa a possibilidade de enxergar o indivíduo como um todo e, a partir dessa análise, priorizar as necessidades de cuidado.

Referências

1. Reis MA, Santos PAS, Rolindo JMR, Aranha TC, Melo JM, Correia SF, et al. Uso da metodologia ativa nos cursos de graduação em enfermagem. *Braz. J. of Develop.* 2019 [acesso em 9 de agosto de 2021];5(9):14280-91. doi:10.34117/bjdv5n9-044.
2. Simões JFFL. Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem. In: Moreira GO, coordenação. *Teaching Day'17 – A investigação no ensino-aprendizagem: práticas de articulação Livro de posters*. Universidade de Aveiro: UA

Editora; 2018 [acesso em 10 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.ua.pt/file/48390>

3. Leal EA, Oliveira RL. O método de estudo de caso aplicado no ensino em cursos de pós-graduação em ciências contábeis. R. Contemp. Contab. [Internet]. 2018 [acesso em 13 agosto 2021];15(35):69-87. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/2175-8069.2018v15n35p69>.

4. Yin RK. Case Study Research: design and methods. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014 [acesso em 29 de julho de 2021]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1742025/mod_resource/content/1/How%20to%20know%20whether%20and%20when%20to%20use%20the%20case%20study%20as%20a%20research%20method.pdf.

5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2018 [acesso em 29 de julho de 2021]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597012934/cfi/6/10!/4/4@0:92.0>.

6. Silva RS, Paixão GPN, Lins DB, Jesus RA, Pereira A. Estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em enfermagem. Rev Cuid [Internet]. 2014 [acesso em 13 ago 2021];5(1):606-12. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100004&lng=en.

7. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev. lat.-am. enferm. 2003 [acesso em 8 de agosto de 2021];11(3):371-5. doi:10.1590/S0104-11692003000300016.

8. André TG, Renovato RD. Caso clínico como estratégia de ensino-aprendizagem na farmacologia: percepção dos graduandos em enfermagem. Rev. Ciênc. & Ideias .

2020;11(3):38-47. doi: <http://dx.doi.org/10.22407/2176-1477/2020.v11i3.1296>.

9. Figueiredo MC, Amendoeira J. O estudo de caso como método de investigação em Enfermagem. *Rev UIIPS*. 2018;6(2):102-7. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>.

10. Ghezzi JFSA, Higa EFR, Lemes MA, Marin MJS. Strategies of active learning methodologies in nursing education: an integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm.* 2021 [acesso em 1 de julho de 2021];74(1):e20200130. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0130>.

11. Góes FSN, Dalri MCB, Fonseca LMM, Canini SRMS, Scochi CGS. Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. *Rev. Eletr. Enferm.* 2014 [acesso em 15 de agosto de 2021];16(1):44-51. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20564>

12. Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier ACA. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto contexto enferm.* 2017;26(4):e5360016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>.

13. Waterkemper R, Prado ML. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. *av.enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 4 agosto de 2021];29(2):234-46. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200003&lng=en.

14. Mahdi OR, Nassar IA, Almuslamani HAI. The role of using case studies method in improving students' critical thinking skills in higher education. *Int. J. Learn. High. Educ.* 2020 [acesso em 4 agosto de 2021];9(2):297-308. doi: <https://doi.org/10.5430/ijhe.v9n2p297>.

15. Vieira JA, Vieira MMM, Pasqualli R. Estudo de caso como estratégia de ensino para a educação profissional e tecnológica. *Serie-Estudos*. 2017;22(44):143-59. doi: <https://doi.org/10.20435/serie-estudos.v22i44.1012>.

16. Caveião C, Peres AM, Zagonel IPS, Amestoy SC, Meier MJ. Teaching-learning tendencies and strategies used in the leadership development of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1531-9. doi : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0455>.

17. Santos WOM, Nogueira DS, Silva GLAT, Nascimento DEG, Zacarias Filho RP. Caso clínico tipo labirinto: uma proposta de tecnologia educacional para a área da saúde. *Braz. J. of Develop [Internet]*. 2020 [acesso em 4 agosto de 2021];6(12):103126-34. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22313/17844>.

18. Millão LF, Vieira TW, Santos ND, Silva APSS, Flores CD. Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017;11(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i1.1189>.

19. Graham A. Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público. Brasília: ENAP; 2010 [acesso em 4 agosto de 2021]. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/515/1/estudos_d_e_caso.pdf.

Ensino do Processo de Enfermagem por meio de metodologias ativas na Escola Superior de Ciência da Saúde: análise documental

Huara Paiva Castelo Branco²⁵

ORCID: 0000-0003-4076-1317

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)

Kátia Rodrigues Menezes²⁶

ORCID: 0000-0002-8175-9603

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Rinaldo de Souza Neves²⁷

ORCID: 0000-0002-5998-9701

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)

²⁵ Enfermeira, graduada pela Universidade Católica de Brasília (UCB) e Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), é docente do Curso de Graduação em Enfermagem da ESCS. Também atua em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Distrito Federal.

²⁶ Enfermeira, graduada pela Universidade de Brasília (UnB) e Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), foi docente do Curso de Graduação em Enfermagem (2010-2020) e Gerente de Avaliação do Curso de Enfermagem da ESCS (2018-2020). Hoje atua na Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Regional do Guará/DF.

²⁷ Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Servidor público na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), é docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem - Coren-DF, gestão 2021-2023.

Descritores: Educação em enfermagem; Processo de enfermagem.

Resumo

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da profissão. As competências envolvidas no desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros são determinantes para a implementação das suas etapas. Para tanto, é imprescindível que, durante a formação do enfermeiro, sejam aplicadas estratégias de ensino capazes de estimular o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes propícias a qualificar a prática do Processo de Enfermagem. Nessa perspectiva, a reorganização dos currículos e a aplicação de metodologias ativas de ensino favorecem a autonomia do profissional.

Introdução

No campo da saúde, o intenso avanço tecnológico e científico das últimas décadas culminou com a necessidade de formar enfermeiros capazes de pensar criticamente. Para tal, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) orientam as Instituições de Ensino Superior (IES) a abordarem metodologias de ensino que rompam com os modelos fragmentados e conteudistas⁽¹⁻³⁾. Segundo esse marco regulatório, os egressos “devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”⁽²⁾.

Tendo em vista que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o método pelo qual o trabalho da enfermagem se organiza e torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)⁽⁴⁾, subsidiar a formação de

enfermeiros hábeis a organizar o cuidado de maneira sistematizada e de implementar o PE de forma crítica, humana, visando à segurança do paciente e à qualidade da assistência, conforme o previsto na Resolução nº 358/2009⁽⁴⁾ do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), configura-se um desafio para as IES⁽⁵⁾.

Nesse sentido, as Metodologias Ativas (MA) têm-se mostrado estratégias eficazes por oferecer um aprendizado crítico e reflexivo, permitindo o desenvolvimento do protagonismo pelo estudante no processo de ensino e aprendizagem ⁽⁶⁾. Diante desse contexto, partiu-se do seguinte questionamento: como o PE e a SAE podem ser trabalhados na graduação de enfermagem?

Percurso metodológico

Este capítulo apresenta um estudo qualitativo, documental, realizado no curso de graduação em enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), em julho de 2021. Inicialmente, se fez um levantamento dos manuais e módulos utilizados nas séries e, de posse desse material, procederam-se a quatro momentos de leitura: exploratória, seletiva, analítica e interpretativa⁽⁷⁻⁸⁾.

Na fase exploratória, os módulos e manuais foram lidos na íntegra para identificar os conteúdos referentes ao ensino da SAE e ao PE. Nessa etapa, foram excluídos aqueles que não contemplavam a temática. Assim, foram selecionados 16 documentos, produzidos entre os anos de 2018 e 2021. Definidos os textos, realizou-se a leitura analítica do material para ordenação e agrupamento dos dados em: etapas do PE, conforme a Resolução Cofen nº 358/2009⁽⁴⁾, utilização dos sistemas de linguagem padronizados, teorias de enfermagem, presença do tema SAE e PE nas atividades teóricas, práticas e avaliações dos estudantes.

Após agrupados, na leitura interpretativa, buscou-se organizar as informações obtidas na categoria: Ensino do Processo de Enfermagem - estratégias e avaliação.

Caracterização da Escola Superior de Ciências da Saúde

A Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) foi fundada há 20 anos e integra a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), oferta cursos de graduação em enfermagem e medicina, além de programas de pós-graduação e de fomento à pesquisa e extensão no âmbito do SUS/DF⁽⁹⁻¹¹⁾.

O curso de graduação em enfermagem iniciou suas atividades em 2008 e foi constituído com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os marcos regulatórios da educação com vistas à quebra do paradigma educacional conteudista. Dessa forma, a ESCS despontou no cenário acadêmico do Centro-Oeste como a primeira IES a adotar as metodologias ativas de aprendizagem integralmente no processo de ensino^(9,11).

Nessa perspectiva, a organização curricular alicerçou-se na construção do conhecimento como alavanca propulsora de mudanças sociais, por meio de uma proposta de ensino que valoriza a aprendizagem significativa, o desenvolvimento de habilidades cognitivas e operacionais a partir de um currículo organizado por competências e, sobretudo, pautado na ética e valorização da pessoa humana. Para isso, apoiou-se em três princípios: metodologias problematizadoras, integração ensino-serviço-comunidade e docência exercida por servidores vinculados à SES/DF⁽¹²⁾.

A matriz curricular é composta por dois programas educacionais: Módulos Temáticos (MT) e Habilidades Profissionais em Enfermagem (HPE), organizados em 23 MT,

distribuídos em 8 módulos na primeira série, 7 na segunda série e 8 na terceira. No programa educacional HPE, são trabalhadas 3 unidades educacionais entre a primeira e a terceira série do curso, e 2 unidades de Estágio Curricular Obrigatório (ECO) são aplicadas na quarta série⁽⁹⁾.

As práticas de enfermagem são executadas na rede de saúde pública do DF desde o primeiro ano do curso ⁽¹¹⁾. Considera-se, portanto, que os cenários das atividades de ensino dão-se em um espaço privilegiado, visto que a base para a educação da instituição é o sistema de saúde e a realidade social de seus usuários⁽¹²⁾.

Dentre as metodologias ativas aplicadas na ESCS, destacam-se: Metodologia da problematização (MP), Aprendizagem baseada em problemas (ABP), Simulações realísticas, Estudo de Casos e Sala de aula invertida.

Ensino do Processo de Enfermagem - estratégias e avaliação

A análise documental demonstrou que o ensino do PE na ESCS é conduzido ao longo dos quatro anos de graduação. Destaca-se que a estrutura curricular do curso é no modelo espiral e ascendente, privilegiando a aprendizagem contínua dos conhecimentos que fundamentam a ciência da enfermagem, e os conteúdos estão dispostos ao longo das quatro séries de forma a garantir a aquisição do capital intelectual progressivo. Nesse contexto, o aprendizado da temática dá-se por sucessivas aproximações, ao longo das séries até o final do ECO, de modo a evitar sobreposições de objetivos e de forma a sanar possíveis lacunas na aprendizagem.

Programa Educacional: Módulo Temático

A primeira série do curso conta, no programa educacional MT, com um módulo intitulado “Sistematização da Assistência de Enfermagem”. Nele são ministrados os pressupostos epistemológicos da SAE, os modelos conceituais, as teorias da profissão, os seus metaparadigmas enquanto ciência, a história da enfermagem e o contexto histórico, social e político no qual a enfermagem se assentou.

Além disso, aponta as variadas metodologias do cuidar, introduz os Sistemas de Classificação em Enfermagem: *North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I)*, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Ao mesmo tempo, o módulo de SAE enfatiza o enfermeiro como responsável técnico e legal pelo planejamento e prescrição dos cuidados para o indivíduo, família e comunidade, subsidiando o “aprender a aprender” e o “aprender a fazer” do processo assistencial baseado no raciocínio crítico, com foco no cerne da profissão: o cuidado.

A título de exemplo, em uma das situações-problema no referido módulo, discute-se a escolha do referencial teórico de enfermagem como subsídio ao PE, distinguem-se os conceitos SAE e PE, relacionando-os às ferramentas de gestão e qualificação do cuidado, documentação da prática profissional e método de pensamento crítico.

Na segunda série do curso, o programa educacional MT busca ampliar o ensino do raciocínio diagnóstico e fortalecimento da coleta de dados e aprofundar a aplicação do Processo Diagnóstico de Enfermagem, cuja abordagem consta dos objetivos específicos e mapas conceituais dos módulos. Além disso, constata-se o emprego da Teoria das Necessidades

Humanas Básicas de Wanda Horta⁽¹³⁾ como referencial teórico para subsidiar as etapas de coleta de dados e os diagnósticos de enfermagem (DE).

Contudo, considerando que as etapas do PE são inter-relacionadas, é apresentada como estratégia pedagógica a proposição de intervenções fundamentadas na fisiologia, anatomia, fisiopatologia e farmacologia, a partir dos DE identificados. Essa estratégia visa contemplar o cuidado no contexto da integralidade.

Nesse momento, não é empregada a classificação das intervenções de enfermagem, sendo, portanto, levantado pelos estudantes cuidados ou ações de enfermagem a partir da literatura. Embora a estratégia possibilite ao estudante vincular o cuidado ao DE, a série optou por conduzir a proposição de intervenções sem analisar os resultados desejados, ainda que a ordem do processo preveja que os resultados devem ser identificados anteriormente à determinação das intervenções e suas metas declaradas⁽¹⁴⁾.

A condução do ensino do PE na Dinâmica Tutorial (DT) dá-se a partir de exposições dialogadas acerca do processo diagnóstico de enfermagem e aplicação da CIPE® e aprendizagem baseada em problemas. As taxonomias aplicadas no processo de ensino na segunda série são distribuídas entre os MT; enquanto os módulos referentes à saúde da mulher trabalham com a taxonomia NANDA-I, os módulos que abordam a saúde da criança utilizam a taxonomia da CIPE®.

Os problemas a serem utilizados nas DT são redigidos conduzindo o educando a identificar os DE prioritários e, para tal, são acrescentados os indicadores diagnósticos literalmente aos dispostos na taxonomia, ou com mínimas contextualizações. Para instrumentalizar o estudante a compor um DE usando o modelo de sete eixos da CIPE®, nas situações-problema são incluídos os termos dos eixos foco e julgamento,

obrigatoriamente, e, de forma complementar, o tempo, a localização e o cliente.

Na terceira série do curso, o PE está descrito em 62,5% dos módulos analisados; do total de problemas trabalhados em dinâmica tutorial na série, 75,75% adotam como proposta pedagógica a elaboração do PE. Observa-se, também, que os módulos apresentam expressamente a aplicação das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC e a junção das etapas do PE, com exceção da avaliação.

Depreendeu-se da análise, a adoção de dois modelos conceituais na terceira série, a Teoria das Necessidades Humanas Básica de Wanda Horta e a Teoria de Enfermagem das Relações Interpessoais de Peplau. Além disso, nos MT havia indicações do método aplicado para o raciocínio diagnóstico de enfermagem e os passos a serem seguidos.

A abordagem das etapas do PE, de forma dividida, ao longo das séries, para a exploração das características intrínsecas de cada uma, não deixa de ser importante. Todavia, faz-se necessário explorar cada uma dessas etapas com o objetivo de enriquecer o todo, de modo a dar visibilidade à realização da SAE com qualidade⁽⁷⁾. Desta forma, faz-se necessário uma reflexão no sentido de avaliar a efetividade do processo de ensino desta metodologia no programa educacional de MT.

Programa Educacional: Habilidades Profissionais em Enfermagem

O programa educacional HPE articula teoria e prática, estrutura-se em objetivos educacionais, os quais traduzem a formação por competências por meio de eixos temáticos estruturantes e domínios de aprendizagem (cognitivo, psicomotor e atitudinal).

De acordo com o manual de HPE da primeira série do curso, são oportunizados aos estudantes, seja nos cenários práticos de atenção primária ou em laboratórios, momentos para aquisição de habilidades que alicerçam o PE, tais como: comunicação clara e objetiva, tomada de decisão para o cuidado de enfermagem conforme as necessidades dos usuários e demandas da rede de atenção à saúde, realização de exame físico e psíquico, avaliação de funções vitais e parâmetros físicos como subsídio para o raciocínio clínico de enfermagem.

Nessa perspectiva, um dos focos do aprendizado nessa série é a fundamentação e aplicação da primeira etapa do PE: a coleta de dados ou histórico de enfermagem. Após a discussão dessa etapa em ambiente controlado, os estudantes partem para os cenários de aprendizagem e, durante visitas domiciliares, aplicam o roteiro estruturado de coleta de dados, o qual subsidiará a elaboração do Arco de Maguerez da Família.

No programa educacional HPE da segunda série, os estudantes realizam atividades práticas em unidades de atenção hospitalar e primária à saúde, no âmbito da saúde da mulher, criança e adolescente. Foram identificados nos objetivos de aprendizagem dos domínios cognitivo e psicomotor, elementos referentes ao processo de ensino do PE, relacionando-o com a execução do cuidado integral de enfermagem em cenários de atividades práticas.

A análise do tema nos manuais da segunda série demonstrou um alinhamento entre os objetivos propostos em MT e em HPE, no que se refere à teoria de enfermagem e às taxonomias para DE a serem utilizadas. Contudo, nas instruções para a confecção do estudo de caso, estratégia pedagógica aplicada no programa educacional HPE da série e critério de avaliação de habilidades e atitudes, observou-se a introdução do termo “Plano de Cuidados”.

Nessa perspectiva, cabe diferenciar os conceitos intervenção de enfermagem e plano de cuidados. As intervenções são definidas como qualquer tratamento em resposta ao diagnóstico de enfermagem, uma ação autônoma baseada no raciocínio científico, executada pelo enfermeiro para melhorar os resultados do paciente. Incluem cuidado direto e indireto, ações dirigidas ao gerenciamento do ambiente de cuidado do paciente e colaboração multidisciplinar⁽¹⁵⁾.

Segundo Horta⁽¹³⁾, o plano de cuidados refere-se a um roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. É, portanto, a implementação do plano assistencial, que é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. Os componentes do plano de cuidados incluem diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções.

Portanto, entende-se, a partir da análise semântica das informações contidas no manual de HPE analisado, que há a introdução de novas etapas do PE nas instruções para confecção do estudo de caso, sendo exigido do estudante para além da coleta de dados e diagnóstico de enfermagem.

Além disso, depreendeu-se da análise a inserção do método SOAP (S – Subjetivo: informação do paciente; O – Objetivo: observações clínicas e resultados de exames; A – Avaliação: análise que explica os significados dos dados subjetivos; e P – Prescrição: decisão sobre a conduta a ser tomada) como ferramenta de registro da evolução de enfermagem, verificado nos critérios de avaliação do ciclo “saúde clínica da criança” da segunda série. O instrumento SOAP é um método de anotação utilizado para organizar a evolução dos enfermeiros, padronizando os registros com fases sequenciadas. Destaca-se que a Câmara Técnica de Assistência do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (Coren/DF) considerou que o

método SOAP contempla as etapas do PE e, portanto, pode ser utilizado como suporte teórico de registro para esse processo⁽¹⁶⁾.

No manual de HPE da terceira série, estão propostos dois ciclos práticos de aprendizado, “cuidado ao adulto na atenção básica” e “cuidado ao adulto na atenção hospitalar”, sendo identificados elementos do PE nos objetivos específicos do domínio psicomotor e cognitivo. Entretanto, não foram observadas explicitamente descritas no documento a teoria de enfermagem adotada como suporte teórico e as taxonomias aplicadas nas atividades do programa educacional. Há, ao longo do manual, referência ao cuidado integral baseado na identificação das Necessidades Humanas Básicas e, assim, subentende-se que se refere à Teoria de Wanda Horta.

Compreende-se que a escolha da teoria de enfermagem expressa a valorização do aspecto filosófico do cuidado, posto que o PE consiste em um instrumento de aplicação do raciocínio, desenvolvido e apoiado no método científico, cuja finalidade é auxiliar na aplicação prática de modelos conceituais e teorias vinculadas ao cuidar em enfermagem. O ato de cuidar, portanto, transcende as exigências da compreensão científica, demandando reflexões filosóficas sem as quais as ações dos enfermeiros não passarão de simples procedimentos, desvinculados de essência⁽¹⁷⁾.

Averiguou-se, também, no manual, como estratégia pedagógica, a elaboração de três estudos de caso ao longo do ano, com formulação de DE, proposição de intervenções fundamentadas e resultados. Percebe-se, novamente, a inversão lógica das etapas do PE, reforçando a necessidade de alinhamento entre o descrito nos manuais e o previsto na Resolução Cofen nº 358/2009⁽⁴⁾. Observa-se que, na terceira série, há a necessidade de apresentar com maior clareza as etapas do PE, a fim de que o conhecimento acerca da temática seja sedimentado.

Na quarta série, os estudantes realizam o ECO, cujo manual apresenta o PE de enfermagem dentre os objetivos de aprendizagem nos domínios cognitivo e psicomotor, em conformidade aos manuais de atividades práticas dos anos anteriores do curso. Destaca-se a ausência de adoção formal e expressa no documento de uma teoria de enfermagem, a inserção da terminologia “planejamento da gestão do cuidado” com etapas similares ao PE e reforço à implementação do plano de cuidados.

A proposta de avaliação descrita no documento para essa série consiste no Mini-CEx, avaliação prática na qual os estudantes, evocando conhecimentos adquiridos ao longo das unidades educacionais, aplicam o PE nas etapas “coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados, intervenções de enfermagem e avaliação”. Percebe-se, novamente, a falta de padronização das etapas a serem seguidas durante a condução do PE.

Considerações finais

Este capítulo apresentou, por meio de análise documental, a forma com que a ESCS operacionaliza o ensino da SAE e do PE entre os docentes e estudantes.

Ressalta-se que a divisão didática das etapas do PE, identificada a partir da análise dos documentos institucionais, permite a construção das competências necessárias à instrumentalização de cada fase do processo, com vistas à capacitação dos discentes em desenvolvê-lo metodologicamente. Entretanto, é preciso compreender que, para o estudante adquirir a competência do saber-fazer-ser, deve haver uma sinergia entre a construção dos objetivos de aprendizagem, a definição das bases filosóficas do cuidado e os métodos ou estratégias de ensino adequados a essa aprendizagem.

Portanto, é necessário um alinhamento dos objetivos de aprendizagem entre as séries do curso quanto às etapas do PE a serem seguidas e as terminologias adotadas, visto que as competências para aplicação do PE devem ser construídas ao longo do processo de formação dos profissionais.

Referências

1. Ghezzi JFSA, Higa EFR, Lemes MA, Marin MJS. Strategies of active learning methodologies in nursing education: an integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(1):e20200130. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0130>
2. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (Brasil). Resolução n^o 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União* 9 nov 2001; Seção 1:37.
3. Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Ximenes Neto FRG, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciênc. saúde coletiva* 2020;25(1):25-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>
4. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução n^o 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen/DF, 2009 [acesso em 30 julho 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

5. Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, lmeida MA. Ensino do processo de enfermagem: o que as produções científicas proferem. R. pesq.: cuid. fundam. 2020 jan/dez;12:800-807. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7502
6. Gomes DM, Flauzino VHP, Vitorino PGS, Hernandes LO, Queluci GC, JMS. Metodologia da problematização – Aplicabilidades no ensino de enfermagem fundamental. Res., Soc. Dev. 2021;10(6):e34510615378. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.1537810>
7. Silva JP, Garanhani ML, Guariente MHD. Nursing care systems and complex thought in nursing education: document analysis. Rev. Gaúcha Enferm. 2014;35(2):128-134. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44538>
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
9. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem da ESCS. Brasília, DF: FEPECS/ESCS; 2018.
10. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina da ESCS. Brasília, DF: FEPECS/ESCS; 2018.
11. Escola Superior de Ciências da Saúde. Regimento Interno da ESCS (Aprovado pela Portaria/SEE-DF nº 417, de 20/12/2018, publicada no DODF nº 243, de 24/12/2018). Brasília, DF: FEPECS/ESCS; 2018 [acesso em 30 julho 2021]. Disponível em: http://www.escs.edu.br/arquivos/REGIMENTOESCSultimaversaopublicacaonositedaESCS_0301019.pdf
12. Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. A formação na modalidade de pós-graduação *stricto sensu* no Distrito Federal, Brasil: a experiência da Escola Superior de Ciências da Saúde

(ESCS). Ciênc. saúde colet. 2019;24(6):2203-2210. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08422019>

13. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

14. Herdman TH, Kamitsuro S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA Internacional]. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

15. Docheterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

16. Conselho Regional de Enfermagem (Brasil). Resposta Técnica nº 002/2020/Coren/DF. Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem (PE). Brasília: Coren/DF; 10 jul 2020 [acesso em 30 julho 2021]. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2020/07/RT022020.pdf>

17. Santos BP, Sá FM, Pessan JE, Criveralo LRC, Bergamo LN, Gimenez VCA, et al. The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. Rev. Bras. Enferm. 2019;72(2):566-570. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>

Mapas Mentais para ensino e aprendizagem de Teorias de Enfermagem

Izabella Teixeira Chaves Pires²⁸

ORCID: 0000-0002-7155-2043

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Natália Vasconcelos Barros²⁹

ORCID: 0000-0003-2717-2788

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Rinaldo de Souza Neves³⁰

ORCID: 0000-0002-5998-9701

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

²⁸ Discente Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

²⁹ Discente Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

³⁰ Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Servidor público na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), é docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem - Coren-DF, gestão 2021-2023.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Mapas mentais; Teoria.

Resumo

Este capítulo apresenta sete Teorias de Enfermagem em forma de pequenos resumos, utilizando-se de mapas mentais para facilitar a aprendizagem dos estudantes durante a aplicação do Processo de Enfermagem. Escolheu-se essa metodologia de estruturação de ideias e conteúdos por ser de fácil apresentação, visualização e memorização, para aqueles que necessitam relembrar o conteúdo durante a aplicação do processo de cuidar. Neste capítulo, serão apresentadas as seguintes teóricas de Enfermagem: Wanda Horta, Rogers, Henderson, King, Florence, Orem e Peplau, formatados pelo aplicativo *Adobe Ilustrador*.

Introdução

Uma teoria nada mais é do que um conjunto de leis e princípios, os quais foram comprovados, e, assim, são considerados teorias; elas podem ser universais ou sobre um conteúdo específico e possuem o caráter conclusivo, explicativo e têm a função de guiar, as pessoas que se baseia naquela teoria, sobre a relação existente entre os fenômenos e as possíveis consequências empregadas na realidade⁽¹⁾.

Percebe-se, então, a utilização das teorias de enfermagem atrelada à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como algo que tem sido positivo na atualidade; trazendo valorização, organização e objetividade na prestação de serviço, com isso, pode-se identificar o fortalecimento da formação acadêmica, exaltando a notoriedade da profissão⁽²⁾.

Dessa forma, o presente capítulo tem como objetivo relembrar as principais teorias de enfermagem, utilizadas,

atualmente, para o Processo de Enfermagem (PE), por meio de pequenos resumos e com a apresentação de mapas mentais, pelo aplicativo *Adobe Illustrator*, considerando que estes ajudam na fixação da matéria. Ademais, a escolha do mapa mental evidencia o processo de aprendizagem de forma crítica e incentiva a tomada de decisão dos profissionais que optam por esse método de revisão⁽³⁾.

O que é teoria e como ela pode ser aplicada na prática?

Com o decorrer dos anos, as teorias foram se desenvolvendo de acordo com o contexto histórico, a cultura local e os modelos de atenção e sistema de saúde do local de cada teórico⁽⁴⁾. Nesse sentido, é perceptível que a maior parte das teorias, voltadas ao âmbito da enfermagem, trazem alguns aspectos comuns, pois buscam explicar a função dos profissionais no ambiente hospitalar, e adequar, de acordo com a época, o melhor processo de cuidado ao paciente⁽²⁾.

Diante disso, percebe-se a utilização das teorias de enfermagem atreladas à SAE com a finalidade de valorizar, organizar e prestar um serviço de qualidade proporcionando o fortalecimento da formação acadêmica e do conhecimento científico, exaltando a notoriedade da profissão⁽²⁾. Desta forma, escolheu-se as teoristas mais utilizadas no PE, com o intuito de valorizá-las e ampliar o conhecimento sobre as teorias de forma resumida, assim, adotou-se o mapa mental como a forma de apresentação simplificada para facilitar a compreensão das mesmas.

Por certo, a escolha de cada teoria é relativa quanto à necessidade de intervenção do paciente, sendo escolhida de forma a efetivar o processo de planejamento e execução da prestação de serviço ao paciente, com objetivo de ser efetivo em todos os aspectos⁽⁵⁾. Destarte, a escolha do mapa mental, como ferramenta, tende a desenvolver habilidades organizativas e

práticas, por apresentar o conteúdo de forma lúdica e sintética, facilitando assim, o conceito de resolução de problemas, de forma reflexiva em suas conexões. Ademais, tendem a desenvolver o pensamento crítico, o raciocínio lógico, a flexibilidade, a curiosidade e a criatividade⁽³⁾.

Wanda Horta: Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 1926 na cidade de Belém/Pará, formou-se como enfermeira em 1948, pela Escola de Enfermagem da USP, além disso, graduou-se em História Natural pela Universidade do Paraná e pós-graduou em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem também pela USP. Em 1979, Wanda Horta escreve o livro PE, onde afirma que este instrumento é dinâmico e o seu foco são as necessidades humanas básicas (NHB) do indivíduo⁽⁶⁾.

Os metaparadigmas apresentados pela Teoria de Horta são⁽⁷⁾:

- Enfermagem: é um serviço prestado ao homem e parte integrante da equipe de saúde, por isso, a Enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrios do homem;
- Homem: parte integrante do universo que está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço;
- Saúde: estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço;
- Ambiente: universo dinâmico que gera estados de equilíbrio e desequilíbrio.
- Os princípios da Teoria de Horta são⁽⁷⁾:
- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do homem;

- A enfermagem é prestada ao Homem e não à sua doença ou desequilíbrio;
- A enfermagem reconhece o homem como membro de uma família e de uma comunidade;
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no autocuidado.

O modelo conceitual proposto por Wanda Horta fundamenta-se na teoria de Maslow, a qual tem como base o conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano e nos estudos de Mohana, que utilizava um sistema de classificação das NHB (nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual)⁽⁸⁾.

Segundo Maslow, essa hierarquia das NHB permite com que os enfermeiros se utilizem dela para proporcionar os cuidados ao paciente, pois as organiza das mais básicas às mais complexas, planejando o trabalho do enfermeiro para que este atenda primeiramente as necessidades primordiais, que estão na base da pirâmide de Maslow e divididas em cinco níveis de prioridade⁽⁸⁾.

Os desequilíbrios geram a demanda para manter seu equilíbrio, e é nesse momento que as NHB precisam ser atendidas; mas, quando a própria pessoa não possui conhecimento suficiente para atender e suprir as suas demandas de cuidado, se faz preciso o auxílio de pessoas habilitadas a fazê-lo e é aí que entra o papel da enfermagem⁽⁷⁾.

Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano (como atendê-lo em suas NHB)⁽⁷⁾. Sendo assim, a enfermagem assiste o homem no atendimento de suas necessidades, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais⁽⁷⁾.

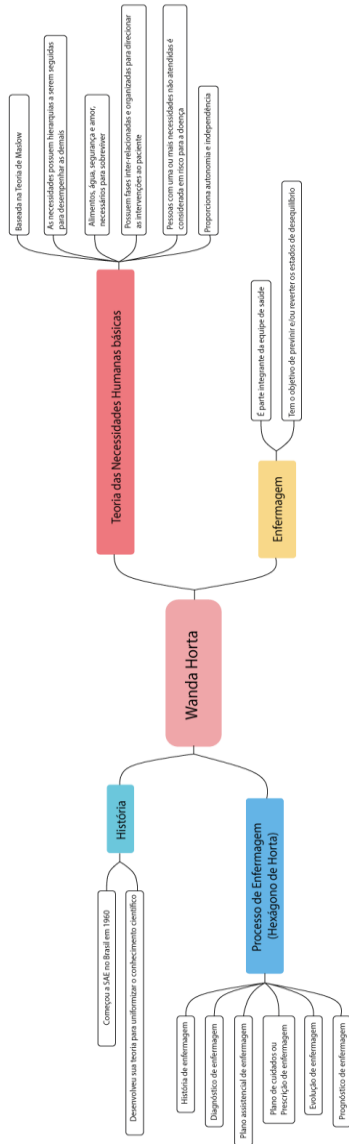
A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao homem no atendimento de suas necessidades básicas, procurando sempre reconduzir o homem à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço, utilizando do PE como metodologia de trabalho⁽⁷⁾.

A aplicabilidade da Teoria das NHB de Horta se dá justamente pela aplicação do seu PE (Hexágono de Horta) que consiste de 6 passos inter-relacionados e dinâmicos⁽⁷⁾:

- Histórico de Enfermagem: levantamento de dados do ser humano para identificação de problemas;
- Diagnóstico de Enfermagem: identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento;
- Plano Assistencial: determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido;
- Plano de Cuidados: implementação do plano assistencial;
- Evolução de Enfermagem: relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano;
- Prognóstico: estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial.

A Figura 1 apresenta o mapa mental da Teoria de NHB de Horta.

Figura 1. Mapa mental da Teoria de NHB de Wanda Horta.



Elizabeth Rogers: Teoria da Ciência do Ser Humano Unitário

Martha Elizabeth Rogers nasceu no Texas, EUA, em 1914, e faleceu no ano de 1994. Foi graduada em enfermagem com especialização em saúde coletiva. Sua teoria é conhecida como “Teoria da Ciência do Ser Humano Unitário”⁽⁹⁾.

Para Rogers, a realidade não é linear, mas sim, circular, rítmica e virtual e, com isso, o trabalho a ser desenvolvido pelos enfermeiros é parte integrante da dinâmica universal (cíclica, contínua, em constante movimento, rítmica e que evolui sempre para estados inovadores)⁽⁹⁾.

Em sua teoria, o mundo é visto como um todo holístico e integrado, o qual contradiz o ponto de vista mecanicista e reducionista predominante no modelo médico cartesiano, colocando o ser humano como um todo indivisível e como sendo o foco das ações de enfermagem⁽⁹⁾.

- O indivíduo é um todo unificado, indivisível e totalmente integrado ao ambiente, sem que possa ser reduzido a sistemas;
- Indivíduo é um campo energético humano em constante interação com o universo pandimensional;
- Campo energético humano é um sistema aberto em troca ininterrupta de energia com o ambiente;
- Campo humano e ambiental estão sujeitos a constantes mudanças que, ao ocorrerem, provocam mudanças simultâneas nos dois campos, configurando-se um processo criativo contínuo;
- Integralidade: processo de integração constante.
- Ressonância: mudanças contínuas implicam em trocas energéticas;
- Helicidade: processo onde o passado vai sendo incorporado ao presente, por modificações ocorridas nos campos humano e ambiental⁽⁹⁾.

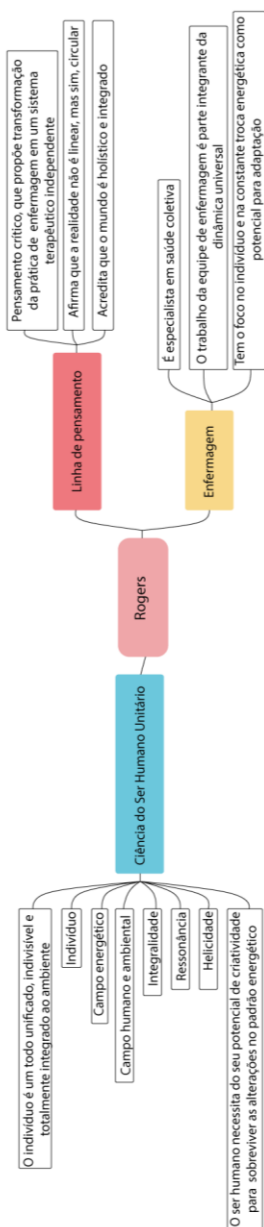
Segundo a teórica, o foco é o ser humano unitário, que é contínuo, evolutivo, indivisível, incerto, em constante troca energética com o ambiente e que utiliza, ininterruptamente, seu potencial criativo, readaptando-se a cada mudança que ocorre nos campos humano e ambiental⁽⁹⁾.

O ser humano, incluindo o enfermeiro, é um ser principalmente criativo e que depende do seu potencial criador para sobreviver a cada alteração dos padrões energéticos dos campos humano e ambiental. A pandimensionalidade é o ponto de partida para a utilização do potencial criador na arte de viver do ser humano unitário e na arte de se praticar a enfermagem⁽⁹⁾.

Para Rogers, a criatividade da vida emerge para o exterior da interação entre ser humano e ambiente ao longo do ciclo vital. Com isso, o campo energético humano é continuamente alimentado e acrescido de novas dimensões de complexidade crescente e estende-se para todas as direções. O homem move-se de forma a transcender a si mesmo por meio da infinita gama de possibilidades na utilização de seu potencial criativo⁽⁹⁾.

A seguir, apresenta-se a Figura 2, que mostra o mapa mental da Teoria da Ciência do Ser Humano Unitário de Elizabeth Rogers.

Figura 2. Mapa mental da Teoria do Ser Humano Unitário de Elizabeth Rogers.



Virginia Henderson: Teoria das Necessidades Fundamentais

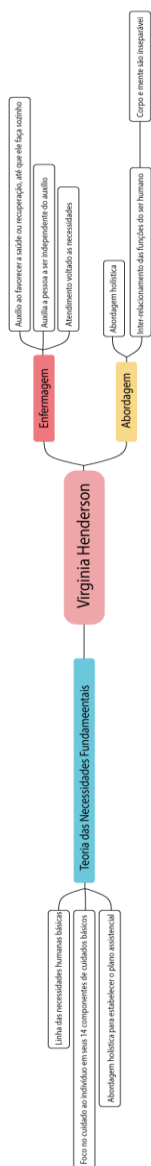
Para Virginia Henderson, a enfermagem foi definida, em 1955, como sendo o auxílio ao indivíduo (enfermo ou em boas condições) na realização daquelas atividades que favorecem a saúde ou sua recuperação (ou morte tranquila), que ele faria sozinho, caso tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. É, da mesma forma, singular contribuição da enfermagem, a de auxiliar a pessoa a tornar-se independente desse auxílio o mais breve possível⁽¹⁰⁾.

Sua teoria se insere na linha das necessidades humanas básicas, com o foco no cuidado ao indivíduo em seus 14 componentes de cuidados básicos de enfermagem. Henderson utiliza-se de uma abordagem holística para estabelecer o plano assistencial⁽¹⁰⁾.

Possui uma visão global de indivíduo, afirmando que mente e corpo são inseparáveis e, portanto, estão em pleno inter-relacionamento para o desenvolvimento das funções do ser humano. Para Henderson, o momento básico do cuidado de enfermagem advém das NHB e, por isso, nomeia a enfermeira como “mãe profissional”, pois atua sobre essas necessidades do ser humano⁽¹⁰⁾.

A Figura 3 apresenta o mapa mental da Teoria das Necessidades Fundamentais Virginia Henderson.

Figura 3. Mapa mental da Teoria das Necessidades Fundamentais de Virginia Henderson.



Imogene King: Teoria do Alcance de Metas

Imogene King utilizou um modelo conceitual para embasar sua teoria, chamado de Modelo Conceitual de Sistemas Aberto, no qual a saúde é definida como um ajuste contínuo a estressores no ambiente interno e externo para potencializar e otimizar os recursos do indivíduo⁽²¹⁾. Nesse modelo conceitual, King define três sistemas interativos: sistema pessoal (o indivíduo e o ambiente), sistema interpessoal (grupos em que o indivíduo está inserido) e sistema social (união de grupos de indivíduos)⁽³⁾.

Para King, a enfermagem seria uma percepção, relacionamento e ação diante do comportamento dos indivíduos, no qual enfermeira e paciente estabelecem uma relação de enfrentamento aos problemas de saúde que possui⁽²¹⁾. Para essa teórica, a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter sua saúde para poder desempenhar seus papéis⁽³⁾.

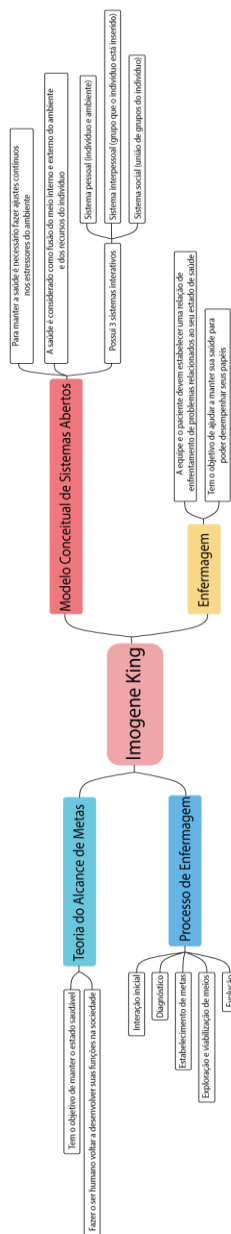
O PE de King se dá da seguinte maneira⁽²¹⁾:

1. Interação inicial: contato inicial que induz a interação enfermeira-paciente;
2. Diagnóstico: detecção das necessidades do indivíduo para alcançar a saúde;
3. Estabelecimento de metas: as metas precisam ser comuns entre enfermeira e paciente, com base nos diagnósticos detectados;
4. Exploração e viabilização de meios: encontrar formas para alcançar as metas traçadas;
5. Evolução: avaliação contínua do alcance de metas.

A meta da teoria de King é ajudar os indivíduos a manter um estado saudável para que eles possam desenvolver suas funções na sociedade⁽²¹⁾.

A seguir, apresenta-se a Figura 4 que ilustra o mapa mental da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King.

Figura 4. Mapa mental da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King.



Florence Nightingale: Teoria Ambientalista

Nascida no século XIX, ficou conhecida como “Dama da Lâmpada” devido aos seus feitos durante a guerra da Crimeia em 1854, prestando cuidados aos soldados feridos⁽¹²⁾. Com o prêmio por sua participação e feitos, fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres, em 24 de junho de 1860⁽¹³⁾.

Sua teoria é conhecida como “Teoria Ambientalista”, por ter como foco o meio ambiente e tudo que, nele, afetam a recuperação da pessoa hospitalizada. Ademais, a teoria traz a importância do cuidado humanizado prestado ao cliente em recuperação, com vistas a respeitar sua cultura e espiritualidade⁽⁵⁾.

A teoria assume três características principais, sendo elas a forma como a enfermagem lida com a doença, com o ambiente e como ele age diante da doença⁽²⁾.

Florence, atualmente, é reconhecida por suas anotações e propostas de implementação de higiene básica, sendo esses ligados à limpeza das roupas de cama, à luminosidade, à qualidade da água, do alimento e do ar, além da temperatura, pois acreditava que, dessa forma, seria possível sanar as doenças existentes e prevenir novas causalidades^(2,5). É notório a correlação entre o ambiente, a natureza e o ser humano e como esses fatores atuam entre si, bem como sua atuação sobre o estado de doença do paciente; diante desse estudo é possível observar as inúmeras contribuições que a teórica trouxe para o desenvolvimento da saúde⁽²⁾.

Mais precisamente, é tida para a importância do cuidado humanizado, prestado ao cliente em recuperação, com vistas a respeitar sua cultura e espiritualidade⁽⁵⁾. Diante disso, é necessário um equilíbrio no meio para manter a energia do paciente e, só assim, ele conseguirá se recuperar, respeitando toda a sua complexidade⁽¹²⁾.

Dessa forma, ela assume um processo organizativo e administrativo exclusivo da enfermagem, rompendo com a inserção e subordinação, aos médicos, dentro do sistema tecnocrata e impessoal da época⁽⁵⁾.

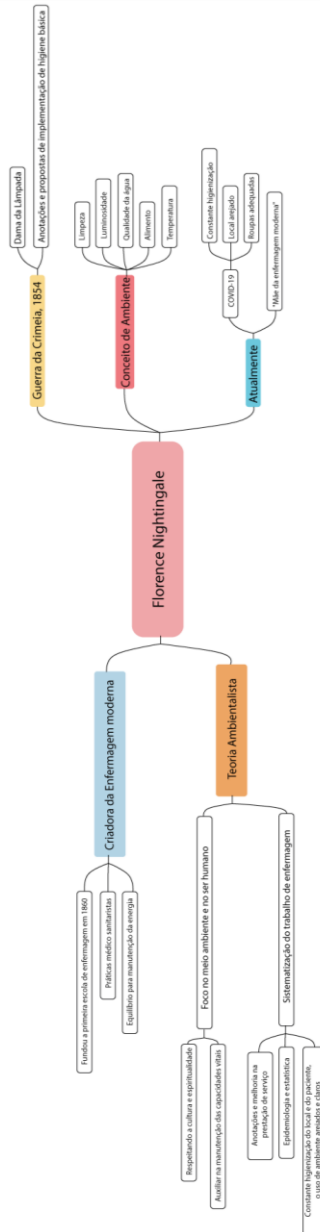
Além disso, ela assume um processo organizativo e administrativo exclusivo da enfermagem, rompendo com a inserção e subordinação, aos médicos, dentro do sistema tecnocrata e impessoal da época⁽⁵⁾. Tais feitos revolucionaram o cuidado com o paciente e o local. Dessa forma, Florence inicia os estudos e pesquisas no aspecto epidemiológico e como isso poderia afetar os pacientes, bem como, estatística sanitária, com as quais ela conseguia discernir quais seriam as melhores ações a serem implementadas^(13,14).

As bases de dados da qual ela utilizava, era a epidemiologia e estatística sanitária, com isso ela conseguia discernir quais seriam as melhores ações a serem prestadas, bem como, o processo normativo e do processo de prestação de serviço por parte dos profissionais de saúde, como é visto pela criação da escola de enfermagem de 1860⁽¹⁴⁾.

Diante da atual pandemia da Covid-19, é possível correlacionar com alguns aspectos propostos por Florence em sua teoria, tais como, a constante higienização do local e do paciente, o uso de ambientes arejados e claros, dentre outros. Dessarte, é notória a visualização da atualidade e da importância dessa teoria e da teórica. Assim, entende-se o porquê de ela ser chamada de “mãe” da enfermagem moderna⁽¹⁴⁾.

A Figura 5 apresenta o mapa mental da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

Figura 5. Mapa mental da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.



Dorothea Orem: Teoria do Autocuidado

A teoria de Dorothea Elizabeth Orem é mencionada, a princípio, no ano de 1958, trazendo uma reflexão sobre a prestação de cuidados aos pacientes e a sua importância na prática de tratamento e prevenção de agravos⁽¹⁵⁾, os quais podem afetar a estabilidade da saúde, sendo necessária a intervenção médica⁽¹⁶⁾.

É nomeada como “Teoria do Déficit do Autocuidado” e nela, o autocuidado é considerado uma forma de manutenção da vida, da saúde e do bem-estar⁽⁵⁾. Sua teoria surge com o objetivo de sanar a ausência de um grupo específico que dominasse os conhecimentos da enfermagem. Ou seja, o papel da enfermagem é a prestação de cuidados médicos, ou incentivo à mudança de hábitos, até que o paciente tenha a capacidade de cuidar de si mesmo⁽¹⁷⁾.

A teoria busca sanar as dificuldades do paciente até que ele consiga cuidar de si mesmo, cabendo o cuidado e a orientação adequados, com o intuito de estimular ao retorno do seu autocuidado⁽⁵⁾. Ou seja, a prestação de cuidados e o incentivo à mudança de hábitos são realizados até que o paciente tenha a capacidade de cuidar de si mesmo⁽¹⁷⁾.

Atualmente, Orem tem sido uma das teoristas mais utilizadas quando se trata de aplicação à realidade, pois, ela relata que o autocuidado está ligado ao desempenho ou práticas em que se pode realizar, para manter a vida e os hábitos. O seu referencial integra três teorias: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit no Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem⁽¹⁸⁾.

Sua classificação está baseada em três sistemas: sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo é incapaz de desenvolver ações de autocuidado, necessitando totalmente da enfermagem; sistema parcialmente compensatório, no qual tanto o indivíduo quanto a enfermagem desenvolvem ações de

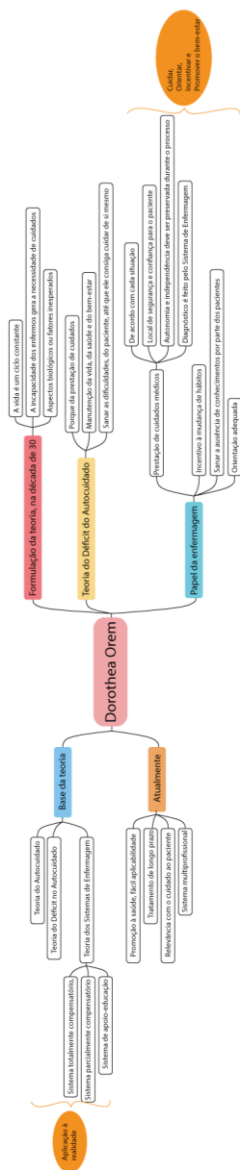
autocuidado; e sistema de apoio-educação, em que a pessoa é capaz de desenvolver o autocuidado, necessitando de ações de orientação do enfermeiro para que possa aprender a desempenhá-lo⁽¹⁹⁾.

Portanto, o enfermeiro pode diagnosticar/avaliar o paciente com déficit de autocuidado, seguindo algumas estratégias teóricas em sua avaliação, sendo elas componentes da Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Diante disso, cabe à equipe: cuidar, orientar, incentivar e promover o bem-estar e a melhora do autocuidado diante do quadro que ele estiver apresentando⁽²⁰⁾. Entretanto, durante o processo de recuperação, a autonomia e independência do paciente devem ser preservadas, pois, somente assim, o paciente irá assumir a responsabilidade do seu cuidado⁽¹⁵⁾.

Quando aplicado à atualidade, a teoria deve visar ao conceito epidemiológico e prescritiva, com isso, aprimorando suas habilidades conceituais e práticas. Ao inserir a Teoria do Déficit do Autocuidado na realidade, pode-se perceber sua compatibilidade por seguir três critérios, sendo eles: a fácil aplicabilidade na prática, o bom aproveitamento do sistema multiprofissional e sua relevância ao cuidado com o paciente. Promove, também, a intervenção educacional sobre o autocuidado e propicia o cuidado necessário em cada situação⁽¹⁸⁾.

A seguir, apresenta-se a Figura 6, que ilustra o mapa mental da Teoria do Autocuidado Dorothea Orem.

Figura 6. Mapa mental da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.



Peplau: Teoria do Relacionamento Interpessoal

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em 1909, na Pensilvânia. Porém, somente em 1952, sua teoria foi publicada e ganhou grandes proporções por suas características, como o foco na identificação das dificuldades e necessidades do ser, visando a sua melhor recuperação⁽²¹⁾.

Sua teoria é conhecida como “Teoria do Relacionamento Interpessoal da Enfermagem” e visa às relações interpessoais como um dos fatores que influenciam a participação do paciente no seu processo de melhoria⁽¹⁷⁾. Ademais, são experiências de aprendizagem e de crescimento pessoal, trocado entre ambos, considerando o fator biológico, psicológico, espiritual e sociológico⁽²²⁾.

Para se alcançar uma efetividade nessa teoria são necessários três fatores para a relação interpessoal no aprendizado, sendo o(a) enfermeiro(a), o paciente e o contexto em que o paciente vive. Além de três eixos conceituais/pessoais, para a formalização da teoria: conhecer a si mesmo, conhecer o outro e conhecer o local em que ambos estão; somente com o conhecimento desses que é possível conhecer a peculiaridade de cada situação e realizar o PE efetivo⁽²³⁾.

Ainda assim, é considerada de grande importância para a enfermagem psiquiátrica, pois o foco dessa teoria está em como a teoria pode proporcionar suporte e conceitos que facilitem o processo da prática de enfermagem⁽²¹⁾. Diante disso, os enfermeiros têm uma função facilitadora no aspecto do cuidado, ou seja, são eles os facilitadores do entendimento que deve ser esclarecido ao paciente⁽¹⁷⁾.

Portanto, a equipe de enfermagem contribui com o seu papel de ensino (interpessoal e interdisciplinar) e cuidado (comunitário e vinculado à família) para com o paciente que está recebendo os cuidados^(2,23).

Tendo em vista três eixos conceituais/pessoais para a formalização da teoria: conhecer a si mesmo, conhecer o outro e conhecer o local em que ambos estão, somente com o conhecimento desses é possível compreender a peculiaridade de cada situação e realizar um PE efetivo⁽²³⁾.

De tal maneira, Peplau propõe quatro fases para que o relacionamento interpessoal seja alcançado, com destreza, durante a aplicação do PE; sendo eles: a orientação, identificação, exploração e resolução⁽²³⁾.

1. Orientação: fase de definição do problema;
2. Identificação: seleção de assistência profissional apropriada;
3. Exploração: uso de assistência profissional para as alternativas de solução de problema;
4. Resolução: término do relacionamento com o profissional⁽²³⁾.

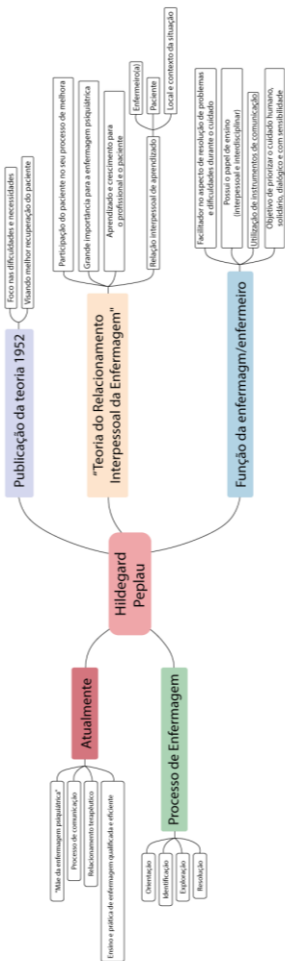
É perceptível, pela teoria de Peplau, dois pressupostos relacionados ao cuidado, sendo eles: a postura que o profissional de enfermagem possui diante do paciente pode interferir no resultado de experiência do doente; e a enfermagem sendo a escolhida como facilitadora no processo de resolução de problemas e nas dificuldades interpessoais que o indivíduo possa apresentar⁽²¹⁾.

Atualmente, é conhecida por seu trabalho voltado ao âmbito da enfermagem psiquiátrica, sendo considerada “mãe da enfermagem psiquiátrica”, pelo fato de sua luta por ensino e prática de enfermagem de forma qualificada e eficiente⁽²¹⁾. Considera-se também o cuidado humano advindo do processo de comunicação e pelo relacionamento terapêutico, seguindo um plano de assistência único de acordo com cada situação, tendo

por semelhança o PE em suas fases de relacionamento interpessoal⁽²³⁾.

A Figura 7 apresenta o mapa mental da Teoria do Relacionamento Interpessoal da Peplau.

Figura 7. Mapa mental da Teoria do Relacionamento Interpessoal de Elizabeth Peplau.



Considerações finais

Percebeu-se que o mapa mental pode ser uma forma gráfica de representar as principais ideias ou conceitos das sete teorias de enfermagem apresentadas neste capítulo. Assim, conclui-se que uma importante ferramenta visual que auxilia na estruturação de informações e que permite gerar aprendizagem mais significativa e de fácil compreensão durante o processo de estudo.

Com a utilização dos mapas mentais observa-se a visualização de uma teoria de uma forma simples, a qual propicia o desenvolvimento de habilidades críticas no PE, dessa forma, a identificação e o pensamento crítico são desenvolvidos ao utilizar os mapas mentais⁽²⁾.

Aplicando-se mapas mentais foi possível construir figuras representativas das respectivas teorias de enfermagem com foco nas suas principais características para facilitar a aprendizagem destes conteúdos que devem ser aplicados durante o processo de ensino e aprendizagem de estudantes de enfermagem.

Percebe-se no ensino de graduação que a compreensão das teorias de enfermagem ainda é um grande desafio para sua aplicação no PE entre os estudantes de enfermagem.

Referências

1. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR, 5(1) 7-15,1974.
2. Barbosa V, Silva J. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. Rev. enferm. atenção saúde UFTM. 2018;7(1):260-271.

3. Moreira TMM, Araujo TL. O Modelo Conceitual de Sistemas Abertos Interatantes e a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002;10(1):97-103. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100015>
4. Tannure MC, Pinheiro AM, Barata ML, Fortes NM. Um novo olhar sobre a anamnese e o exame físico. In: *Semiologia: bases clínicas para o processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 5-11.
5. Moreira LAB, Dias DS, Fernandes PKRS. Aplicabilidade das teorias de enfermagem na assistência de enfermagem. *Conexão FAMETRO 2017: arte e conhecimento XIII semana acadêmica*. ISSN: 2357-8645. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-53ace053f9e3592e9ec36fa51d8f2b6a2d495e04-arquivo.pdf>
7. Neto Lopes D, Nobrega MML. Holismo nos Modelos Teóricos de Enfermagem. *R. Bras. Enferm.*, 1999;52(2):233-242.
8. Gonçalves JV. Wanda de Aguiar Horta: biografia. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1988;22 (n.º especial):3-13.
9. Sá ACA. Ciência do Ser Humano Unitário de Martha Rogers e sua Visão Sobre a Criatividade na Prática da Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1994;28(2):171-176.
10. Neves RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev. Bras. Enfermagem*; 2006.
11. Borson LAMG, Cardoso MS, Gonzaga MFN. A teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Saúde Foco*. 2018;10. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/0105_A-TEORIA-AMBIENTALISTA-DE-FLORENCE-NIGHTINGALE.pdf
12. Palumbo I, Chagas S. Contribuições da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale para a prevenção e tratamento da

COVID-19. Hist enferm Rev eletrônica [Internet].

2020;11(Especial):39-45.:

<http://here.abennacional.org.br/here/v11/especial/a4.pdf>

13. Silva N, Farias D, Sousa J, Bezerra F, Ferreira L, Carvalho P. Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para a prática clínica do enfermeiro. UNINGÁ 2018;55(2):59-71.

14. Silva KPS, Silva AC, Santos AMS, Cordeiro CF, Soares, DAM, Santos FF, et. al. Self-care in the light of theory of Dorothea Orem: panorama of brazilian scientific production. Braz. J. of Dev. 2021;7(4):34043-34060.r.

15. Cintra K, Moreira B. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria de Orem, direcionados a uma paciente diabética tipo 1. RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis., 2012; 4(4): 853-856. <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/01/Diagn%C3%B3sticos-de-Enfermagem-Embasados-na-Teoria-de-Orem-direcionadas-a-uma-paciente-com-diabetes-tipo-1.pdf>

16. Braga AOM, Silva EA. Peplau X Orem: interação e autocuidado como estratégia da assistência de enfermagem. Revista Pró-UniverSUS. 2017;08(1):8-11.

17. Ribeiro OMPL, Trindade LL, Silva JMAV, Faria ACA. Prática profissional no contexto hospitalar: visão de enfermeiros sobre contribuições das concepções de Dorothea Orem contribuições das concepções de Dorothea Orem. Rev. Enferm. UFSM. 2021;11(e28): 1-20.

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/54723/pdf>

18. Foster PC, Bennett AM. Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 83-102.

19. Nicolato F, Couto A, Castro E. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Enferm. Cent. O. Min.* 2016; 6(2):2199-2211 doi: 10.19175/recom. v6 i2.1016.
20. Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev. esc. enferm. USP.* 2005;39(2):202-210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
21. Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Silva MJP. Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. *Rev Esc Enferm USP* · 2016;50(1):127-133. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>.
22. Cardoso T, Oliveir, R, Loyola C. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os Princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Esc. Anna Nery* 10 (4):718-724. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400014>.
23. George J. Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional. 4. edição. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Teorias de enfermagem em projetos de pesquisa

Nuno Damácio de Carvalho Félix³¹

ORCID: 0000-0002-0102-3023

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

³¹ Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem. Autor da Teoria do Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular (TEORISC). Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Bolsista de Pós-doutorado Júnior do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO).

Descritores: Teoria de Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Ciência.

Resumo

Apresenta-se uma reflexão estruturada para dialogar sobre teorias de enfermagem e sua utilização em projetos de pesquisa no contexto nacional e internacional. Discute-se sobre as estratégias de utilização, as potencialidades das teorias e seus componentes para delineamento adequado dos métodos de pesquisa e análise de resultados, assim como estado da arte sobre o conhecimento produzido utilizando teorias de enfermagem na pós-graduação brasileira e os impactos no avanço do conhecimento disciplinar.

Introdução

Apresenta-se pontos importantes quanto ao desenvolvimento de pesquisas utilizando teorias de enfermagem, os seus desafios, as potencialidades e as vertentes envolvidas nesse processo, discutidos no lançamento do selo comemorativo do Bicentenário de Florence Nightingale da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia em uma atividade de pesquisa orientada do programa de pós-graduação em enfermagem⁽¹⁾.

A ciência é o resultado entre o processo de busca (pesquisa) e o produto do conhecimento (teoria)⁽²⁾. Logo, não é possível separar teoria e pesquisa considerando a sua associação no processo de desenvolvimento do conhecimento. Destaca-se que esse conhecimento tem muita influência do momento em que a sociedade está vivenciando o seu contexto político, as características epidemiológicas, a visão de mundo dos

profissionais e dos pesquisadores que desenvolvem conhecimento próprio para a enfermagem.

Os pesquisadores devem entender claramente a definição de teorias e a sua relação no processo de desenvolvimento na enfermagem, como elas contribuem para o desenvolvimento da pesquisa e do conhecimento da profissão⁽³⁾. As teorias de enfermagem consistem em conjuntos de conceitos, logicamente articulados, que transmitem o olhar sistêmico sobre um fenômeno, com finalidades de descrição, explicação e prescrição na prática assistencial, respaldando os saberes e práticas da enfermagem. Assim, a construção e validação de teorias pela pesquisa são necessárias para o avanço da enfermagem enquanto profissão e ciência⁽⁴⁾.

A construção desse conhecimento por muito tempo esteve centralizada em um local de abstração, de difícil acesso e utilização nos variados campos de atuação profissional, em especial, da enfermagem⁽²⁾. O conhecimento próprio da Enfermagem é refletido por meio de teorias que precisam ser identificadas na prática profissional pesquisadas e testadas em variados ambientes de cuidado que demandam atuação do profissional de enfermagem.

Tem-se o grande desafio da prática profissional de transpor o conhecimento produzido, a estrutura conceitual, para a experiência prática da enfermagem. A enfermagem mundial e brasileira tem contribuído com esse processo de pesquisa e já produz conhecimento próprio da enfermagem há muito tempo, mesmo que muitas vezes de forma subscrita, o que dificulta a identificação e utilização na pesquisa em enfermagem.

O conhecimento teórico e próprio da enfermagem advém da prática profissional e é aprimorada por meio da pesquisa, desde a iniciação científica até a pós-graduação, como cursos de mestrado e doutorado e estágio pós-doutoral. Na pós-graduação, pode ser vista como uma oportunidade para os enfermeiros

pesquisadores terem maior aproximação e apropriação das teorias, utilizando-as de modo a contribuir para o crescimento da enfermagem enquanto profissão e ciência, inclusive em seus estudos metodológicos, dando origem a mais conhecimentos e materiais que se se aproximem tanto do abstrato como do prático⁽⁵⁾.

Entretanto, alguns questionamentos devem ser realizados: Qual o fenômeno de estudo do projeto de pesquisa? Quais os conceitos utilizados da enfermagem que fundamentam o objeto de pesquisa? Qual teoria fundamenta o meu projeto de pesquisa? Como a minha pesquisa contribui para o avanço da ciência Enfermagem?

Diante destes questionamentos, precisamos refletir como a pesquisa contribui para o avanço da ciência e do conhecimento próprio da enfermagem por meio do desenvolvimento e da utilização de teorias de enfermagem. É questionável a fala de pesquisadores que referem a não utilização de teorias na pesquisa, uma vez que esses conhecimentos são fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento e dos produtos que reflitam a realidade da prática clínica. Cada vez mais se tem a exigência de conhecimentos e evidências científicas para orientar o cuidado de enfermagem, em especial, oriundas da pesquisa.

Tem-se a necessidade de vincular a pesquisa à teoria de enfermagem, pois a pesquisa sem teoria resulta em informações ou dados isolados, que nada acrescentam na disciplina⁽⁶⁾. Assim, a enfermagem e seus pesquisadores devem estar cada vez mais comprometidos e envolvidos no processo de desenvolvimento, utilização, testagem e aprimoramento do conhecimento disciplinar da enfermagem.

Nessa perspectiva, a Enfermagem tem buscado se consolidar como ciência para estruturar o corpo de conhecimentos específico disciplinar e aumentar a visibilidade e

valorização da profissão, com consequentes impactos no ensino, na pesquisa, na prática e na gestão do cuidado de enfermagem, por meio das teorias de enfermagem. Para tanto, esse conhecimento tem se estruturado em teorias de enfermagem com diversos níveis de abstração, mas com demanda de aproximação de grandes teorias de experiências de enfermagem⁽³⁾.

As teorias de médio alcance e teorias de situação específica se apresentam como estruturas de conhecimento próprio da enfermagem que podem ser úteis para utilização na prática clínica trazendo conceitos mais abstratos para a experiência prática do enfermeiro e sua equipe. As teorias de médio alcance de enfermagem, por se localizarem a meio caminho das grandes teorias e da prática, contém características de referenciais teóricos e também de referenciais metodológicos, fornecendo aos enfermeiros a possibilidade prática de conectarem as perspectivas filosóficas da disciplina com o mundo real e as aplicações da teoria à prática clínica⁽⁷⁾.

Na pesquisa, as teorias de Enfermagem podem contribuir em variados aspectos relacionados ao objeto de pesquisa, por exemplo: Identificar áreas significativas e relevantes do estudo; propor abordagens plausíveis aos problemas de saúde pesquisados; desenvolver, testar ou reformular teorias vinculadas à pesquisa; definir conceitos e propor relações entre eles; desenvolver protocolos para a prática clínica fundamentada em conhecimento próprio; e gerar diagnósticos de enfermagem baseados nos achados da pesquisa⁽¹⁾ (Figura 1).

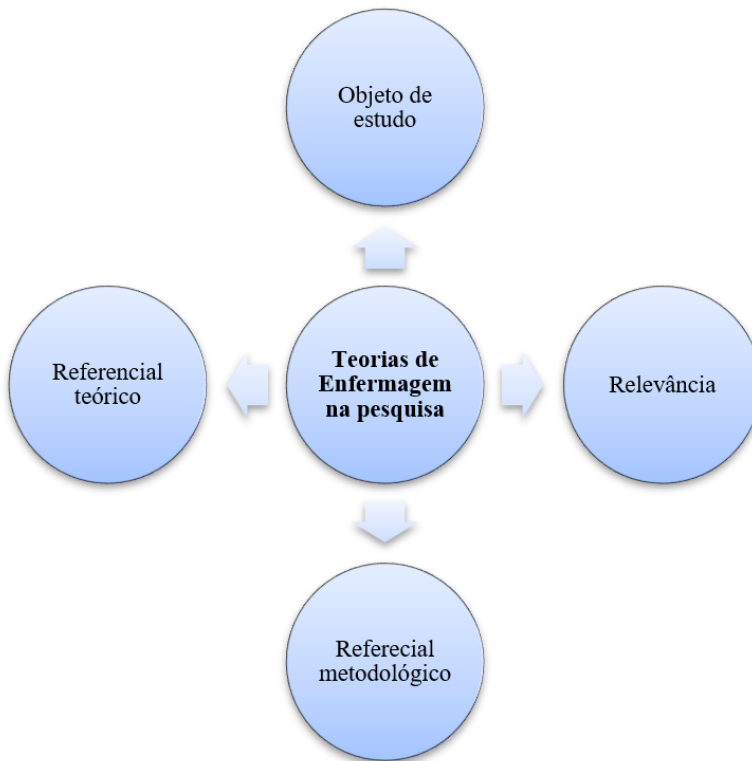


Figura 1 – Possibilidades de uso de teorias de enfermagem na pesquisa.

Estruturalmente, as teorias de enfermagem podem compor alguns aspectos dentro de projetos de pesquisa como: o problema de estudo, explicando brevemente como a teoria se aplica ao objeto de estudo; Por meio da revisão da literatura, narrando como a teoria se apresenta no estado da arte produzido sobre o tema estudado no projeto de pesquisa; no método, explicando como teoria será utilizada para operacionalizar o estudo e quais conceitos serão utilizados; e na discussão, relacionando com os achados do estudo e fornecendo sugestões para a prática e outras pesquisas.

Para o alcance dessas relações das teorias com os objetos de pesquisa, é necessário conhecer os componentes da teoria com potencialidades para uso no projeto de pesquisa. Entre os principais componentes, destacam-se o objetivo, as proposições, modelagem, os pressupostos e diretrizes para uso na prática, bem como na pesquisa, ensino e gestão do cuidado. Esses componentes iniciais contribuem para a especificação clara da finalidade da teoria, explicando a finalidade do desenvolvimento, relacionando-o ao contexto específico da assistência de enfermagem, sócio-político e clínico-epidemiológico⁽³⁾.

As proposições de teorias são definições para os conceitos de uma teoria em que se sugere alinhamento com o fenômeno, relacionando-se com os conceitos do metaparadigma da Enfermagem, pelo menos os conceitos e definições de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem em relação à especificidade da teoria. Esses conceitos definidos por proposições devem ser representados por uma modelagem, na qual haja uma representação esquemática das relações entre os conceitos e que apresentem alguns aspectos da realidade, por diversos meios, como formas geométricas e diagramas⁽²⁾.

Essa definição e conceitos por meio de proposições são essenciais para o desenvolvimento de pesquisas fundamentadas em teorias, uma vez que se demanda fenômenos definidos claramente pela literatura científica e que teorias de enfermagem podem trazer contribuições relevantes para o conhecimento específico do fenômeno relacionado à prática e a ciência enfermagem. Demanda-se avanço na utilização e no estudo de teorias e de todos os seus componentes, pois são essenciais para o desenvolvimento do conhecimento próprio da Enfermagem. Sua utilização na prática e na pesquisa promove o conhecimento como base de uma estrutura que o cuidado de enfermagem baseado em teorias.

Entendem-se necessários os avanços epistemológicos na enfermagem, especialmente em aspectos atrelados à realidade

brasileira, entre eles: ampliar o desenvolvimento de pesquisas teóricas de enfermagem, inclusive as de maior abrangência, visitar as poucas Teorias de enfermagem brasileiras produzidas e submetê-las aos critérios atuais de avaliação de teorias, investir na tradução de referências bibliográficas consagradas internacionalmente e rediscutir a relevância dos referenciais teóricos nas pesquisas⁽⁷⁾.

Wanda de Aguiar Horta⁽⁸⁾ considerava ser urgente para a Enfermagem o desenvolvimento de teorias próprias, e que para isso era preciso, além do adequado saber, pensamento lógico e criatividade. Tal perspectiva é contemporânea e muito discutida, apesar de poucos estudos e pesquisadores na Enfermagem colaborarem ativamente para seu desenvolvimento. Destaca-se a relevância do uso de teoria de enfermagem no processo de desenvolvimento da profissão, por meio da possibilidade de se propor um instrumento tecnológico capaz de nortear o cuidado de enfermagem, fornecendo constructos e conhecimento instrumental essenciais à integralidade⁽⁹⁾.

É grande a quantidade de teorias de enfermagem em teses brasileiras, as temáticas que podem ser trabalhadas e suas formas de aplicação, tanto na pesquisa como na prática clínica dos enfermeiros. A inclusão dessas teorias no ensino da enfermagem e a maneira de utilizá-las na pesquisa e na prática do enfermeiro ainda se mantêm intrincadas; nos achados dessa caracterização, muitos autores limitaram a aplicação das teorias apenas como marcos teóricos. Notou-se que as teorias não são utilizadas de modo uniforme no país e, quando utilizadas, muitas vezes acontecem de forma superficial. Porém, mesmo com essas ressalvas, identificou-se, nesse estudo, a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeline Leininger como a teoria mais utilizada pelos doutorandos⁽⁵⁾.

A literatura advoga que as teorias de enfermagem de médio alcance são as com maior potencial de aplicação clínica, com destaque no contexto do SUS. Não obstante, admite-se o desafio

da elaboração e aplicação de teorias de médio alcance na enfermagem brasileira, na prática e na pesquisa. Há premente demanda pelo conhecimento operacional das teorias de enfermagem e de como seu uso pode trazer melhorias à prática profissional e aos cuidados dispensados aos usuários da saúde, o que abriria caminho para críticas e ampliação das reflexões⁽¹⁰⁾.

Considerações finais

Diante do exposto neste capítulo, alguns aspectos são relevantes para destaque quanto a potencialidade das teorias de enfermagem e sua utilização na pesquisa na prática na assistência e na gestão. O impacto das teorias de enfermagem está relacionada a quatro grandes aspectos: melhoria da qualidade da prática clínica diante de um cuidado fundamentado em um conhecimento estruturado, delineado e respondendo às demandas da prática clínica; geração de indicadores clínicos relacionados à prática profissional que podem refletir sobre o conhecimento produzido; avanço no conhecimento disciplinar, em que a enfermagem ganha destaque na estruturação de um cuidado baseado em um conhecimento advindo da prática, investigado e analisado por meio da pesquisa; e visibilidade e valorização profissional por meio de um conhecimento disciplinar estruturado e testado, com impacto positivo na assistência de saúde nos mais variados contextos, considerando o metaparadigma da enfermagem pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Referências

1. Félix, NDC. Aplicação de teorias de médio alcance na pesquisa em enfermagem. [Internet]; 2020 nov 13. [cited 2020 Apr 12]. Video: 2 horas, 3 min e 2 seg. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=O1BymWNC200>

2. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. In McEwen M, Wills EM (Eds.), ed.4ª. Porto Alegre: Artmed, 2016.
3. Félix NDC. Components of the Development of Middle-Range Nursing Theories. *Biomed J Sci & Tech Res* 30(3)-2020. BJSTR. Available from:
<http://dx.doi.org/10.26717/BJSTR.2020.30.004953>
4. Bousso RS, Poles K, Cruz D de ALM da. Nursing concepts and theories. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2014 [acesso em 28 ago 2021]; 48(1). Available from:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>.
5. Alves HLC, Lima G de S, Albuquerque GA, Gomes EB, Cavalcante EGR, Amaral MCV. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. *Cogitare enferm*. [Internet]. 2021 [acesso em 10 set 2021]; 26. Available from:
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743>.
6. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St Louis (US): Mosby, 2011.
7. Brandão MAG et al. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2017 [Acesso 11 Set 2021]. 26(4), e1420017. Available from:
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001420017>
8. Horta WA. Contribuição para uma teoria em enfermagem. *Rev Bras Enf*. 23(3-6):17-25, 1970.
9. Félix NDC. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular. 2019. 399 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Available from:
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/19761>

10. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. *Rev Bras Enferm.* 2019 [Acesso 01 Set 2021]; 72(2):577-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

Processo de enfermagem na atenção primária: uma experiência curricular

Karine Marques Costa dos Reis³²

ORCID: 0000-0002-2025-7247

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Elisangela Andrade Silva Motta³³

ORCID: 0000-0002-9257-1825

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

³² Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

³³ Possui graduação em Enfermagem (1997), mestrado profissional (2017) pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão do Sistema de Saúde. Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e enfermeira no NEPS/HRT/SES/DF.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Teorias de Enfermagem.

Resumo

Diante da importância do ensino na graduação em enfermagem, permitindo a formação de um profissional reflexivo, experiências exitosas devem ser difundidas. Assim, o presente capítulo pretende demonstrar como o processo de enfermagem em um módulo temático da atenção primária utilizou a teoria de enfermagem como estrutura do cuidado, norteando a ação do futuro enfermeiro na assistência do indivíduo, família e comunidade. Desse modo, o capítulo trará de forma sintética a importância da teoria no cuidado do enfermeiro, seguindo pelos conhecimentos a serem obtidos na ciência Enfermagem e competências exigidas do futuro profissional, além da apresentação da metodologia de ensino utilizada e motivações dos docentes na escolha do modelo conceitual de Wanda Horta.

Introdução

Para se escrever um artigo trazendo a experiência curricular a partir de uma vivência no âmbito da educação superior em enfermagem, deve-se perpassar pelo significado que a enfermagem tem para o docente/discente e escola, e também entender as competências e o significado do profissional enfermeiro no cenário de ensino e a sua atuação no processo saúde-doença e no cuidado.

Nesse sentido, a enfermagem deve ser lembrada nos seus primórdios na figura de sua mais expoente representante, Florence Nightingale, que, a partir de uma família rica, surge, transforma uma prática, recebe o título de dama da lâmpada e

promove o surgimento da enfermagem como profissão. Nesse momento, onde o darwinismo social impõe a limpeza social e a priorização da cura a partir da medicina, que tem importância incomparável no curar, o cuidar do enfermeiro adquire forma como uma atividade além da benevolência, mas como um ofício científico⁽¹⁾.

Diante da dificuldade de entender a história da enfermagem no contexto do século XXI, a Ciência e Arte proposta por Florence às vezes é incompreendida. Florence traz a importância do estudo a partir de medidas científicas para o manejo e cuidado de pessoas em um ambiente mórbido, como o dos hospitais⁽²⁾. Assim, o cuidado extrapola o ser mulher e a caridade, e passa a ser uma profissão científica. Além disso, Florence supera-se ao cunhar a palavra arte para a profissão enfermagem. O contexto arte, neste capítulo, excederá o significado e a capacidade de ser criativo no cuidado. Aqui, a arte será tratada como a capacidade de se emocionar, ser empático e humanizar, individualizando o cuidado⁽²⁾.

Desse modo, a lâmpada torna-se o significado da arte, símbolo do cuidado ao outro. Quando Florence percorria inúmeros leitos dos hospitais na madrugada, seu objetivo não era o curar, mas estar próxima de quem estava morrendo, e exercia a compaixão ao se aproximar do sofrimento e solidão do próximo.

Nesse sentido, a historicidade da enfermagem passou pela identificação do fazer do enfermeiro para a segunda fase, a habilidade técnica do cuidado, culminando na fase da criação da cientificidade da enfermagem com a identificação dos objetivos das ações dos enfermeiros. Somente no século XX, o conhecimento próprio da enfermagem, baseado em teorias e o processo de enfermagem, é construído⁽³⁻⁴⁾.

Assim, ser docente de graduação e enfermeiro é ter a função de sensibilizar o estudante para o seu papel social,

empoderando o novo profissional a trilhar um caminho, com muito conhecimento baseado em evidências científicas, mas também um percurso rico em compaixão pelo significado do cuidado de outra pessoa. Este capítulo traz, então, uma experiência exitosa durante o terceiro ano do curso de graduação em enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) do Distrito Federal.

Escola Superior de Ciências da Saúde - Unidade de Samambaia

Diante dos objetivos do capítulo, torna-se imperioso caracterizar a instituição que se destaca por estar inserida na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com profissionais enfermeiros assistenciais cedidos para a docência, fazendo metade de sua carga horária na assistência e a outra na docência. Os profissionais são especialistas, mestres e doutores que, além da prática diária do cuidado, gestão e pesquisa, têm o magistério como relevante para propagar o cuidado.

O curso de enfermagem, com 80 estudantes anuais, consiste em quatro anos de estudos, divididos em habilidades práticas, desde o primeiro ano do curso, e dinâmicas tutoriais, ambas com incumbência de preparar o estudante na aquisição de competências cognitivas, estéticas, pessoais e morais do cuidado.

No primeiro ano, aborda-se de forma dinâmica e integrada conceitos de fisiologia, bioquímica, anatomia, farmacologia, genética, parasitologia e conceitos iniciais de enfermagem. Já no segundo ano, o estudante caminhará no cuidado da mulher gestante e criança, transitando pela atenção primária e hospitalar, pelas tecnologias leves e pesadas necessárias para o cuidado ampliado, além de disciplinas transversais como vigilância epidemiológica e gestão macro do Sistema Único de Saúde (SUS).

O terceiro ano destaca-se por ser o último a propiciar encontros em sala de aula, em ambiente protegido para a discussão e aprendizagem significativa, e será, nesse cenário, exposto o Módulo 302, com a denominação de “O cuidado ao adulto em Atenção Primária”, cujo objetivo primordial é subsidiar o estudante para a reflexão crítica e a produção do cuidado de enfermagem na atenção primária, enquanto instância ordenadora do SUS.

Ainda no terceiro ano é dada continuidade à abordagem da saúde do adulto na atenção psicossocial e hospitalar, além de gestão micro das unidades de saúde e um módulo de produção científica. Finalmente, ao quarto ano se reserva o internato e a apresentação da produção científica.

Assim, como o capítulo trata especificamente das atividades realizadas no terceiro ano, a partir deste momento serão feitas uma descrição e uma discussão acerca dos conhecimentos e competências necessárias para que esse discente possa vir a se tornar um profissional de saúde diferenciado.

Conhecimentos e competências do profissional enfermeiro

A enfermagem como disciplina acadêmica, baseada em teorias e métodos, apresenta na epistemologia inúmeros conhecimentos a serem adquiridos durante a formação inicial e continuada pela experiência e o cuidado diário. Baseado no positivismo lógico, o conhecimento empírico consiste no conhecimento observacional com verificação e replicação. Esse é um dos conhecimentos mais privilegiados pelo racionalismo^(3,5-6), através do qual se justificam as ações na prática, dando credibilidade à profissão⁽⁴⁾. Em sala de aula, o conhecimento empírico, baseado nas melhores evidências, é compartilhado com os estudantes a partir de casos clínicos, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP).

Já o conhecimento estético é representado pela criação de valor e importância da profissão, e também desenvolvimento da empatia e compaixão pelo sofrimento do outro⁽⁶⁾. O currículo do curso de enfermagem busca, através de vivências cotidianas e experiências em sala de aula com filmes, oficinas, sensibilizações e palestras, construir essa essência, formando profissionais mais aptos e humanizados para o cuidado.

Não menos importante, o conhecimento pessoal e ético é visto ininterruptamente através do engajamento e participação política do graduando e na definição de termos substanciais, como ética, valor, moral e obrigações e direitos do profissional enfermeiro⁽⁶⁾.

Dessa forma, para que se tenha um ensino a cada dia com maior qualidade, a busca é constante de um processo de trabalho que seja inovador, significativo e transformador. A inovação vai além de usar novas tecnologias, mas busca reinventar o cotidiano e realizar as atividades com planejamento prévio e consciência ética, moral e técnica sobre nossas ações.

Percebe-se que a inovação, muitas vezes empregada indeliberadamente, é assumida nos artigos analisados como um valor positivo *a priori*, como sinônimo de reforma e mudança, como transformação de propostas curriculares e como alteração de práticas costumeiras em um determinado grupo social. À vista disso, conclui-se que o conceito de inovação em educação detém uma ampla rede de significados que estão vinculados às diferentes concepções epistemológicas e ideológicas acerca do processo educativo⁽⁷⁾.

Neste sentido, o uso da inovação traz a possibilidade de utilizar diversos recursos tecnológicos e metodológicos para sensibilizar os discentes e aproximá-los das melhores práticas de saúde de forma leve, ativa e com significado para o grupo social específico, na realidade e situação específica criada.

Mas pensando na prática, fica uma pergunta: Como é possível trabalhar com inovação e ao mesmo tempo realizar as atividades no formato fixo e padronizado? Em nossa concepção, não é possível. Há a necessidade de buscar o ensino significativo, pois, se compreende que ele é vital para que o discente, em especial se se busca um futuro profissional protagonista em seu próprio processo de ensino-aprendizagem, se aproxime dos temas apresentados com naturalidade, acessibilidade, fortalecendo novos conhecimentos e estimulando a transformação da realidade social.

Darroz⁽⁸⁾ refere que cada vez mais o ensino deve buscar a formação de cidadãos “críticos, éticos e com capacidade de interpretar o mundo à sua volta [...]”. E, por isso mesmo, a necessidade de buscar formas diversas para possibilitar metodologias que favorecem tal perfil se acumula e o ensino significativo vem tomando lugar entre as opções existentes. Esse autor aborda o tema *aprendizagem significativa* e discute a teoria de David Ausubel, realizando uma resenha sobre o livro didático de Marco Antônio Moreira e Elcie Aparecida Fortes Salzano Masini, intitulado *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*, no qual é apresentado esse conceito como “o processo pelo qual o novo conhecimento se articula a uma determinada estrutura cognitiva prévia, denominada subsunção”⁽⁸⁾.

Assim, é necessário realizar atividades que tragam significado ao discente para que o conhecimento adquirido, a partir do conhecimento prévio ou subsunção existente, possa se tornar permanente, utilizável e fortalecido com a possibilidade de novas interpretações, como reforça Darroz⁽⁸⁾:

[...] a aprendizagem será significativa ao se efetivar a interação não literal e não arbitrária entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos. Nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito, e os conhecimentos prévios, novos significados ou maior estabilidade cognitiva.

As possibilidades de aprendizagem se tornam maiores e a potencialidade do ensino significativo se torna real e necessária para o perfil de discente ativo e transformador, foco deste trabalho. Acredita-se que o discente (futuro profissional) deve agir em seu ambiente laboral não como um mero espectador, mas como um agente ativo, transformador e promotor de mudanças, sempre relacionado ao contexto social em que se encontra inserido.

Assim, as transformações podem acontecer de forma gradual e natural quando iniciado um processo cognitivo com apreensão de conteúdo (memorização) e a partir das aproximações com a realidade onde se está inserido; a motivação para o aprendizado e a intencionalidade de quem programa a ação educativa podem permitir possibilidades de modificação do cotidiano e novas conquistas⁽⁹⁾.

Nesse sentido, o educador é fundamental quando de forma competente atua como facilitador do processo ensino-aprendizado. Entendendo a competência como algo muito maior do que simplesmente o somatório do conhecimento, da habilidade e da atitude, mas que envolve processos inter-relacionados e interdependentes e que são modificados conforme a situação do cotidiano se apresenta, como apresentado na Figura 1.



Figura 1 - Diagrama/Ilustração sobre o conceito de competência
Fonte: Motta⁽¹⁰⁾.

A enfermagem vive um momento relevante, pois espera aprovar as novas diretrizes curriculares, baseadas no currículo, que tem como ponto forte as competências, e na atenção primária, que tipicamente tem como base do atendimento as tecnologias leves e leves duras, o que exige do educador um planejamento e uma organização prévia do processo de ensino-aprendizagem que fortaleça e também desenvolva conhecimentos técnicos relacionados sobre a atenção primária, habilidades de comunicação, trabalho em equipe e liderança, entre outros, aliado à atitude de segurança, humanização e empatia, todas ancoradas no conhecimento técnico e nos princípios da cientificidade, sempre relacionado à diversidade das situações que se apresentam.

A seguir, será feita uma breve descrição do processo de trabalho desenvolvido na 3ª série, no eixo dinâmica tutorial, considerando as atividades baseadas nas competências que deveriam ser desenvolvidas/incentivadas e com o uso de uma metodologia baseada em um modelo conceitual.

Metodologia de ensino baseado em um modelo conceitual

Diante do ensino remoto, a necessidade de inovação e a integração do estudante na aprendizagem significativa e modificadora da realidade, optou-se no Módulo 302, do cuidado ao adulto em atenção primária, pela construção diária do conhecimento a partir da metodologia ativa, através da sala de aula invertida.

A sala de aula invertida é uma modalidade de *e-learning* onde o estudante realiza o estudo previamente e os conteúdos são selecionados e/ou disponibilizados pelo professor e se planeja e se prepara para atividades de discussão, análise, síntese, aplicação, elaboração própria, resolução de problemas e projetos nos encontros presenciais/remotos síncronos⁽¹¹⁾.

Assim, antes da aula, o aluno se prepara utilizando uma série de recursos previamente planejados e selecionados, conforme os objetivos a serem alcançados, como vídeos previamente gravados, material disponível na internet, textos, livros didáticos, além de responder a uma série de questões de avaliação sobre o material estudado⁽¹¹⁾.

Sobre o planejamento das atividades presenciais em sala de aula, o mais importante é o docente explicitar os objetivos a serem alcançados e propor atividades coerentes para auxiliar os alunos no processo de construção do conhecimento em discussões em grupo. Logo, no encontro presencial, há uma rápida retomada dos conceitos estudados de forma autônoma, em seguida, o foco principal é a aplicação prática desses conceitos para se efetivar a atividade proposta⁽¹¹⁾.

Ao se adquirir os conhecimentos factuais antes de entrar na sala de aula, a concentração nas formas mais elevadas do trabalho cognitivo, ou seja, a aplicação, análise, síntese, significação e avaliação desse conhecimento acontecem em sala de aula, onde eles têm o apoio de seus pares e do instrutor.

Diante dessa sustentação teórica e metodológica, todos os estudantes tinham contato com o material referencial antes da sala de aula e de um caso clínico na atenção primária que permitia ao estudante trabalhar com esse material no seu ritmo e tentar desenvolver o máximo de compreensão possível.

O caso, então, auxiliava no raciocínio clínico e diagnóstico com aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria de Wanda Horta⁽¹²⁾. A partir desse caminhar prévio individual e coletivo, o estudante pode entender a atuação do enfermeiro e captar as dúvidas que podiam ser esclarecidas em sala de aula, a partir do planejamento e aproveitamento no momento presencial, com os colegas e com o professor.

Diante dessa metodologia de ensino, a escolha de uma teórica para basear o cuidado e o ser enfermeiro no atendimento

do caso clínico proposto foi indispensável. Essa escolha visa o desenvolvimento de competências cognitivas quanto o entendimento e aplicação dos protocolos de cuidados e consequentemente a satisfação de necessidades do indivíduo, família e comunidade, não esquecendo também da priorização do acolhimento e da escuta ativa.

Assim, escolha de Wanda Horta respalda-se na justificativa de ser a única enfermeira brasileira que orientou o cuidado do enfermeiro a partir das necessidades humanas básicas e nos princípios do equilíbrio, adaptação e holismo⁽¹²⁾. Além disso, Horta traduziu o processo de enfermagem nas suas cinco etapas, entre elas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, o que mais tarde o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) ratificou e dispôs como atribuição privativa e obrigatória do enfermeiro⁽¹³⁾.

Conclusão

Assim, o uso da teoria para nortear o cuidado a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem trouxe aos futuros enfermeiros a possibilidade de entender e atuar na prática da atenção primária em saúde. Os vários encontros, com casos clínicos que exemplificam a realidade e trouxeram ao estudante a oportunidade de atuar baseando em um modelo conceitual, somaram-se à construção desse profissional.

Nessa lógica, o capítulo sustenta a importância da teoria de enfermagem no cuidado inerente ao enfermeiro, o planejamento e a implementação de atividades buscando a inovação, o uso das competências e o significado para não apenas compreensão dos conteúdos, mas sua transformação na atuação do cotidiano. Entende-se que essas ações trarão benefícios à medida que poderão reverberar em outras instituições de ensino superior, como modelos de métodos de aprendizagem modernos e propícios para a aquisição das competências do futuro

enfermeiro, não esquecendo do conhecimento arte e estético proposto por Florence.

Referências

1. Padilha MICS, Borenstein MS. História da Enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):532-8. doi: 10.1590/S1414-81452006000300024
2. Dias LP, Dias MP. Florence Nightingale e a História da Enfermagem. *Hist enferm Rev eletronica [Internet]*. 2019 [acesso em 10 Set 2021];10(2):47-63. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v10/n2/a4.pdf>
3. Gomes VLO, Schubert B, Vânia M, Padilha MIS, Vaz MRC. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. *Invest. educ. enferm*. 2007;25(2):108-15. ISSN 0120-5307
4. Almeida, MCP, Mishima SM, Pereira MJB, Palha PF, Villa TCS, Fortuna CM, et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? *Rev. Bras. Enferm*. 2009;62(5):748-52. doi: 10.1590/S0034-71672009000500017
5. Marriner-Tomey A, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier; 2006.
6. Bielkiewicz G. Theories from the sociologic sciences. In: McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2014 [acesso em 10 Set 2021]:278-304. Disponível em: https://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_171030_28.pdf
7. Tavares FGO. O conceito de inovação em educação: uma revisão necessária. *Educação*. 2019 [acesso em 15 ago

2021];(44):1-17. ISSN:0101-9031. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/journal/1171/117158942006/html/>

8. Darroz LM. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. REP [Internet]. 2018 [acesso em 15 agosto 2021];25(2):576-80. Disponível em:
<http://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/8180>

9. Puhl CS, Müller TJ, Lima IG. As contribuições de David Ausubel para os processos de ensino e de aprendizagem. Rev. Dynamis. 2020;26(1):61-77. doi: 10.7867/1982-4866.2020v26n1p61-77

10. Motta EAS. O desenho de competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço com base no olhar dos supervisores de Enfermagem de unidades clínicas e um hospital público do Distrito Federal [dissertação de mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017. 170 p.

11. Oliveira BLCA, Lima SF, Rodrigues LS, Pereira Júnior GA. Team-Based Learning as a Collaborative Learning Form and Flipped Classroom with Process. Rev. bras. educ. med. 2018;42(4):86-95. doi: 10.1590/1981-52712015v42n4RB20180050

12. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USP. 1974;8(1):7-15. doi: 10.1590/0080-6234197400800100007

13. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen/DF, 2009 [acesso em 24 ago 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

**PROCESSO DE ENFERMAGEM E
CASOS CLÍNICOS**

Crescimento e desenvolvimento da criança: uma análise das Necessidades Humanas Básicas

Hellen Torres Coelho³⁴

ORCID: 0000-0002-2526-3144

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Stephany Nestor da Silva³⁵

ORCID: 0000-0002-5813-8972

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Brenda Tayrine Tavares Souza³⁶

ORCID: 0000-0003-4469-3198

Centro Universitário do Distrito Federal (UDF)

Lúcia Helena Bueno da Fonseca³⁷

ORCID: 0000-0002-1400-4024

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

³⁴ Graduanda de enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (UnICEUB). E-mail: hellentorrescoelho@gmail.com.

³⁵ Graduanda de Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (UnICEUB). E-mail: stephany.nestor@gmail.com.

³⁶ Graduanda de Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF). brenndatayrine@gmail.com.

³⁷ Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Docente do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FE-PECS).

Descritores: Teoria de Maslow; Teoria de Wanda Horta; Wanda Horta; Necessidades humanas básicas.

Resumo

Este capítulo tem como objetivo trazer a discussão acerca de um caso clínico advindo da consulta de enfermagem, realizado em uma unidade de saúde do Distrito Federal, do crescimento e desenvolvimento de uma criança, a fim de traçar e solucionar as necessidades básicas que estão em desequilíbrio com o emprego da teoria de Wanda Horta. Observa-se que a enfermagem, embasada em conhecimento, proporciona o cuidado a necessidade que se encontra em desequilíbrio no tempo e espaço para que o equilíbrio dinâmico seja restabelecido.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), atualmente regida pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), possui como principal foco a sua expansão, qualificação e consolidação. Para isso, a Equipe de Saúde da Família (EqSF) elenca o profissional enfermeiro, o qual desenvolve papel importante para qualificar o atendimento às pessoas e coletividades na APS. Dentre essas atividades, destaca-se a Consulta do Enfermeiro (CE)⁽¹⁻²⁾.

A CE é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) por meio da Resolução nº 358/2009⁽³⁾, sendo considerada correspondente ao Processo de Enfermagem (PE) quando realizada em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais, domicílios, escolas, dentre outros. Além disso, sua operacionalização deve ser guiada por cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, sendo: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, as quais devem estar ancoradas por um suporte teórico que oriente o enfermeiro na

implementação de cada etapa⁽³⁻⁴⁾. No que se refere à segunda etapa, o diagnóstico de enfermagem exige raciocínio clínico e conhecimento da taxonomia da NANDA-I, uma vez que essa definição deve se aplicar à realidade observada do cliente, com julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde⁽⁵⁾.

Atualmente o PE está contribuindo para a formação de profissionais de saúde que valorizem os cuidados relacionados ao binômio saúde-doença, em que os aspectos psíquicos e físicos são indissociáveis para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico. Dá necessidade de maior reflexão sobre este contexto paradoxal entre o subjetivo e o objetivo.

Para Wanda de Aguiar Horta, “apoiar em Enfermagem é fazer pelo ser humano o que ele não pode fazer por si mesmo”⁽⁶⁾. Bem como ajudar ou auxiliar quando parcialmente incapaz de se cuidar. O conceito de necessidades utilizado por Horta influencia gerações de enfermeiras brasileiras. Atualmente, no ensino e na prática da enfermagem, é provavelmente o mais referenciado⁽⁶⁾.

O PE é um método utilizado para se implantar na prática profissional, utilizando uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria, torna-se necessária a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam implantados na prática. Na segunda metade dos anos de 1960, Wanda de Aguiar Horta, baseou-se na teoria da motivação humana, proposta por Abraham Maslow, e na teoria de João Mohana para elaborar a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs)⁽⁷⁾, a qual valoriza essas necessidades humanas em qualquer contexto da assistência à saúde. Partindo de seus pressupostos, essa teoria permite uma aproximação entre enfermeiro e paciente na percepção de um cuidado integral, considerando-o como um ser biopsicossocial e espiritual⁽⁸⁾.

As NHBs são caracterizadas como comuns a todos os indivíduos, variando na forma como são atendidas, expressas ou

satisfeitas. São fundamentais para a manutenção e promoção da saúde. Apesar do reconhecimento da importância, a prática cotidiana pode ser uma práxis para o cuidado humanizado. Com base no referencial teórico de Horta, entende-se que qualquer necessidade do ser humano, desde as fisiológicas até a realização pessoal, é denominada de básica, respeitando-se a particularidade de cada caso individualmente, que adquire um significado diferenciado. Esse paciente dificilmente alcançará sua satisfação pessoal sozinho, exigindo, por sua vez, outros recursos pessoais ou materiais para fazê-lo⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Essa teoria trata da hierarquização das necessidades, dessa forma, o enfermeiro busca, por meio de suas ações, o equilíbrio das NHBs, trazendo a harmonização dos níveis das necessidades, ou seja, o equilíbrio dinâmico. Assim, um sujeito doente tem suas necessidades em desequilíbrio⁽¹¹⁾.

Tal desequilíbrio poderá levar até mesmo à internação, o que gera desconforto, isolamento e perda de privacidade e de autonomia, pois o paciente não tem capacidade de escolha, decisão e expressão. Com o princípio da autonomia sem ser exercido, ele fica à mercê dos profissionais, colocando a confiança e sua vida nas mãos deles, o que configura a necessidade de cuidado que caracteriza a integralidade que atinge todas as dimensões do ser humano^(7,9).

Horta classifica as necessidades humanas básicas em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, e estabelece relacionamento entre os conceitos de ser humano, ambiente e enfermagem. A teoria descreve a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde e que, através de um método científico, consegue atuar eficientemente. Esse método, para Wanda Horta, denomina-se PE, que é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano, caracterizada nas seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem,

evolução e prognóstico. Através do desenvolvimento e aplicação dessas fases, é possível desenvolver a assistência em enfermagem com o intuito de proporcionar segurança ao paciente⁽¹²⁾.

A busca por um cuidado humanizado é embasada cientificamente e se faz necessária para toda a prática do cuidado; os diagnósticos de enfermagem são essenciais para o cuidado humanizado e é uma das fases do PE é também essencial para toda a evolução do paciente⁽¹³⁾

O Quadro 1 mostra as NHBs Psicobiológicas e seus respectivos conceitos formulados por Benedet e Bud⁽¹⁴⁾, que buscaram definir as necessidades humanas básicas de Wanda Horta, que não teve tempo de vida para fazê-lo.

Quadro 1 - Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas, Psicossocial e Psicoespiritual e seus respectivos conceitos.

Necessidade Humana Básica	Conceito
Necessidade de oxigenação	É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação; de difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; de transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção de dióxido de carbono; e de regulação da respiração, com o objetivo de produzir adenosina trifosfato (ATP) e manter a vida.
Necessidade de hidratação	É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água,

	com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Necessidade de alimentação	É a necessidade do indivíduo de obter os alimentos necessários, com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida.
Necessidade de eliminação	É a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.
Necessidade de sono/repouso	É a necessidade do organismo em manter, durante certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa, e as funções corporais parcialmente diminuídas com objetivo de obter restauração (diminuição recorrente das atividades corporais).
Necessidade de atividade física	É a necessidade de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.

Necessidade de sexualidade	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar.
Necessidade de cuidado corporal	É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal.
Necessidade de integridade física	É a necessidade do organismo de manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.
Necessidade de regulação térmica	É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36°C e 37°C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda de energia térmica).
Necessidade de regulação hormonal	É a necessidade do organismo de manter a regulação das funções metabólicas.
Necessidade de regulação neurológica	É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e

	coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Necessidade de regulação hidrossalina	É a necessidade do organismo de manter a concentração de sódio sérico dentro dos parâmetros da normalidade (135 a 145 mEq/L), o que é regulado com a absorção de água e com a liberação de aldosterona.
Necessidade de regulação eletrolítica	É a necessidade do organismo de manter a regulação apropriada entre o volume de líquidos e a composição iônica dos líquidos orgânicos.
Necessidade de regulação de crescimento celular	É a necessidade do organismo em manter a multiplicação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade, com o objetivo de crescer e desenvolver-se.
Necessidade de regulação vascular	É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais, através do sangue, para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
Necessidade de preparação dos órgãos dos sentidos	É a necessidade do organismo de perceber o meio através de estímulos nervosos, com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente.

Necessidade de locomoção	É a necessidade do ser humano de se transportar de um lugar para outro.
Necessidade terapêutica	É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde.
Necessidade de segurança física e meio ambiente	É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida, com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica.
Necessidade de segurança emocional	É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Necessidade de amor/aceitação	É a necessidade do indivíduo de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral, com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Necessidade de liberdade/participação	É a necessidade que cada um tem de agir, conforme a sua própria determinação, dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas (sociais, culturais, legais) definidas. Em resumo, é o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.

Necessidade de comunicação	É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens, utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com o objetivo de interagir com os outros.
Necessidade de criatividade	É a necessidade do indivíduo de ter ideias e produzir novas coisas, com o objetivo de realizar-se (vir a ser).
Necessidade de aprendizagem/educação para a saúde	É a necessidade do indivíduo de adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida, com objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde.
Necessidade de gregária	É a necessidade do indivíduo de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Necessidade de recreação/lazer	É a necessidade do indivíduo de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir ideias e coisas, com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se.
Necessidade de espaço	É a necessidade do indivíduo de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrair-se, com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.

Necessidade de autorrealização	É a necessidade do indivíduo de realizar o máximo com suas capacidades física, mental, emocional e social, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser.
Necessidade de autoestima, autoconfiança e autorrespeito	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de perceber-se como o centro vital da própria existência.
Necessidade de autoimagem	É a necessidade que o indivíduo tem de ter um conjunto de ideias, conceitos, opiniões e imagens de si mesmo, bem como de saber a imagem que supõe projetar para os outros.
Necessidade de atenção	É a necessidade do indivíduo de se sentir cuidado.
Necessidade de espiritualidade	É uma necessidade inerente aos seres humanos, vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Como, por

	exemplo, ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião.
--	---

Fonte: Benedet e Bud⁽¹⁴⁾.

A enfermagem pode ser definida de forma ampla como a ciência do cuidado, tanto em termos da assistência e do protagonismo do processo de cuidar, quanto em termos de promoção, proteção e educação à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem configura-se como uma prática social empreendedora, possibilitada pela ampliação dos espaços de prática profissional, mas, sobretudo, pelo seu reconhecimento na implantação das diversas políticas de saúde e na manutenção da atenção à saúde de grandes centros⁽¹²⁾.

A enfermagem tem assumido um papel cada vez mais prospectivo no que diz respeito à identificação das necessidades de cuidados da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos utilizadores nas suas diferentes dimensões, sobretudo, pela sua produtividade e resolutividade e inserção em diferentes contextos^(13,15). E a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita que o enfermeiro possa desenvolver e aplicar seus conhecimentos, visando a uma assistência de qualidade, sendo uma prática privativa do enfermeiro de acordo com a Resolução Cofen nº 358/2009⁽³⁾ por ser uma prática científica que contribui junto com as ações de enfermagem para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade⁽⁵⁾.

Ainda segundo essa Resolução⁽³⁾, a SAE tem como objetivo diminuir as complicações durante o tratamento, facilitar a recuperação e trabalhar com a família e a comunidade,

promovendo saúde e o bem-estar biopsicossocial, por meio das cinco etapas. Com isso, o enfermeiro planeja, reflete e justifica suas intervenções, a partir da SAE⁽⁵⁾.

A teoria da motivação humana, fundamentada por Maslow, é centrada no homem, um ser insaciável; dessa forma, assim que uma necessidade for suprida, servirá de base para uma nova demanda do indivíduo. Esse comportamento motivador é classificado como uma NHBs, determinante do comportamento, sendo de fundamental importância compreender os estados do organismo, pois eles podem ser entendidos como motivadores ou motivados para essas unidades fisiológicas⁽¹⁶⁾.

A teoria que Maslow estruturou considera uma hierarquia das NHBs e tem o princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento para satisfazê-las, de acordo com níveis hierárquicos. A classificação hierárquica é apresentada em cinco níveis, que são: Necessidades básicas ou fisiológicas, Necessidades de segurança, Necessidades de amor e/ou sociais, Necessidades de estima e Necessidades de autorrealização⁽¹⁷⁾.

O corpo humano está constantemente em busca da homeostasia, que consiste nos esforços automáticos para manter um estado constante de conforto. As necessidades fisiológicas, também chamadas de impulsos, podem ser desencadeadas por um determinado comportamento, que pode ser por um déficit orgânico no corpo humano ou apenas por busca por consolo. Assim, as NHBs se sobrepõem a todas as outras, ou seja, elas seriam as principais motivações para alcançar harmonia no organismo do que qualquer outra⁽¹⁶⁾.

Ainda com esse pensamento, todo ser humano tem necessidades básicas para a sua sobrevivência e seus comportamentos são movidos a fim de saciar essas necessidades. Portanto, A teoria da motivação humana ou teoria das NHBs de Abraham Maslow trata-se de uma hierarquia de

necessidades, na qual, para que se busque e suba um nível da hierarquia, os níveis anteriores terão que ser alcançados. Dessa forma, “um indivíduo insatisfeito é um homem enfermo; e a não satisfação das necessidades básicas, com o tempo pode significar o surgimento de patologias graves”⁽¹¹⁾.

Segundo essa teoria, nem todas as necessidades fisiológicas são homeostáticas, mas, segundo o entendimento, para se ter uma homeostase é necessário outros fatores para que isso ocorra, por exemplo, a necessidade de alimentar-se, com o objetivo de suprir nutrientes que faltam para que o corpo esteja em pleno funcionamento. Assim, “Os determinantes mais sutis que normalmente se misturam com impulsos fisiológicos ao organizar até mesmo comer, beber ou comportamento sexual”⁽¹¹⁾.

As necessidades fisiológicas são consideradas primordiais, constituindo a base dessa hierarquia e, quando se encontram irrealizadas, tendem a dominar a motivação do comportamento do ser humano, tornando as outras não tão essenciais, até que seja completamente suprida. Embora o indivíduo satisfaça todas as necessidades da hierarquia, o organismo ainda será dominado por ela⁽¹¹⁾.

O homem é um ser dinâmico que tem como principal habilidade a reflexão, imaginação, autenticidade e individualidade, os quais lhe proporcionam estados de equilíbrio e desequilíbrio. Quando há mudanças no estado de saúde do indivíduo, que levam à desarmonia, as NHBs precisam ser supridas a fim de desencadear o bem-estar do paciente. Entretanto, há barreiras físicas e psíquicas que provocam limitações, logo, a necessidade do auxílio profissional da enfermagem⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a enfermagem proporciona harmonia, ou seja, mantém o estado de equilíbrio e reverte desequilíbrios de maneira que respeite a singularidade do indivíduo,

identificando-o como ser, e não como doença. Logo, inclui o paciente no plano assistencial, tornando-o ativo por meio da educação, para realizar o próprio autocuidado⁽¹¹⁾.

Caso Clínico

Histórico de Enfermagem

Paciente I. G., 7 meses, residente no Distrito Federal, em casa de alvenaria com saneamento básico, compareceu ao centro de saúde para consulta de Crescimento e Desenvolvimento acompanhada da mãe. Nega queixas. Mãe relata pré-natal, parto e pós-parto sem intercorrências. Lactente nascida de parto normal, 37s+4d, a termo, sem intercorrências. Apgar: 8/9, Peso ao nascer: 2.690 g, Estatura: 48 cm, P.C: 33,5 cm. Mãe relata que, aos dois meses de vida, foi internada devido à Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS), onde foi diagnosticada com bronquiolite, e realizou o tratamento adequadamente. No 5º mês, foi internada novamente devido à bronquiolite. Faz acompanhamento ambulatorialmente com pneumologista mensalmente, devido a duas internações seguidas.

Medicação de uso contínuo iniciada há dois meses: Beclometasona (Clenil HFA 50mcg 1x/dia). Não faz uso de sulfato ferroso e não tomou dose de vitamina A. Nega uso de outras medicações. Relata higiene diária da casa e nega alérgenos que possam desencadear crises respiratórias na casa, orientada anteriormente. Histórico familiar de asma (mãe, até os 14 anos), nega doenças crônicas na família. Mãe trabalha como auxiliar administrativo no período da tarde e avó quem cuida da criança no período diurno. Pai está internado em clínica de reabilitação para tratamento de dependência química, e não participa efetivamente na criação da filha. Criança em alimentação complementar com uma papa salgada preparada pela avó materna e amamentação a livre demanda. Eliminações vesicais, segundo a mãe, com aspecto transparente e odor

fisiológico, sem alterações. Eliminações intestinais presentes, com característica amarronzada, odor fisiológico e em quantidade adequada sem alterações. Situação vacinal conforme calendário do Ministério da Saúde. Marcos do desenvolvimento adequado para a idade.

Ao exame físico:

Peso: 8,8 kg Comprimento: 67 cm Perímetro Cefálico: 45 cm IMC: 19,6 kg/m², BEG, ativa e reativa, comunicativa (fazendo gestos, sorrindo) e cooperativa, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, eupneico em ar ambiente.

Cabeça: Normocefálica, couro cabeludo preservado, cabelos com boa higiene, fontanela bregmática normotensa 1x2 polpas digitais com ausência de abaulamentos, pupilas fotorreagentes e isocóricas com esclerótica esbranquiçada, orelhas bem implantadas na altura dos olhos, nariz simétrico e sem alterações. Mucosas hidratadas e sem alterações.

Tórax: Simétrico, expansibilidade adequada, murmúrios vesiculares fisiológicos presentes e sem ruídos adventícios, ausência de esforço respiratório. À ausculta cardíaca: Ritmos Cardíacos Regulares com Bulhas Normofonéticas em 2T, sem presença de sopros.

Abdômen: Globoso, flácido, Ruídos Hidroaéreos presentes, indolor a palpação superficial e profunda. Ausência de massas ou visceromegalias.

MMSS: Sem edemas, extremidades bem perfundidas (TEC 2 seg), força muscular preservada.

MMII: Sem edemas, extremidades bem perfundidas (TEC 2 seg), força muscular preservada. Manobra de Ortolani negativa.

Genitália: Feminina, com presença de grandes e pequenos lábios sem alterações.

Reflexos: Reflexos palmoplantar sem alterações.
Desenvolvimento adequado para a idade conforme caderneta da criança

Discussão

Foram encontrados quatro NHBs de acordo com o caso clínico apresentado, sendo elas: Necessidade de alimentação, Necessidade terapêutica, Necessidade de aprendizagem/educação para a saúde e Necessidade de gregária.

Necessidade de alimentação

Nos primeiros anos de vida, é fundamental que se tenha uma alimentação complementar saudável, pois a alimentação está associada positivamente ao estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, contribuindo, assim, para prevenir o aparecimento de possíveis doenças, bem como auxiliar no aspecto psicológico e cognitivo, também auxiliando na modulação imunológica. A recomendação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que a introdução alimentar passe a ser ofertada além do leite materno. A amamentação continua tem um papel importante como um principal fator de proteção ao lactente, continuado além da exclusividade dos seis primeiros meses de vida⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Os primeiros alimentos diferentes oferecidos ao lactente devem ser pastosos e modificada gradualmente a consistência que, em concordância com o desenvolvimento, deve promover a oferta calórica adequada. O lactente de 7 meses consome três refeições com alimentos complementares, sendo duas papas e uma fruta. A criança desmamada possui risco nutricional maior, portanto, é aconselhada maior frequência, totalizando cinco

refeições: duas papas, três de leite, além das frutas. Dessa forma, a ingestão adequada, principalmente de proteína e micronutrientes como ferro, vitamina A e C, zinco e ácido fólico, é essencial para o bom desenvolvimento do lactente que é percebido pelo aumento da massa corporal de forma equilibrada⁽¹⁹⁻²¹⁾.

A vitamina A é um nutriente essencial para a visão normal, para a manutenção das funções imunes, o crescimento e o desenvolvimento. A deficiência de vitamina A ou hipovitaminose A representa um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, devido a magnitude com que acomete parcelas importantes da população, assim como pelos prejuízos causados à saúde dos indivíduos⁽²²⁾. Essa carência nutricional reduz a resistência imunológica a infecções⁽²³⁾.

O primeiro ano de vida é um período caracterizado por crescimento e desenvolvimento rápidos. Requer, portanto, disponibilidade proporcionalmente maior de energia e nutrientes em relação à criança maior e ao adulto. Os lactentes encontram-se entre os grupos mais vulneráveis à anemia, devido às necessidades aumentadas de ferro para a formação de novos tecidos e expansão do número de hemácias, uma vez que a reserva hepática de ferro se encontra adequada somente até os primeiros seis meses de vida. Entretanto, caso a deficiência ocorra neste período, a anemia ferropriva pode acarretar redução na condução nervosa e prejuízos na memória⁽²⁴⁾.

A Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro destinado a prevenir a anemia ferropriva, mediante a suplementação universal de crianças de 6 meses a 24 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana gestacional e mulheres até o 3º mês pós-parto, considerando que, em crianças, a anemia está associada ao retardo do crescimento, ao déficit cognitivo e à baixa resistência a infecções, em observância ao Manual Operacional definido pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, no

qual o Programa é implantado em todos os municípios brasileiros que estejam habilitados em alguma das condições de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁴⁻²⁵⁾.

O Ministério da Saúde estipulou que os recém-nascidos após os 6 meses devem receber suplementação com sulfato ferroso desde que a criança seja a termo e seu peso de nascimento seja acima ou igual a 2.500 gramas. Pois, se for pré-termo, a suplementação começa com 30 dias de vida e a dosagem dependerá do seu peso⁽²⁵⁾.

Necessidade terapêutica

A bronquiolite aguda (BA) tem como alvo lactentes menores de 12 meses e seus principais agentes etiológicos são vírus sincicial respiratório (VSR), parainfluenza, influenza, adenovírus; atualmente, tem se associado muito aos rinovírus (RV), enterovírus, metapneumovírus e, mais recentemente, o coronavírus. Essa infecção viral acomete principalmente as vias inferiores do trato respiratório nos lactentes e tem como primeira manifestação quadros de sibilância devido a obstrução dos bronquíolos ocasionado por edema de mucosa e produção excessiva de muco. Alguns estudos mostraram a relação de BA e o desenvolvimento de asma e atopia no decorrer da infância quando causada pela infecção do RV conjunta a VSR⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Segundo alguns autores ⁽²⁷⁾, a infecção viral em questão tem em média de sete a dez dias de duração e o tratamento é elucidativo, tendo como objetivo evitar a intensificação dos sintomas. Assim, é de fundamental importância manter os níveis de saturação acima de 92%, se necessário suplementar por meio de cilindros de oxigênio, ademais, a administração de fluidos para garantir a hidratação do lactente. Outra opção de tratamento é a nebulização de solução salina hipertônica, a qual auxilia na redução de edema do trato respiratório e diminuição da produção de muco⁽²⁷⁾.

A Beclometasona é um corticosteroide sintético com atividade anti-inflamatória local que, quando administrado por via inalatória, tem como principal ação diminuir os sintomas da asma brônquica, da rinite alérgica e da rinite vasomotora. Entretanto, não há evidências que recomendem a utilização desse fármaco para o manejo dessa infecção, apenas é usado em âmbito hospitalar como meio de reduzir edema de mucosa intersticial e a broncoconstrição⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Necessidade de aprendizagem/educação para a saúde

A educação em saúde é um caminho para assegurar a qualidade da atenção, ampliar os serviços e reduzir as complicações advindas do desconhecimento da população. O SUS estimula ações educativas, já que são práticas com a finalidade de capacitação, seja individual ou coletiva, e se propõem à melhoria do bem-estar, assim como das condições de vida de um grupo populacional. Compreende-se a importância da educação em saúde nos mais variados âmbitos sociais, neste caso, enfatizando a quantidade correta do alimento de acordo com o mês do lactente, do sulfato ferroso e da vitamina A⁽³⁰⁾. Alguns autores⁽³¹⁾ evidenciam que os profissionais de saúde de uma unidade básica realizam com frequência educação em saúde nas consultas de enfermagem e destacaram que eles o fazem com base nas orientações, principalmente sobre a problemática apresentada na consulta.

Necessidade de gregária

O vínculo, a atenção e as trocas oriundas entre pai e filho são elementos fundamentais para obtenção de recursos para um desenvolvimento saudável e adaptado à sua cultura. As redes de apoio social são parte desses recursos elementares do desenvolvimento humano, pois contribuem para que o sujeito

enfrente as adversidades existentes no seu cotidiano. A base das redes de apoio ocorre por meio da convivência, sendo produtos dos processos proximais do indivíduo. Dessa forma, as redes de apoio podem se consolidar por meio de uma relação de troca, apoio e vínculo que preveem uma relação de cuidado espontâneo, fundamentais para a preservação psicossocial do lactente⁽³²⁾.

A primeira formação de rede de apoio tende a ser no contexto familiar, por representar o primeiro ambiente no qual uma criança interage, estabelece grupos e afinidades. Uma criança que passa por uma colocação familiar mal sucedida apresenta comportamentos associados à raiva, rancor e tristeza, distanciamento social⁽³²⁾.

Ao determinar as NHBs alteradas para a criança, buscou-se entender o que poderá trazer de desequilíbrios no seu crescimento e desenvolvimento. Aqui, foram levantadas NHBs de ordem biológica em que há um desequilíbrio homeostático com o uso de medicações e a não utilização do sulfato ferroso e vitamina A e uma baixa de nutrientes ofertados para a criança que, após a teorização, confirma esse desequilíbrio de forma concreta⁽¹¹⁾. Assim, através da consulta de enfermagem com foco na promoção em saúde, determina-se, também, a necessidade de educação em saúde para a mãe, a fim de orientá-la quanto à necessidade de acompanhar as recomendações de alimentação adequada, uso dos complementos vitamínicos para o desenvolvimento da criança.

Quanto à NHBs gregária, está classificada como necessidades psicossociais que se traduzem na convivência dos indivíduos no grupo familiar, inicialmente, e social, posteriormente, com o intuito de socialização, laços fraternos. Essa convivência é necessária para o indivíduo no desenvolvimento humano, rede de apoio, vínculo que serve e repercute na preservação psicossocial do indivíduo.

O afastamento do pai da criança repercute na sua formação como indivíduo por não formação de vínculo à imagem paterna. Uma criança que não tem sua rede familiar completa pode apresentar comportamentos sociais desprovidos de apegos sociais, interação social e sentimento de raiva, rancor e tristeza⁽³²⁾.

Mais uma, vez cabe ao enfermeiro buscar junto a família uma forma de convívio pai/filha, a fim de minimizar essa necessidade da criança e de prevenir prejuízos na formação da sua personalidade.

O instrumento foi fundamentado no referencial de Wanda Horta, tomando-se como modelo teórico norteador sua teoria. As NHBs estão interligadas e a não percepção de uma alteração pode impossibilitar a solução de outras alterações e percebeu-se que a teoria de Horta atendeu às NHBs do caso clínico, principalmente em relação às de caráter da Necessidade de alimentação, Necessidade terapêutica, Necessidade de gregária e Necessidade de aprendizagem/educação para a saúde. A análise das NHBs alteradas no caso clínico permitiu identificar o trabalho da enfermagem como parte constituinte de uma proposta assistencial para consultas de crescimento e desenvolvimento.

Conclusão

A aplicação de uma teoria de enfermagem no caso clínico tem como objetivo de estruturar e embasar cientificamente o PE. Assim, sustentando um cuidado organizado e sistematizado, além de trazer uma visão holística e transcultural dessa assistência. O enfermeiro, então, mostra a operacionalização do cuidado prestado, identificando fatores que interferem no processo de saúde/doença nas diferentes situações. Dessa forma, buscou-se afirmar a importância da aplicação de uma teoria na realidade do crescimento e desenvolvimento da criança

em uma unidade básica de saúde, reafirmando as crenças e valores que a enfermagem pode adotar no cuidado à pessoa, família e comunidade, considerando os metaparadigmas da teoria de enfermagem.

Referências

1. Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Perceptions of the family members of children regarding well-child check-ups in the family health care strategy. *Rev Gaúch Enferm.* 2015;36(1):62-8. doi: 10.1590/1983-1447.2015.01.46907
2. Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. Nursing practices in child care consultation in the Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm.* 2018;27(4):e4890017. doi: 10.1590/0104-07072018004890017
3. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: Cofen/DF, 2009 [acesso em 10 dez 2018]. . Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
4. Diniz IA, Cavalcante RB, Otoni A, Mata LRF. Perception of primary health care management nurses on the nursing process. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):182-9. doi: 10.1590/0034-7167.2015680204i
5. Rosa COP, Gouvêa PDP, Maestá T, Oliveira AIC, Sousa EMR, Ernandes BGR, Sousa CL, Dantas S, Oliveira WL. Diagnósticos de enfermagem mais utilizados em um hospital de urgência e emergência considerando a taxonomia da NANDA. *REAS.* 2021;13(2):e5210. doi: 10.25248/reas.e5210.2021

6. Oliveira MAC. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(3):401-5. doi: 10.1590/S0034-71672012000300002
7. Tannure MC, Pinheiro AM. *SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
8. Góes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2808-17. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0416
9. Salgado PO, Tannure MC, Oliveira CR, Chianca TCM. Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma UTI de adultos. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2):291-6. doi: 10.1590/S0034-71672012000200014
10. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management In the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):816-22. doi: 10.1590/S0080-623420160000600015
11. Silva JCS, Damasceno DV, Taets GGCC. Reflections on Maslow and the mental health of university students in times of the COVID-19 pandemic. *Rev Enferm UFPI.* 2021;9(1):e770. doi: 10.26694/reufpi.v9i0.9093
12. Perão OF, Zandonadi GC, Rodríguez AH, Fontes MS, Nascimento ERP, Santos EKA. Patient safety in an intensive care unit according to wanda horta's theory. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e45657. doi: 10.5380/ce.v22i3.45657
13. Moreira LHD, Hong MV, Silva DA, Silva RG. A importância do diagnóstico de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Res., Soc.*

Dev 2021;10(2):e24510212508. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12508

14. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada nas necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúcia; 2001.

15. Backes DS, Zamberlan C, Colomé J, Teixeira M, Marchiori MT, Erdmann AL, et al. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. Aquichan. 2016;16(1):24-31. doi: 10.5294/aqui.2016.16.1.4

16. Maslow AH. Uma teoria da motivação humana. In: Balcão Y, Cordeiro LL. O comportamento humano na empresa. Rio de Janeiro: FGV; 1975. v. 2, p. 337-66.

17. Regis LFLV, Porto IS. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2): 334-1.

18. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR. 1974;8(1):7-15. doi: 10.1590/0080-6234197400800100007

19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação. 3. ed. São Paulo: SBP; 2019 [acesso em 13 maio 2020]. 236 p. disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf

20. Lima DB, Silva MMS, Almeida Paula HA, Ribeiro RDCL, Alfenas RDCG. Alimentação na primeira infância no Brasil. Rev APS, 2012;15(3):336-44.

21. Genio CA, Marques JM, Machado JF. A introdução da alimentação complementar no Brasil. RMS -UniAnchieta. 2020;2(1): 65-79.

22. Santos LMP, Martins MC, Almeida ATC, Diniz AS, Barreto ML. Translational Research on vitamin A: from randomized trial to intervention and impact assessment. *Saúde debate*. 2019;43(spe2):19-34. doi: 10.1590/0103-11042019S202
23. Huang Z, Liu Y, Qi G, Brand D, Zheng SG. Role of Vitamin A in the Immune System. *J Clin Med*. 2018;7(9):258. doi:10.3390/jcm7090258
24. Vasconcelos GMS, Targino MVP, Araújo DGS, Dutra AFO, Souza JWF. Suplementação de ferro: contribuição para lactentes do município de Tabira-PE. *J med health promot*. 2020;5(4):215-26.
25. Oliveira OP. Suplementação férrica em crianças menores de dez anos com desmame precoce ou não amamentadas com leite materno: uma intervenção em Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará [trabalho de conclusão de curso]. Altamira: Universidade Federal do Pará; 2020. 26 p.
26. Pitrez PM, Stein RT, Stuermer L, Macedo IS, Schmitt VM, Jones MH, et al. Bronquiolite aguda por rinovírus em lactentes jovens. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:417-20. doi: 10.2223/JPED.1394
27. Galão JA, Dantas GC, Fujii Júnior MS, Nogueira GF, Rauber R. Hamartoma condromesenquimal associado à bronquiolite e obstrução nasal em um recém-nascido: relato de caso. *Thêma Sci*. 2020;10(1E): 181-90.
28. Dipropionato de Beclometasona [bula]. Santana de Parnaíba, SP: FARMALAB Indústrias Químicas e Farmacêuticas Ltda. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/clenila.pdf>

29. Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93:75-83.
30. Reis IAR, Sales AFG, Vasconcelos IG, de Souza ILL, Barbosa LA, Sales MC. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras: uma revisão sistemática da literatura. *Div Journ*. 2021;6(1):634-61. doi: 10.17648/diversitas-journal-v6i1-1301
31. Figueiredo JV, Fialho AVM, Mendonça CMM, Rodrigues DP, Silva LF. Dor no puerpério imediato: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2018;71(suppl 3):1343-50. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0345
32. Furtado MP, Magalhães CMC, Silva AMJ, Santos JO. Rede de apoio da criança acolhida: a perspectiva da criança. *Mudanças*. 2021; 29 (1):9-20. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v29n1p9-20
31. Lima G, Danielski JP, Fonseca POP, Ribeiro CL, Mota DM. Avaliação da segurança nos lares com crianças até 5 anos de idade na cidade de Pelotas/RS. In: *Rev AMRIGS*. 2020; 64(2): 243-50.
32. Brito MA, Rocha SS.. A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. *J. res.: fundam. care. online* 2015;7(4):3351-65. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3351-3365

Caso clínico de paciente com HIV-AIDS sob a ótica do Diagnóstico de Enfermagem

Lúcia Helena Bueno da Fonseca³⁸

ORCID: 0000-0002-1400-4024

Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Brenda Tayrine Tavares Souza³⁹

ORCID: 0000-0003-4469-3198

Centro Universitário do Distrito Federal (UDF)

Emanuely Izabel Souza Lisboa⁴⁰

ORCID: 0000-0002-6793-8365

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)

Isabela Oliveira de Freitas⁴¹

ORCID: 0000-0003-2854-0511

Centro Universitário do Distrito Federal (UDF)

³⁸ Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica de Brasília. luciafons@gmail.com

³⁹ Graduanda de Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF). brenndatayrine@gmail.com

⁴⁰ Graduanda de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). emanuelyisouza@gmail.com

⁴¹ Graduanda de Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF). isabelafreitas9@hotmail.com

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; HIV.

Resumo

Neste capítulo, será trabalhado um caso clínico fictício de paciente com HIV-AIDS no desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem, utilizando o domínio de atividade e repouso da Taxonomia da *International Nursing Diagnosis*, demonstrando o caminho percorrido para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem. Foi considerado o conhecimento científico como base do desenvolvimento e capacidade do raciocínio clínico do enfermeiro.

Introdução

A enfermagem vai além de ações de ordem técnica. A profissão contempla a integralidade, o gerenciamento, tomada de decisões, comunicação, liderança e educação. Esse perfil profissional é característico do modelo de saúde do Brasil, exigindo competência para o desenvolvimento de um processo de trabalho multiprofissional que atenda às necessidades de saúde da população⁽¹⁻²⁾.

Dessa forma, entende-se a necessidade de capacitar os profissionais e estudantes a prestar uma assistência embasada cientificamente no raciocínio e julgamento do diagnóstico de enfermagem (DE), processo de trabalho multiprofissional que atenda às necessidades de saúde da população⁽¹⁾.

O DE é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade aos problemas de saúde. Ele é a sustentação das intervenções e o resultado das ações do enfermeiro. É a segunda etapa do processo que consiste em analisar dados, agrupar e relacionar os dados da primeira etapa,

de acordo com a taxonomia escolhida, e identificar um DE que explicita uma mudança no estado de saúde, sem deixar de perceber o paciente como um indivíduo na sua integralidade⁽³⁾.

Para tal, faz-se necessário o conhecimento de teorias pertinentes e raciocínio lógico, que liga os dados obtidos e a teoria, resultando no DE, processo que requer habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes profissionais. É perceptível a dificuldade dos profissionais e estudantes em fazer o DE devido ao pouco conhecimento científico e sobre as taxonomias^(1,3).

Assim, neste capítulo, buscou-se aperfeiçoar estratégias que contribuam para o desenvolvimento do DE e o desenvolvimento do raciocínio clínico de um estudo de caso fictício, onde será trabalhado apenas um domínio da taxonomia *International Nursing Diagnosis* (NANDA).

Teoria das Necessidades Básicas Humanas

O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta com o trabalho do enfermeiro que contribui para o método científico na prática profissional, através de ações sistematizadas e inter-relacionadas nas quais é estabelecido pela investigação e julgamento reflexivo para solução de problemas que desregulam o processo saúde-doença. Para isso, as Teorias de Enfermagem surgiram para implementar e nortear a assistência à enfermagem⁽⁴⁾.

A Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, foi inspirada na Teoria da Motivação Humana, de Maslow, que se aplica em cinco níveis desenvolvida por uma pirâmide – necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e realização pessoal – e por João Mohana, que as classifica em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais⁽⁵⁾.

As necessidades fisiológicas são consideradas essenciais, constituindo a base da pirâmide; quando estão em desequilíbrio, tendem a dominar o comportamento humano, tornando as outras necessidades menos essenciais. Quando em equilíbrio, surge a necessidade Psicossocial, a segunda na ordem da pirâmide, e nela estão as relações sociais, direitos de privacidade, lazer, trabalho e, para completar a pirâmide, a necessidade psicoespiritual que surge dos valores e crenças individuais e pode estar vinculada a uma relação com ser ou entidade que tem o objetivo de integrar-se e sentir-se bem espiritualmente⁽⁶⁾.

Desenvolvimento

A enfermagem é a ciência que busca compreender e intervir de forma humana, ativa, reflexiva, técnica e científica no estado saúde-doença da pessoa, família ou comunidade, além de se dedicar a fornecer uma assistência integral ao indivíduo durante toda prestação de cuidados. Durante o exercício profissional, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam aptos para atuar e conhecer o ser humano em todas as suas proporções, com ferramentas sistemáticas que objetivam gerenciar o cuidado a ser prestado baseado em decisões científicas e no raciocínio clínico do enfermeiro. Dessa forma, o cuidado sistematizado à pessoa exige dos profissionais competência científica para o desenvolvimento da promoção à saúde⁽⁴⁾.

Dentre as taxonomias de enfermagem, a *Nursing Diagnoses Definitions & Classifications NANDA International Inc.* (NANDA-I) é uma referência universal para a identificação de diagnóstico de enfermagem e o define como “julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em uma pessoa, família, grupo ou comunidade”. A identificação dos diagnósticos de

enfermagem, de acordo com a classificação proposta pela NANDA-I, traz contribuições para a melhoria da qualidade da assistência, assim, podendo direcionar os cuidados e fortalecer a atuação do enfermeiro nos aspectos relacionados às especificidades da enfermagem⁽⁷⁾.

É a segunda fase do PE que identifica os componentes de sinais e sintomas levantados no exame físico, em resultados de exames e na anamnese que levam a visão crítica do enfermeiro para o processo de inferência diagnóstica, aumentando sua habilidade para o julgamento do diagnóstico, diminuindo as incertezas clínicas e possibilitando a elaboração de DE precisos com respaldo científico. O DE em enfermagem, como julgamento clínico, leva ao reconhecimento de necessidades do paciente sobre sua saúde. Para tal, é necessário que o enfermeiro interprete as informações, realize o agrupamento na denominação, análise e confirme os dados que são confrontados com normas e critérios conhecidos e recuperados da memória, baseados em estudos científicos, sendo, então, realizadas as inferências. Esses levantamentos de dados são interrelacionados e, por fim, é atribuída uma categoria nominal do processo de julgamento clínico utilizando uma taxonomia ou sistema de classificação. Assim, o enfermeiro obtém a informação, processa os dados, analisa e associa a uma taxonomia ou sistema de classificação definindo um DE. É necessário o conhecimento de teorias, raciocínio lógico que conduzem à integração entre teoria e dados e à identificação do diagnóstico⁽⁸⁾.

A tomada de decisão do DE depende das habilidades cognitivas interpessoais e atitudes do profissional. O pensamento crítico é definido com julgamento intencional que interpreta, analisa, infere e toma suas decisões. Sabe questionar e responder às questões que requerem habilidades como avaliação, síntese. Essa habilidade pode ser aprendida e desenvolvida⁽³⁾.

O conhecimento das características da acurácia de indicadores clínicos permite a identificação e discriminação mais adequada do DE. Embora os diagnósticos propostos pela NANDA sejam reconhecidos e aplicados em diferentes situações e cenários, eles não são definitivos, já que estudos em populações específicas são realizados e contribuem para mudanças nos DE, tornando maior confiabilidade na taxonomia e precisão na assistência de enfermagem, oferecendo credibilidade para a enfermagem enquanto ciência⁽⁹⁾.

Neste capítulo, será tratado um caso clínico de paciente com AIDS com DE no domínio de atividade e repouso da NANDA. Entende-se que outros DE ocorrem no caso clínico, mas, por questão metodológica, é trabalhado o desenvolvimento do raciocínio clínico nesse domínio da NANDA. Lembrando que não será feito destaque teórico sobre a AIDS, que poderá ser vista no desenvolvimento do raciocínio justificado.

Caso clínico

Mulher de 45 anos, residente no Distrito Federal, casada e mãe de dois filhos. Trabalha como comerciante, mora em casa própria e tem histórico de *Diabetes mellitus*, alergia e uso de substâncias ilícitas.

Tanto o marido quanto a paciente são positivos para HIV; filhos negativos para a doença. Ela tem o diagnóstico há dois anos, com história de contaminação por atividade sexual sem preservativo. Faz acompanhamento em unidade de saúde com uso regular de antirretroviral (zidovudina 300 mg + lamivudina 150 mg e lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg).

Foi admitida em unidade hospitalar no Distrito Federal, acompanhada do marido, com queixa de disfagia, anorexia, cansaço aos pequenos esforços, diarreia líquida (três episódios/dia) e relato de insônia.

Apresentava os seguintes SSVV: Tax: 37,7º C; FR: 22 irpm; FC: 80 bpm

Ao exame físico da admissão, apresentava-se em mal estado geral, febril, desidratada, emagrecida, hipocorada, apática, consciente e orientada, deambulando com auxílio do marido. Cavidade oral com presença de lesões sugestivas de monilíase. Linfonodos supraclaviculares palpáveis e dolorosos. Presença de abaulamento em tórax anterior à direita com cerca de 10 cm, de consistência endurecida, frio e doloroso. Ausculta pulmonar com ronos na base direita, dispneica, saturação de O₂ 90%, em ar ambiente. Abdome doloroso difusamente à palpação profunda, sem visceromegalias, com RHA hiperativos em toda extensão abdominal. Membros inferiores com diminuição de força.

Evoluiu com icterícia e elevação de transaminases, persistiu com picos febris diários (38,3ºC), e apresentou dispneia progressiva, sendo necessário suporte de oxigenioterapia por máscara não reinalante a 100% de FiO₂. Foi transferida para unidade de terapia intensiva e evoluiu para óbito no 15º dia de internação.

Construção do desenvolvimento do DE

O PE é um instrumento que auxilia o enfermeiro a tomar decisões, prevenir e avaliar as consequências; para tanto, se faz necessário aplicar os conceitos próprios da enfermagem, uma teoria de enfermagem, das ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas que interferem no sistema saúde e doença. Assim, escolheu-se trabalhar com a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) para dar sustentação à taxonomia⁽⁶⁾.

No caso em questão, foram levantadas as NHB de: necessidade de sono/repouso, necessidade de locomoção,

necessidade de atividade física e necessidade de autorrealização em conformidade com os conceitos de Benedet e Bub⁽¹⁰⁾.

Foram identificadas várias NHB, mas aqui serão tratadas somente as de natureza de atividade e repouso, conforme já afirmado anteriormente. A primeira necessidade levantada foi a do sono que “É a necessidade do organismo em manter, durante certo período diário a suspensão natural, periódica e relativa da consciência”⁽¹⁰⁾.

O paciente com AIDS vivencia diversas mudanças fisiológicas que devem ser reconhecidas pelo enfermeiro. Esse profissional deve utilizar sua capacidade cognitiva, conhecimento científico, raciocínio clínico e experiência profissional para avaliar as manifestações clínicas apresentadas pela paciente, identificando o DE e, posteriormente, as condutas necessárias para assegurar a assistência adequada⁽¹¹⁾.

A terapia antirretroviral diminui em média 80% de mortalidade nos países desenvolvidos, com diferentes classes de ação em diferentes fases do ciclo de replicação do vírus. Combinados, quebram o ciclo de replicação, tendo como objetivo a restauração do sistema imunitário, redução de morbidade e de transmissibilidade e supressão da replicação do vírus⁽¹¹⁾.

A paciente refere insônia que o NANDA coloca no domínio da Classe 1- Sono/Repouso o DE: “distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária”. No caso da paciente, pode ser considerado como fator associado a agente farmacológico relacionado à ansiedade, caracterizado por alteração no padrão de sono, energia insuficiente e padrão de sono não restaurador.

O sono é um processo fisiológico cíclico do sono-vigília que influencia e regula funções fisiológicas e respostas comportamentais⁽¹²⁾.

Estudos mostram que fatores podem interferir na condição do sono do paciente com AIDS tais como condições econômicas, estresse psicológico, enxaquecas e efeitos colaterais, pois os antirretrovirais interferem no processo de sono e vigília. Também se sabe que o sono não restaurador tem efeitos sobre o sistema imunitário do indivíduo⁽¹³⁾.

Os antirretrovirais têm a ação no hipotálamo-hipófise-adrenal, diminuindo a produção de serotonina, afetando o processo de sono e vigília, aumentando o nível de estresse e ansiedade, que está ligado também a um futuro incerto⁽¹⁴⁾.

A partir do conhecimento, o enfermeiro poderá proporcionar um local de repouso tranquilo e silencioso, administrar os antirretrovirais durante a manhã e implementar terapias não farmacológicas de relaxamento e sensórias com o intuito de promover o relaxamento.

A paciente chega à unidade de saúde amparada pelo marido, mostrando deambulação prejudicada que, segundo a NANDA Classe 2- Atividade/Repouso: “Limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente”.

A deambulação prejudicada está associada a prejuízo musculoesquelético, relacionado à força muscular insuficiente, caracterizado por capacidade prejudicada em andar uma distância necessária.

Na Classe 3- Equilíbrio de energia: Fadiga também pode ser considerada, no NANDA: “Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual”⁽¹⁵⁾.

Em análise da posologia, os antirretrovirais causam efeitos como quadro de fraqueza muscular, diarreia, náuseas, vômitos e anemia. Estudos demonstram disfunção hematológica, dentre elas a anemia macrocítica, diminuindo a demanda de O² nos tecidos, conseqüentemente, a diminuição da energia⁽¹⁵⁾.

Ao analisar os dois DE de deambulação prejudicada e fadiga, foi relacionada a necessidade de ações do enfermeiro, tais como: trazer qualidade de vida com o menor desgaste de energia do paciente; solicitar suporte nutricional, aliando a necessidade de atividades ativas ou passivas que ajudem a reduzir o risco de queda; oferecer alternativas de ajuda, como bengalas, andadores ou até o uso de cadeiras de rodas. Mas, o mais importante, deve ser a participação da família na linha terapêutica de escolha do paciente.

Nota-se que a paciente apresenta outro DE da Classe 4- Intolerância à atividade, definido no NANDA: “Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades requeridas ou desejadas”, associado à condição respiratória, relacionado ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, caracterizado por dispneia ao esforço, fadiga e fraqueza generalizada. A condição do quadro de anemia reduz a demanda de oxigênio, já colocado em condições anteriores⁽¹⁵⁾.

Neste mesmo domínio, tem-se na Classe 5- Autocuidado: Déficit no autocuidado para o banho com a seguinte definição: “Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente”. Nesse caso, está associado a prejuízo musculoesquelético relacionado à fraqueza, caracterizado por capacidades prejudicadas de acessar o banheiro, de lavar o corpo e de secar o corpo. Aqui se percebe que a progressão da doença leva à diminuição da qualidade de vida do paciente que passa a não ter capacidade para atividades de autocuidado⁽¹⁶⁾.

Discussão

O caso proposto foi devidamente trabalhado no domínio 4 de atividade e repouso em todas as suas classes, demonstrado como o enfermeiro julga as necessidades do paciente, agrupa dentro da denominação da taxonomia da NANDA, analisa os

dados encontrados e atribui uma categoria e o DE que traduz uma capacidade cognitiva, conhecimento científico e raciocínio clínico.

O domínio aqui trabalhado de atividade e repouso demonstrou o quanto o enfermeiro identifica as informações relevantes do paciente e transforma de forma clara e coerente o DE, a fim de justificar intervenções e melhorar o estado de saúde, o controle dos sinais e sintomas, proporcionando o bem-estar do paciente, considerando os aspectos físicos, psicológicos, ambientais e espirituais.

Conclusão

O desenvolvimento do DE em caso clínico é alternativa para o profissional e o estudante entenderem, de forma controlada, o desenvolvimento da visão clínica e sua crítica profissional, usando o seu conhecimento específico, buscando o seu próprio caminho para desenvolver o raciocínio clínico, vencendo barreiras próprias e em seu tempo adquirindo confiança em si mesmo.

O uso do raciocínio clínico melhora a capacidade de diagnosticar, favorecendo a escolha das ações de enfermagem mais adequadas para alcançar os melhores resultados propostos. Apesar de diversos diagnósticos levantados, o enfermeiro deve priorizar aquele que melhor expresse as respostas humanas do paciente assistido. A precisão da interpretação das respostas humanas é um aspecto importantíssimo do conhecimento sobre o DE e merece atenção do enfermeiro.

Referências

1. Delgado MF. Eficácia da simulação clínica no ensino do raciocínio diagnóstico em enfermagem na saúde da criança e do adolescente [tese de doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021. 200 p.
2. Barreto MS, Prado E, Lucena ACRM, Rissardo LK, Furlan MCR, Marcon SS. Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. Esc. Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso em 23 ago 2021];24(4):e20200005. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400211&lng=pt.Epub29-Jun-2020. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0005
3. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 [acesso em 23 ago 2021];47(2):341-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>
4. Alves RRB, Souza Neto VL, Alves RRBA, Silva BCO, Santos SCD, Silva RAR. Nursing diagnoses of the activity/rest domain in people living with AIDS: a transversal study. Online Braz j Nurs [Internet]. 2018 [acesso em dia mês ano];16(3):268-276. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article>. doi: 10.17665/1676-4285.20175455
5. Araújo MM, Moreira AS, Cavalcante EGR, Damasceno SS, Oliveira DR, Cruz RSBLC. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Esc. Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso em 23 ago 2021];24(3):e20190303. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300209&lng=pt.Epub09-Abr-2020. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0303

6. Neves RS, organizador. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia para o cuidado organizado. Goiás: Editora IGM ; 2020 [acesso em 15 ago 2021]. Disponível em: <https://editoraigm.com.br/wp-content/uploads/2021/01/Livro-SAE-Rinaldo-v2.pdf>
7. Tannure MC, Salgado PO, Chianca TCM. Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA Internacional. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):972-8. doi: 10.1590/0034-7167.20146706168. Silva RAR, Santos WN, Souza FMLC, Santos RSC, Oliveira IC, Silva HLL, et al. Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com AIDS: análise de conteúdo. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:1-11. doi: 10.37689/acta-ape/2020A00129
9. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl.* 2012;23(3):134-9. doi: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x.
10. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada nas necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúcia; 2001.
11. Garcia SFSC. Importância na clínica das interações farmacológicas com a terapêutica antirretroviral, no indivíduo idoso [dissertação de mestrado]. Portugal: Instituto Universitário Egas Moniz; 2018 [acesso em dia mês ano]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25612/1>
12. Potter PA, Perry AG. Fundamentos da enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2013.
13. Pérusse AD, Pedneault-Drolet M, Rancourt C, Turcotte I, St-Jean G, Bastien CH. REM sleep as a potential indicator of hyperarousal in psychophysiological and paradoxical insomnia

sufferers. *J of Psychophysiology*. 2015;95(3):372-8. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2015.01.005. Wirth MD, Jagers JR, Dudgeon WD, Hébert JR, Youngstedt SD, Blair SN, et al. Association of markers of inflammation with sleep and physical activity among people living with HIV or AIDS. *AIDS Behav* [internet]. 2014 Jun [Cited 2015 Nov 25] 19(6). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25399034>.

14. Oshinaike O, Akinbami A, Ojelabi O, Dada A, Dosunmu A, Olabode SJ. Quality of Sleep in an HIV Population on Antiretroviral Therapy at an Urban Tertiary Centre in Lagos, Nigeria. *Neurol Res Int*. 2014;2014:298703. doi: 10.1155/2014/298703. Brunner LS, Suddarth DS. *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

15. Schiavon JC. A ocorrência de anemia macrocítica associada ao uso do antirretroviral Zidovudina [trabalho de conclusão de curso]. São José do Rio Preto: Academia de Ciência de Tecnologia; 2017 [acesso em dia mês ano]. Disponível em: http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/biblioteca-digital/hematologia/serie_vermelha/outras_anemias/21.pdf

16. Beltão RPL, Silva ACB, Nogueira FJS, Mouta AAN. Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS: uma revisão narrativa dos últimos 15 anos. *REAS* [Internet]. 2020 [acesso em dia mês ano];(40):e2942. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2942>. doi: 10.25248/reas.e2942.2020.

Caso clínico da pessoa/família e comunidade fundamentado na Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem

Bruno Fernandes de Araújo⁴²

ORCID: 0000-0002-6261-584X

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Emanuel Silva dos Santos⁴³

ORCID: 0000-0003-2344-4854

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Samuel Silva dos Santos⁴⁴

ORCID: 0000-0002-8117-383X

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁴² Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Bolsista pelo Programa de Iniciação Científica da ESCS - PIC/ESCS. E-mail: brunoanjosfda@gmail.com

⁴³ Enfermeiro pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) pela ESCS/FEPECS/SES/DF. Participante do grupo de pesquisa Centro Brasileiro de Pesquisa sobre Resultados em Saúde (CEBRAS). E-mail: emanuelenfermagem.escs@gmail.com

⁴⁴ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq). E-mail: samuelenfescs@gmail.com

Descritores: Autocuidado; Processo de Enfermagem; Estudo de Caso Clínico.

Resumo

Neste capítulo, será abordada a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que nos mostra que o autocuidado é importante na manutenção da saúde de um indivíduo e que, quando esta capacidade está fragilizada, é necessária a atuação da enfermagem para auxiliá-lo no reestabelecimento. Diante disto, foi apresentado um caso clínico sobre déficit de autocuidado de usuário dos serviços de saúde, e a forma como se deu a atuação do enfermeiro na aplicação do Processo de Enfermagem, com base na Teoria de Orem.

Introdução

Dorothea Elizabeth Orem foi uma enfermeira e empresária estadunidense que propôs três teorias inter-relacionadas, buscando guiar o trabalho da enfermagem. É a chamada teoria geral de Orem, composta pela teoria dos sistemas de enfermagem, que abrange a teoria do déficit no autocuidado que, por sua vez, engloba a teoria do autocuidado⁽¹⁾.

De forma geral, as teorias de Orem trazem que, para a manutenção da saúde de um indivíduo, é necessário que ele seja capaz de realizar o autocuidado. Enquanto esse indivíduo mantém o autocuidado, a sua saúde é garantida. Porém, quando essa capacidade é diminuída, é necessária a intervenção da enfermagem para auxiliar o indivíduo no reestabelecimento do autocuidado, criando, então, o chamado sistema de enfermagem⁽²⁾.

Para auxiliar no entendimento sobre essa teoria quanto à sua aplicação na prática, este capítulo apresenta um caso clínico

sobre problemas na manutenção da saúde de um indivíduo, decorrentes de um possível déficit no autocuidado, buscando mostrar a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) baseado na teoria de Orem para guiar a atuação do enfermeiro.

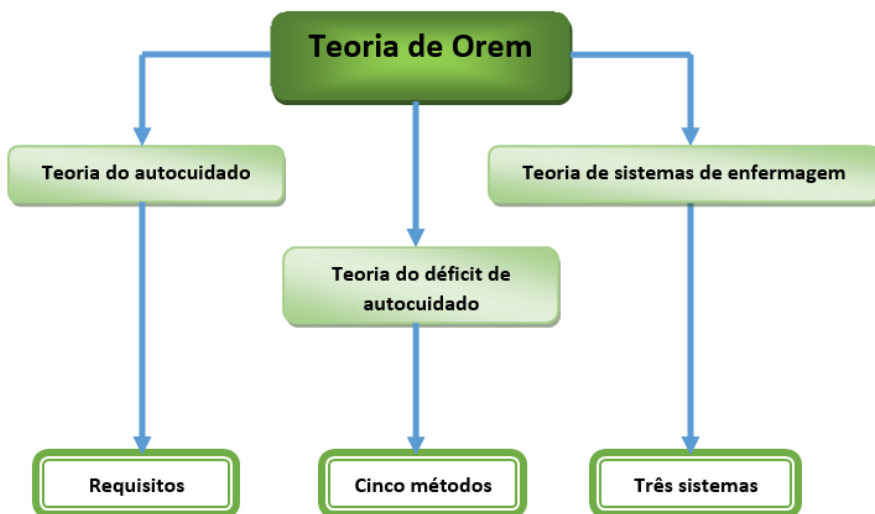
Durante a aplicação do PE, foram escolhidos diagnósticos com foco no problema, que são definidos como um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade⁽³⁾. A escolha desse tipo de diagnóstico se deu por considerar que o caso clínico traz problemas na manutenção da saúde devido ao possível déficit no autocuidado, sendo necessária, então, a sua melhora para resolução de tais problemas.

Dorothea Orem: teoria de enfermagem do déficit no autocuidado

Dorothea Orem iniciou sua carreira profissional na Escola de Enfermagem do “*Providence Hospital Washington* – EUA”. Cursou o ensino superior até 1930, ano da sua conclusão, além de complementar seus conhecimentos com dois mestrados, o primeiro, no ano de 1939, em enfermagem, e o segundo, no ano de 1945, em ciências da educação⁽²⁾.

A teoria de enfermagem de Orem foi desenvolvida entre 1959 e 1985, e baseou-se na premissa de que cada indivíduo é capaz de realizar seu autocuidado. Apresenta uma divisão em três teorias que se completam: a teoria dos sistemas de enfermagem; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria do autocuidado⁽⁴⁾, conforme esquema simplificado da Figura 1 abaixo.

Figura 1 - Esquema do modelo de autocuidado de Orem



Fonte: Adaptado de Aparecida⁽⁵⁾.

Teoria do autocuidado

Autocuidado é utilizado para denominar o cuidado destinado a si próprio, ou seja, o cuidado que os indivíduos necessitam diariamente para seu funcionamento e desenvolvimento, que são afetados por diversos fatores internos e externos, estado de saúde, dentre outros, tendo como requisitos a manutenção da vida, saúde e sensação de bem-estar⁽⁵⁾.

Os seres humanos possuem funções básicas de saúde, as quais são determinantes para avaliar o grau de habilidade do autocuidado. A avaliação dessas funções indicará o nível de capacidade que a pessoa tem de ser independente, ou se necessita de auxílio no autocuidado⁽⁴⁾.

Orem identifica os seguintes requisitos para o autocuidado comuns aos seres humano para todo o ciclo vital⁽²⁾:

1. a manutenção de ingestão suficiente de ar;
2. a manutenção de ingestão suficiente de água;
3. a manutenção de ingestão suficiente de alimento;
4. a provisão de cuidados, associada aos processos de eliminação e excreção;
5. a manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso;
6. a manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social;
7. a prevenção de risco à vida, funcionamento e bem-estar humano;
8. a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano.

Teoria do déficit de autocuidado

É a parte central da teoria geral de Orem, sendo detectada quando o profissional de enfermagem identifica que a capacidade de realização do autocuidado do indivíduo é inviável para se alcançar o nível adequado. Isso determina quando os profissionais de enfermagem são necessários, quando o responsável ou adulto é incapaz de realizar um autocuidado contínuo⁽²⁾.

Todo ser humano é capaz de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, mas quando, de alguma forma, se mostre inadequado ou incapacitado para a sua realização, existe um déficit de autocuidado⁽⁵⁾.

Os profissionais de enfermagem são os que realizam a assistência direta aos pacientes, tendo em vista um grau de dependência variado ou indeterminado. Dentro desse contexto, Orem identifica cinco métodos de ajuda ao enfermo⁽⁵⁾:

1. agir ou fazer para o outro;
2. guiar o outro;
3. apoiar o outro (física ou psicologicamente);
4. proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
5. ensinar o outro.

Teoria de sistemas de enfermagem

De modo geral, a teoria dos sistemas de enfermagem abrange a teoria do déficit de autocuidado e a teoria do autocuidado. Quando a necessidade do autocuidado ou intervenção de enfermagem é exigida, um sistema de enfermagem é produzido. Esse sistema baseia-se na capacidade do paciente na realização do autocuidado e na necessidade desse autocuidado. Sendo assim, o sistema de enfermagem pode ser definido de maneira sucinta como soma das atividades, intervenções e convivência entre a enfermagem e o paciente⁽²⁾. Esse sistema pode ser classificado em três tipos⁽⁵⁾:

- totalmente compensatório: quando o enfermo está proibido de executar certos movimentos e necessita de ajuda;
- parcialmente compensatório: quando o enfermo realiza alguns movimentos, mas necessita de ajuda para a locomoção;

- sistema de apoio educativo: ensinamento ao enfermo para aplicação do autocuidado.

Teoria do déficit de autocuidado aplicada a um caso clínico e realização do processo de enfermagem

Considerando a importância do autocuidado na saúde de um indivíduo e as possibilidades de intervenção da enfermagem com base na teoria do déficit de autocuidado, proporcionando uma melhora nesse subsistema, apresenta-se o caso clínico a seguir, com o intuito de ilustrar a relação entre ambas:

Sr. Luís, 56 anos, compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentando queimação e formigamento em MMII que já duram mais de 15 dias, além de episódios de vertigem e polidipsia. Diante da situação, o enfermeiro Rafael procedeu com o atendimento. Durante a coleta de dados, constatou que Luís foi diagnosticado com DMII há 2 anos, estando sem acompanhamento nos últimos 6 meses.

Perguntado sobre a ausência nas consultas, Luís relatou falta de tempo, e que tem trabalhado muito. O enfermeiro, então, questionou sobre o uso da medicação para diabetes, sendo surpreendido pela resposta de que não está fazendo uso do medicamento rotineiramente, pois não está sentindo mais nada, e por isso já se sente curado da doença, não sentindo necessidade de se furar todo dia.

Quanto aos hábitos de vida, relata ter um comportamento alimentar desorganizado, utilizando frequentemente serviços de *fast food*, além de um alto consumo de frituras e bebidas açucaradas. Diz não realizar atividades físicas, pois gosta de utilizar o tempo livre com outras atividades, como assistir a jogos e beber com os amigos.

Após realização do exame físico direcionado, o enfermeiro identificou quadro de obesidade, 102 kg, 1,64 m, IMC: 37,92 kg/m², circunferência abdominal de 115 cm, redução de sensibilidade em membros inferiores e pequena lesão em região plantar. Diante dos achados, solicitou exames pertinentes ao caso, obtendo os seguintes resultados:

- Glicemia casual: 347 mg/dL
- HbA1C: 9,2%
- Colesterol total: 195 mg/dl
- LDL: 115 mg/dl
- HDL: 47 mg/dL
- Triglicerídeos 153 mg/dL

Perante o caso de Luís, o enfermeiro realizou o PE, aplicando as intervenções de enfermagem necessárias.

De acordo com Neves⁽²⁾, o PE é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: (1) coleta de dados, (2) diagnóstico de enfermagem, (3) planejamento de enfermagem, (4) implementação e (5) avaliação de enfermagem. Na primeira etapa, de coleta de dados, são reunidas todas as informações - problemas e potencialidades - que ajudarão a guiar o atendimento ao usuário. O Quadro 1 mostra a coleta realizada no caso de Luís.

Quadro 1 - Etapa de coleta de dados do PE

Etapa 1: Coleta de dados
→ 56 anos
→ Queimação e formigamentos em MMII há mais de 15 dias
→ Episódios de vertigem e polidipsia
→ Diagnóstico de DMII há 2 anos
→ Sem acompanhamento nos últimos 6 meses

- Falta de tempo para ir às consultas, tendo trabalhado muito
- Não está fazendo uso do medicamento rotineiramente, pois não está sentindo mais nada e se sente curado da doença, não sentindo necessidade de se furar todo dia
- Comportamento alimentar desorganizado
- Utilização frequente de serviços de *fast food*
- Alto consumo de frituras e bebidas açucaradas
- Não realiza atividades físicas, pois gosta de utilizar o tempo livre com outras atividades
- Obesidade (102 kg; 1,64 m; IMC: 37,92 kg/m²)
- Circunferência abdominal: 115 cm
- Redução de sensibilidade em membros inferiores
- Pequena lesão em região plantar
- Glicemia casual: 347 mg/dL
- HbA1C: 9,2%
- Colesterol total: 195 mg/dL
- LDL: 115 mg/dL
- HDL: 47 mg/dL
- Triglicerídeos: 153 mg/dL

Após a coleta de dados, então, prossegue-se com a segunda etapa do PE, onde são definidos os diagnósticos de enfermagem a serem utilizados. O Quadro 2 mostra os diagnósticos elaborados para o caso, considerando a teoria de Orem para a definição da prioridade e utilizando a taxonomia NANDA-I⁽³⁾:

Quadro 2 - Etapa de definição dos diagnósticos de enfermagem do PE

Etapa 2: Diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem 1: Controle ineficaz da saúde caracterizado por falha em agir para reduzir fatores de risco e falha em incluir o regime de tratamento na vida diária relacionado a conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico e demandas excessivas.

Diagnóstico de Enfermagem 2: Obesidade caracterizada por IMC > 30 kg/m² relacionada a comportamentos alimentares

desorganizados, comportamento sedentário e consumo de bebidas açucaradas.

Diagnóstico de Enfermagem 3: Integridade da pele prejudicada caracterizada por alteração na integridade da pele relacionada a nutrição inadequada, alteração no metabolismo, alteração na sensibilidade e circulação prejudicada.

Após a definição dos diagnósticos de enfermagem, o próximo passo do PE é o planejamento de enfermagem, o que contempla os resultados que se espera alcançar, bem como a definição das intervenções de enfermagem que serão realizadas para obter esses resultados. O Quadro 3 mostra essa etapa, a ser realizada no caso de Luís:

Quadro 3 - Etapa do planejamento de enfermagem do PE

Etapa 3: Planejamento de enfermagem	
Resultados esperados (NOC)⁽⁶⁾	Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽⁷⁾
Diagnóstico de enfermagem 1: Controle Ineficaz da Saúde	
<p>→ Comportamento de tratamento: doença ou lesão Indicador: 160902: Atendimento do regime de tratamento recomendado <i>Resultado-alvo:</i> <i>Aumentar de (3 - algumas vezes demonstrado) para (5 - Consistentemente demonstrado).</i></p>	<p>→ Ensino: Procedimento/Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre como colaborar/participar durante o procedimento/tratamento. • Determinar as expectativas do paciente quanto ao procedimento/tratamento. • Explicar a finalidade do procedimento/tratamento. • Informar ao paciente sobre como ele pode ajudar na recuperação. <p>→ Apoio à Tomada de Decisão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar se há diferenças entre a visão do paciente sobre a própria condição e a visão dos provedores de cuidados de saúde. • Facilitar ao paciente a articulação das metas de cuidado.

	<p>→ Controle de Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar os fatores que podem impedir o paciente de tomar medicamentos como prescritos. • Desenvolver estratégias com o paciente para aperfeiçoar a adesão ao tratamento com esquema de medicação prescrito. • Determinar a capacidade do paciente de se automedicar, conforme apropriado. • Monitorar a adesão ao esquema medicamentoso.
<p>Diagnóstico de enfermagem 2: Integridade da pele prejudicada</p>	
<p>→ Cicatrização de feridas: segunda intenção Indicador 110321: Tamanho reduzido da ferida <i>Resultado- alvo: diminuir de (2 - limitado) para (1 - nenhum)</i></p> <p>→ Controle de riscos Indicador 190203: Monitorização dos fatores de risco ao comportamento pessoal <i>Resultado-alvo: Aumentar para (5 - consistentemente demonstrado).</i> 190205: Ajustes de estratégias de controles de risco</p>	<p>→ Cuidados com Lesões</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor. • Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão. • Orientar o paciente ou seus familiares sobre procedimentos de cuidados com a lesão. <p>→ Ensino: Cuidados com os Pés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar o nível atual de conhecimentos e de habilidades relacionadas aos cuidados com os pés. • Recomendar inspeção diária do pé sobre todas as superfícies e entre os dedos dos pés à procura de vermelhidão, inchaço, calor, ressecamento, maceração, sensibilidade ou áreas expostas. • Fornecer informações sobre a relação entre a neuropatia, lesão e doença vascular e o risco de ulceração e amputação de membros inferiores em pessoas com diabetes.

<p><i>Resultado- alvo: Aumentar para (5-consistentemente demonstrado).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Alertar sobre potenciais fontes de lesão aos pés (calor, frio, corte de cantos/calosidades, produtos químicos, uso de antissépticos fortes, uso de fita adesiva e andar descalço).
<p>Diagnóstico de enfermagem 3: Obesidade</p>	
<p>→ Peso: massa corporal Indicador: 100601: Peso <i>Resultado - alvo: Aumentar de (1 - Desvio grave da variação normal) para (5 - nenhum desvio da variação normal)</i></p>	<p>→ Assistência para Redução de Peso</p> <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar o paciente a identificar a motivação para comer e os indicadores internos e externos associados à ingestão alimentar. Auxiliar na adaptação das dietas ao estilo de vida e ao nível de atividade do paciente. Facilitar a participação do paciente em pelo menos uma atividade de gasto de energia, três vezes por semana. Auxiliar na seleção de atividades de acordo com o gasto energético desejado. Planejar um programa de exercícios, considerando as limitações do paciente. <p>→ Educação em Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfatizar a importância dos padrões saudáveis de alimentação, sono, exercícios etc. às pessoas, famílias e grupos que moldam esses valores e comportamentos aos outros, principalmente crianças. Planejar acompanhamento de longo prazo para reforçar as adaptações de comportamento e estilo de vida saudáveis.

Como quarta etapa do PE, tem-se a implementação, onde são realizadas as ações previstas na fase de planejamento. No caso de Luís, o enfermeiro irá ajudá-lo com todas as intervenções prescritas, como ensinar sobre a sua condição, apoiar na tomada de decisão e prestar assistência na perda de peso, além de remarcar uma consulta de retorno para avaliar os resultados obtidos com as intervenções.

A quinta e última etapa do PE é denominada avaliação de enfermagem, na qual o enfermeiro verifica a mudança nas respostas da pessoa/família/comunidade. Para o caso abordado neste capítulo, esta etapa seria realizada na consulta de retorno marcada pelo enfermeiro, onde seria avaliado se os resultados esperados foram alcançados. É aí, então, que o enfermeiro irá identificar se as intervenções realizadas foram eficazes ou se necessitam de mudanças ou adaptações.

Considerações finais

Objetivou-se, com este texto, apresentar a utilização da teoria do déficit de autocuidado de Orem na atuação da enfermagem, bem como, a sua aplicabilidade no auxílio à manutenção da saúde dos indivíduos, utilizando-se de uma situação clínica oriunda e corriqueira nas práticas assistenciais de enfermeiros.

É fato que o processo de enfermagem é um importante instrumento na atuação do enfermeiro, porém, também é necessária a presença e incorporação de uma teoria que guie as práticas assistenciais no atendimento aos usuários. A teoria do déficit de autocuidado apresenta alta potencialidade para responder tanto às demandas de usuários no âmbito dos sistemas de saúde, na perspectiva da participação efetiva destes na manutenção de sua saúde, quanto no fortalecimento da atuação da enfermagem, no que concerne à efetiva implementação e legitimação do processo de enfermagem.

Referências

1. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de Orem. *Rev Rene*. 2013 [acesso em 27 ago 2021];14(2):301-10. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3379/2617>.
2. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2010;14(3):611-16. doi: 10.1590/S1414-81452010000300025
3. Barros ALBL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
4. Neves RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado. Quirinópolis, GO: Editora IGM; 2020.
5. Aparecida P. Teoristas de Enfermagem: Parte 4 – Dorothea Orem [slide]; 2017 [acesso em 27 ago 2021]. 16 slides. Disponível em: <https://bit.ly/3DmCFay>.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções em enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Domínio da Percepção/Cognição em NANDA-I: relato de caso clínico

Virginia Rozendo de Brito⁴⁵

ORCID: 0000-0002-5776-0612

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Bianca Vieira Lima⁴⁶

ORCID: 0000-0002-7636-4420

Centro Universitário do Planalto Central

Davi Pereira Marques⁴⁷

ORCID: 0000-0002-1227-5269

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁴⁵ Enfermeira. Mestranda de Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Especialista em Saúde Mental - Residência Multidisciplinar em Saúde Mental do Adulto pela ESCS. Docente das disciplinas: Saúde Mental, Psicologia aplicada à enfermagem, Trabalho de Conclusão do Curso I e II, Tópicos Integradores, Saúde do trabalhador, Sistematização da Enfermagem, Nutrição aplicada à enfermagem e Tópicos Especiais. E-mail: virginia.rozendo.brito@gmail.com

⁴⁶ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário Aparecido dos Santos do Planalto Central. E-mail: biancavielima@gmail.com

⁴⁷ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: daavimarques@gmail.com

Descritores: Estudo de caso; Percepção; Diagnóstico de enfermagem; Cognição.

Resumo

Neste capítulo, será abordado o processo de enfermagem (PE), sua importância e como se dá sua atuação na saúde mental. Nesse contexto, para uma aprendizagem significativa, foi utilizado um caso clínico para nortear a aplicação do PE, o que auxilia no entendimento de como é a atuação do enfermeiro em um caso de pessoa com sofrimento mental. O raciocínio clínico é importante para apresentar a visão integral na abordagem ao paciente com alterações de percepção e cognição, além da formulação de intervenções significativas para a vida do paciente e da família.

Introdução

Os enfermeiros lidam com respostas a problemas de saúde/processos da vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Essas respostas são a preocupação central dos cuidados de enfermagem e ocupam o círculo atribuído à profissão. A taxonomia da NANDA-I oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro⁽¹⁾, que estão sendo abordadas de forma separada neste livro. Neste capítulo, será apresentado o domínio de percepção/cognição, que se relaciona amplamente com a atmosfera da saúde mental e psiquiatria.

Utilizando o processo de enfermagem, visa-se explicar a atuação do enfermeiro na saúde mental e psiquiatria por meio de um caso clínico, onde se deve observar a abordagem no indivíduo, além de buscar sua necessidade prioritária por meio dos diagnósticos de enfermagem (DE).

Segundo estudo realizado em hospital psiquiátrico no estado do Rio de Janeiro, o cuidado de enfermagem em saúde mental requer que a equipe desenvolva a escuta qualificada, cuja técnica envolve saber ouvir, usar terapêuticamente o silêncio, interessar-se pelo que é dito e aceitação⁽²⁾. Dessa forma, o trabalho da enfermagem busca o trabalho em conjunto entre profissional e paciente, a fim de realizar intervenções significativas que solucionem, de forma satisfatória, os problemas encontrados.

Ressalta-se que as boas práticas de enfermagem em seu amplo espectro de possibilidade incluem a disponibilidade pessoal da equipe para entender o sujeito, o acolhimento inicial na admissão, a construção de projetos terapêuticos individualizados e adequados para as necessidades do indivíduo, além da busca por utilização de dispositivos que atinjam a cumplicidade, o respeito e a confiança cliente-equipe de enfermagem⁽²⁾.

Caso clínico

Daniel, 25 anos, reside em Santa Maria, DF. Veio ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II) acompanhado pela mãe, dona Maria. Daniel e a mãe já estão aguardando o acolhimento no CAPS II há 2 horas e Daniel apresenta impaciência e diz que quer ir embora. Em cadeira de rodas e com o pé enfaixado, tem preferência de atendimento. Paciente lesionou o pé há uma semana, pois acreditava estar sendo perseguido pelo governo. Pulou de alambrado de 3 metros, tentando fugir. O profissional escalado para o plantão de acolhimento do CAPS II chama Daniel e a mãe para o acolhimento. A mãe relata sobre duas internações prévias, não aderência à medicação (Haloperidol com Prometazina) e que na última internação ele arrancou as próprias roupas (frangofilia) e quebrou tudo em casa.

Daniel não dorme bem e faz uso de Diazepam há muito tempo. Paciente diz que está bem, mas as pessoas não acreditam que ele é o novo Messias e que Deus o enviou para acabar com todo o mal do mundo e que sua mãe é uma pessoa que está ajudando o governo a espioná-lo para poder matá-lo e que ele confia apenas no amigo que o acompanha. A mãe, dona Maria, diz que foi à igreja e lá lhe foi revelado que o filho começou a ter comportamentos estranhos quando preferiu ficar na rua e usar drogas do que ficar em casa com ela e que foi a faculdade que deixou o filho daquele jeito. Relata que o único medicamento que funciona é o Diazepam que o deixa calmo, por isso, ela põe escondido na água do filho.

Aplicação do processo de construção do diagnóstico de enfermagem

Primeiramente, para iniciar a aplicação do PE de Daniel e família, são captados, no caso clínico, os problemas e potencialidades. Após isso, são reconhecidos pontos que se relacionam entre si e que, por conseguinte, são agrupados.

Quadro 1 - Passo 1 do Processo de Construção do Diagnóstico de Enfermagem

Passo 1: Levantamento de problemas/potencialidades
<ul style="list-style-type: none">→ Apresenta impaciência.→ Em cadeira de rodas e com o pé enfaixado (lesionou o pé há uma semana, pois acreditava estar sendo perseguido pelo governo).→ Relata sobre duas internações prévias, na última apresentou um episódio de frangofilia.→ Não aderência à medicação (Haloperidol e Prometazina).

- Não dorme bem e faz uso de Diazepam há muito tempo.
- As pessoas não acreditam que ele é o novo Messias e que Deus o enviou para acabar com todo o mal do mundo e que sua mãe é uma pessoa que está ajudando o governo a espioná-lo para poder matá-lo e que ele confia apenas no amigo que o acompanha.
- A mãe, dona Maria, diz que o filho começou a ter comportamentos estranhos quando preferia ficar na rua e usar drogas do que ficar em casa com ela.
- A mãe de Daniel acredita que apenas Diazepam funciona para o filho e lhe administra escondido na água.

Quadro 2 - Passo 2 do Processo de Construção do Diagnóstico de Enfermagem

Passo 2: Agrupamento. Grupo de problemas/potencialidades que se relacionam entre si
<p>Grupo 1</p> <ul style="list-style-type: none">→ Apresenta impaciência.→ Em cadeira de rodas e com o pé enfaixado (lesionou o pé há uma semana, pois acreditava estar sendo perseguido pelo governo).→ Relata sobre duas internações prévias, na última apresentou um episódio de frangofilia e quebrou objetos na casa.→ Não aderência à medicação (Haloperidol e Prometazina).→ Não dorme bem e faz uso de Diazepam há muito tempo.→ As pessoas não acreditam que ele é o novo Messias e que Deus o enviou para acabar com todo o mal do mundo e que sua mãe é uma pessoa que está

ajudando o governo a espioná-lo para poder matá-lo e que ele confia apenas no amigo que o acompanha.

Grupo 2

- A mãe, dona Maria, diz que o filho começou a ter comportamentos estranhos quando preferia ficar na rua e usar drogas do que ficar em casa com ela.
- A mãe de Daniel acredita que apenas Diazepam funciona para o filho e lhe administra escondido na água.

Após reconhecer os problemas/potencialidades, o próximo passo realizado no PE é o levantamento de hipóteses, dando significado a cada grupo alcançado.

Quadro 3 - Passo 3 Processo de Construção do Diagnóstico de Enfermagem

Passo 3: Hipóteses. Dar significado a um agrupamento

Grupo 1 - Dificuldades de Daniel

Daniel apresenta sintomas psiquiátricos, do tipo psicóticos (alucinações e delírio). Não possui adesão ao tratamento. Quando tem crise psicótica, se lesiona e é internado.

Grupo 2 - Conhecimento deficiente da mãe

A mãe de Daniel é a pessoa de referência para o cuidado do filho. Porém, possui conhecimento deficitário sobre o adoecimento do filho, o que dificulta o tratamento.

O próximo passo a ser realizado é categorizar as necessidades humanas do paciente, utilizando uma teoria de enfermagem.

Será considerada a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta, que irá nortear a assistência ao paciente, disponibilizando elementos fundamentais para saúde, indivíduo, enfermagem e coletividade, enfatizando o cuidado no atendimento de suas necessidades básicas⁽³⁾.

Definição das NHB para o paciente e família do caso clínico apresentado

Psicobiológica

- Sono/repouso, cuidado corporal, terapêutica, segurança física e meio ambiente.

Psicossocial

- Segurança emocional, amor/aceitação, aprendizagem/educação para a saúde, recreação/lazer, autoimagem, atenção.

A partir de todos os dados coletados e organizados, o próximo passo será realizar a construção dos DE para cada grupo alcançado, baseados na taxonomia NANDA-I, com foco no domínio de percepção/cognição. Vale ressaltar que o capítulo é focado em realizar o PE com base no domínio percepção/cognição e, então, os diagnósticos formulados serão retirados somente do domínio que é o foco do capítulo.

Ademais, analisando o caso clínico proposto, cabe a formulação de diagnósticos de outros domínios. Sugere-se que você, enfermeiro/estudante, realize o exercício de PE abordando toda a taxonomia, a fim de construção do conhecimento em enfermagem.

Quadro 4 - Passo 5 do Processo de Construção do Diagnóstico de Enfermagem

Passo 5: Diagnósticos de enfermagem

Grupo 1

DE - Distúrbio na identidade pessoal, caracterizado por descrição de si mesmo por meio de ideias delirantes, relacionado a estados maníacos.

População de risco: Crise situacional.

Condições associadas: Transtornos psiquiátricos.

DE - Confusão crônica, caracterizada por alteração no comportamento, relacionada a transtorno psiquiátrico*.

*NANDA-I 2018-2020 não possui fator relacionado para esse DE.

DE - Controle de impulsos ineficaz, caracterizado por agir sem pensar, relacionado a transtorno de humor.

Condição associada: Alteração na função cognitiva.

DE - Comunicação verbal prejudicada, caracterizada por desorientação em relação às pessoas e dificuldade em manter a comunicação, relacionada a transtorno emocional.

População de risco: ausência de pessoa significativa.

Condições associadas: transtorno psiquiátrico.

DE - Risco de dignidade humana comprometida, relacionado à compreensão insuficiente de saúde e estigmatização.

Controle emocional lábil, caracterizado por expressão de emoções incongruentes com fator desencadeador, relacionado a conhecimento insuficiente sobre o controle de sintomas.

Condição associada: transtorno psiquiátrico.

Grupo 2

DE - Conhecimento deficiente, caracterizado por conhecimento deficiente, relacionado a informações incorretas apresentadas por outros.

Condição associada: Alteração na função cognitiva.

Discussão do desenvolvimento do processo do raciocínio diagnóstico e intervenções de enfermagem

Analisando os problemas apresentados no caso clínico, chega-se à formulação dos DE que foram apresentados no Quadro 4, os quais serão explicados a seguir, demonstrando os motivos da escolha de cada um.

Diagnósticos para o Grupo 1

O primeiro diagnóstico formulado foi: Distúrbio na identidade pessoal, caracterizado por descrição de si mesmo por meio de ideias delirantes, relacionado a estados maníacos. Esse DE foi escolhido pela relação dos estados maníacos que o paciente apresenta, que são caracterizados por euforia e energia alta, sono prejudicado, além da apresentação de delírios e, principalmente, os de grandeza, quando o paciente alega que “é o novo Messias e que Deus o enviou para acabar com todo o mal do mundo e que sua mãe é uma pessoa que está ajudando o governo a espioná-lo para poder matá-lo e que ele confia apenas no amigo que o acompanha”.

O segundo diagnóstico formulado foi: Confusão crônica, caracterizada por alteração no comportamento, relacionada a transtorno psiquiátrico. Esse diagnóstico se relaciona altamente com o paciente do caso apresentado, devido ao seu comportamento e personalidade alterado, sendo demonstrado pelo prejuízo nas funções cognitivas pela dificuldade de aprender e compreender o mundo real ao seu redor através da memória, fala, linguagem, tomada de decisões e função executiva, além de dependência na execução das atividades diárias.

O terceiro diagnóstico formulado foi: Controle de impulsos ineficaz, caracterizado por agir sem pensar, relacionado a transtorno de humor. Esse diagnóstico se encaixa devido aos

prejuízos físicos do paciente provocados pelo seu transtorno psiquiátrico, assim como descrito no caso clínico, em que o paciente possuía uma lesão de membro inferior, pois acreditava estar sendo perseguido.

O quarto diagnóstico formulado foi: Comunicação verbal prejudicada, caracterizada por desorientação em relação às pessoas e dificuldade em manter a comunicação, relacionada a transtorno emocional. Esse diagnóstico foi escolhido devido à dificuldade de compreensão da narrativa do paciente percebido na consulta de enfermagem, onde apresenta ideias desconexas e incongruentes com a realidade.

O quinto diagnóstico formulado foi: Risco de dignidade humana comprometida, relacionado à compreensão insuficiente de saúde e estigmatização. Diagnóstico escolhido pelo motivo percebido em que pessoas com transtornos psiquiátricos com problemas semelhantes ao do paciente, por muitas vezes, são estigmatizados, fazendo com que ocorra o risco de que sua dignidade seja reduzida, acabando por não serem considerados e tratados como seres humanos.

O último diagnóstico formulado foi: Controle emocional lábil, caracterizado por expressão de emoções incongruentes com fator desencadeador, relacionado a conhecimento insuficiente sobre o controle de sintomas. Esse diagnóstico foi escolhido devido ao episódio em que o paciente apresenta alto nível de estresse e “quebra tudo” (frangofilia), que ocorreu primeiramente por conta do não uso da medicação prescrita (Haloperidol com Prometazina), considerando também sua resposta como incongruente a um fator desencadeador externo.

Diagnósticos para o Grupo 2

Foi formulado apenas um diagnóstico para esse grupo, sendo ele: Conhecimento deficiente, caracterizado por

conhecimento deficiente, relacionado a informações incorretas apresentadas por outros. Esse DE foi formulado prioritariamente para a mãe do paciente, pois acredita-se que influências externas do círculo social da mãe a levaram a direcionar um pensamento e conhecimento deficiente e/ou equivocado do transtorno do filho, acerca da sua patologia em si, etologia e sintomas.

Intervenções de enfermagem

Foram elaboradas intervenções de enfermagem baseadas nos problemas encontrados e os DE direcionados a eles, com abordagem para o paciente e família, visando a seu cuidado integral e melhoria de sua qualidade de vida, além de possibilitar conhecimento sobre a patologia e o convívio com ela. As intervenções estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Intervenções de enfermagem para o caso Clínico da pessoa/família e comunidade fundamentado no Domínio da Percepção/Cognição

Orientar

- quanto à prioridade do uso correto da medicação nos horários e nas quantidades prescritas;
- sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- acerca da patologia e quanto à importância da adesão da família ao tratamento junto com o paciente;
- quanto à necessidade de regulação do sono (pelo menos 8 horas por noite);
- os familiares sobre a vigilância do paciente quanto ao uso correto da medicação;
- sobre a necessidade de criar relacionamentos familiares estáveis e amigáveis;

- quanto ao acionamento do serviço de saúde mental sempre que julgar necessário;
- sobre a necessidade de preservação do corpo e da integridade.

Ensinar

- quanto aos sinais e sintomas provocados pela patologia e como amenizá-los;
- novas práticas de atividades de lazer para distração;
- sobre a importância da aceitação da família acerca da doença;
- sobre como os familiares podem fazer a vigilância do paciente quanto ao uso correto da medicação;
- quanto ao acionamento do serviço de saúde mental sempre que julgar necessário;

Entender

- qual a percepção da mãe e filho acerca da doença (percepções negativas e positivas).

Realizar

- encaminhamento a uma nova avaliação médica;
- encaminhamento para tratamento conjunto a atividades terapêuticas do CAPS e CAPS – AD.

Considerações finais

Por fim, visou-se, com a construção deste capítulo, à ampliação dos conhecimentos acerca da atuação da enfermagem diante da apresentação de problemas de saúde mental, abordando não só as necessidades do paciente, mas, também, da família e as suas demandas.

Dessa forma, a taxonomia NANDA-I possibilitou o aprendizado do raciocínio clínico, por permitir identificar os problemas e potencialidades por meio da utilização do domínio

de percepção/cognição, contribuindo assim para o trabalho da enfermagem.

Cabe ressaltar a escassez de diagnósticos para o domínio de percepção/cognição nessa taxonomia, o que dificulta o processo de distinção dos problemas e potencialidades deste âmbito. Ressaltando, assim, a necessidade de mais estudos e a criação de novos diagnósticos para esse domínio.

Referências

1. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 [NANDA Internacional]. Tradução: Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Silva JS, Ribeiro HKP, Fernandes MA, Rocha DM. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Enferm.Foco*. 2020;11(1):170-5. ISSN 2357-707X. doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2743
3. Neves RS, organizador. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado. Quirinópolis, GO: Editora IGM; 2020.

Caso clínico da pessoa/família e comunidade fundamentado no Domínio da Promoção da Saúde

Bruno Ribeiro do Amaral Nery⁴⁸

ORCID: 0000-0003-1262-5633

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Luana Nunes Lima⁴⁹

ORCID: 0000-0003-4620-9400

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Thayse Nunes da Silva⁵⁰

ORCID: 0000-0002-7517-9901

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁴⁸ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: brunoranery@hotmail.com

⁴⁹ Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). luananlima@gmail.com

⁵⁰ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: thaysesilva77@gmail.com

Descritores: Promoção da Saúde; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Resumo: O Processo de Enfermagem (PE) é aplicado por meio de cinco etapas relacionadas. Sua aplicação é imprescindível no Domínio da Promoção da Saúde para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste capítulo, serão abordadas as etapas desse processo e sua aplicação em um caso clínico. Objetiva-se, com isso, a demonstração teórica e prática da manutenção do cuidado contínuo e de qualidade para a melhoria dos hábitos de vida do paciente.

Introdução

O exercício da enfermagem é genuinamente realizado quando o *cuidado* é praticado por alguém que pactua junto a uma *pessoa*, o *estado de bem-estar ideal* em *determinado lugar*. ⁽¹⁾

As palavras anteriormente destacadas referem-se aos conceitos que juntos formam o metaparadigma da enfermagem e guiam as teorias, sendo que *pessoa* pode representar desde um indivíduo que receba o cuidado, até toda a humanidade; *estado de bem-estar ideal* que conceitua saúde em comum acordo entre quem recebe e oferta o cuidado; *determinado lugar* que define o ambiente de cuidado e pode ser desde arredores até o Universo; e a própria enfermagem com todo seu conhecimento próprio. ⁽²⁾

As teorias da enfermagem têm sua aplicabilidade, e são imprescindíveis, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é a partir do seu uso que a atuação da enfermagem enquanto ciência é legitimada. Reitera-se, todavia, que as teorias surgem com a Enfermagem Moderna e só são executáveis a partir do uso de taxonomias. ⁽³⁾

Uma taxonomia é um estudo teórico e sistemático de eventos que auxilia na compreensão das classificações de enfermagem. Dessa forma, ajuda a organizar conceitos para a prática de enfermagem e padronizar as informações da assistência de enfermagem. Ou seja, uma enfermeira do extremo sul do Brasil pode ser entendida no extremo norte brasileiro, ou mesmo em qualquer outro país que adote a mesma taxonomia.⁽⁴⁾

Exemplificando, realizar SAE sem o uso de taxonomias é como dizer para um maratonista (acostumado a correr 20 km por dia) e para um jovem de mesma idade (que não consegue andar 500 m sem ficar ofegante) que a trilha para a cachoeira que estão indo juntos *é leve*. Mas, *leve* para quem? Qual o conceito de *leve*?

A SAE pode ser expressa por meio do Processo de Enfermagem (PE), uma ferramenta metodológica constituída de fases interdependentes e complementares que contribui na construção do cuidado sistemático e na organização das condições de trabalho de assistência do enfermeiro, auxiliando, dessa forma, na contribuição do raciocínio clínico, construção do diagnóstico e intervenções fundamentadas. Ademais, o PE é uma ferramenta que necessita sustentação teórica para a sua utilização⁽⁵⁾. Para que seja eficiente e aplicável, o PE deve ser: dinâmico, intencional, flexível, interativo, sistemático e baseado em teorias. Além disso, é organizado em cinco etapas: Histórico de Enfermagem⁽⁶⁾, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

A utilização de uma ferramenta, por si só, não pode garantir a qualidade de um serviço prestado. No entanto, a qualidade da assistência poderá ser evidenciada com o uso do PE, mas depende de competências intelectuais, interpessoais e técnicas do enfermeiro.⁽¹⁾

Atualmente, em se tratando de diagnósticos de enfermagem (DE), a Taxonomia II proposta pela *North American*

Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) é a mais utilizada no mundo, por se adequar melhor às práticas de enfermagem contemporâneas, e é organizada em domínios, classes e diagnósticos.

O primeiro dos 13 domínios é o de promoção da saúde, definido como um julgamento clínico acerca da motivação e do desejo expresso, ou da determinação da enfermeira em caso de incapacidades, de aumento do bem-estar e do alcance do potencial humano de saúde.⁽³⁾

A promoção da saúde relaciona-se à qualidade de vida e aos aspectos que influenciam a interação entre o convívio e o cotidiano no qual o indivíduo está inserido e como essa interação associa-se à qualidade de vida, com fatores condicionantes e determinantes de saúde⁽³⁾. Na enfermagem, constitui-se em ações estratégicas articuladas com uma equipe multiprofissional, onde as competências individuais dos profissionais interagem com o cuidado centrado no paciente.

É correto afirmar que o tema Promoção da Saúde está sendo amplamente discutido desde 1940, a partir do Movimento Preventivista, seguido do relatório de Lalonde, em 1974, da Declaração de Alma-Ata, em 1978, e da Carta de Ottawa, em 1986. Inclusive no Brasil, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, com vistas à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus condicionantes e determinantes⁽⁴⁾.

Sabe-se que a utilização do ensino baseado em casos clínicos articula teoria e prática como componentes espontâneos na articulação analítica durante a busca de soluções para problemas reais, capacitando, dessa forma, a tomada de decisões. Por isso, a seguir, será apresentado um caso clínico, com nome fictício, que servirá de base para a discussão.

Vale ainda dizer que escolheu-se utilizar a teoria do Modelo de Promoção à Saúde de Nola Pender, a qual será melhor discutida logo após.

Caso clínico

Histórico de enfermagem

Dona Irene é uma senhora de 60 anos, preta, viúva e alfabetizada, que reside de aluguel em uma região administrativa de alta vulnerabilidade socioeconômica do Distrito Federal (DF). Nascida na Bahia, irmã de outros 13 mais novos, veio para o DF há 15 anos, após a morte do marido e do único filho em um incêndio. Sua família não a acompanhou, por conta de conflitos familiares, e sua rede de apoio é formada pelos vizinhos e pelos amigos da casa de umbanda que frequenta.

Na última semana, dona Irene está ansiosa, pois sua vizinha sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e está internada; este fato a fez lembrar que seu pai morreu após um AVC e então ela decidiu procurar sua Unidade Básica de Saúde (UBS).

Tão logo dona Irene chegou à sua UBS, foi acolhida por João, Agente Comunitário de Saúde (ACS) que ouviu sua queixa de temer um AVC e a encaminhou para consulta com a enfermeira Helena, responsável pela área onde reside.

No início do atendimento, Helena ouviu a queixa de dona Irene e perguntou se ela sabia o que era AVC, como era causado e por que ela o temia. A resposta de dona Irene evidenciou que ela associava AVC à morte, mas que não sabia sobre fatores de risco ou outros possíveis desfechos; ademais, informou que, apesar de não saber direito, sabia que faria o possível para não experienciar um desses. Ainda sem dar maiores explicações acerca do AVC, Helena seguiu sua investigação e identificou que dona Irene realiza aproximadamente cinco refeições diárias, entre 7h e 20h;

que tempera sua comida com temperos artificiais, sempre prioriza alimentos industrializados, devido à facilidade de acesso e consumo; e que só bebe água quando sente sede, estima menos de um litro de água por dia. Não queixa dificuldades relacionadas a suas eliminações vesicointestinais e nem identifica mudanças nos seus padrões. Além disso, não faz exercícios físicos por se sentir sempre indisposta.

Outra informação relevante é que dona Irene é tabagista há cerca de 50 anos, tendo iniciado o uso de cigarro de palha ainda quando criança e mantendo, nos últimos 40 anos, o consumo médio de 15 cigarros/dia. Sobre o consumo de álcool, informa etilismo social de, no máximo, duas latas de cerveja por semana.

Ademais, sua menarca aconteceu aos 13 anos, apenas um filho e está em menopausa há 12 anos. Sua sexarca foi aos 20 anos e interrompeu sua atividade sexual desde a morte do marido.

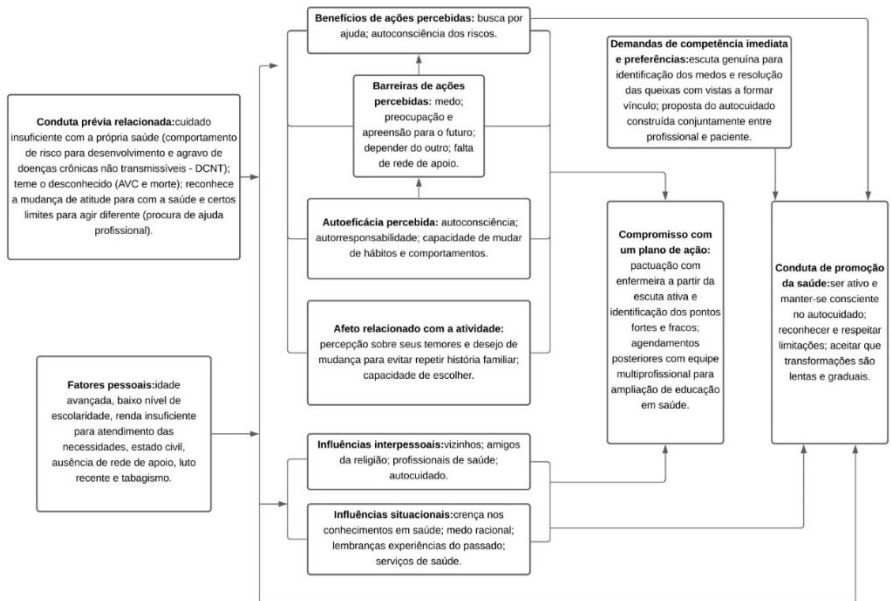
Seus sinais vitais indicam que durante a consulta ela está normotérmica (T. Ax: 36,7°C), normocárdica (FC: 75 bpm), eupneica (FR: 15 irpm) e com a pressão arterial medindo 150 x 90 mmHg.

Ao exame físico apresenta bom estado geral, está reativa, acianótica, pupilas isocóricas e fotorreagentes, orelhas implantadas de forma simétrica, nariz sem desvio de septo com pelos presentes, e mucosa oral normocorada, com higiene preservada. Os nódulos da cadeia cervical, submandibular e submental são indolores à palpação. O tórax é do tipo normal, está normocorado e sem abaulamentos. À ausculta do aparelho cardíaco, foram identificadas bulhas normofonéticas ao som de dois tempos e o ictus cordis é palpável. À ausculta do aparelho respiratório, há presença de murmúrios vesiculares fisiológicos diminuídos em base, bilateralmente e sem ruídos adventícios. Abdome do tipo globoso (relacionado ao excesso de gordura abdominal), com ruídos hidroaéreos presentes, som timpânico à percussão dos 1º e 3º quadrantes e submaciço nos 2º e 4º;

depressível, indolor à palpação e sem visceromegalias. Seus membros superiores possuem o tônus muscular e a mobilidade preservados, estão sem edema e o tempo de enchimento capilar é menor que três segundos.

Considerando o caso supracitado e antes de seguir às próximas fases do PE, vale falar sobre a Teoria do Modelo de Promoção à Saúde, que foi desenvolvida na década de 80, por Nola Pender. Ela é composta por três componentes, sejam: características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e os resultados da conduta. A seguir, é apresentado o diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de dona Irene.

Figura 1: diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de dona Irene.



Fonte: dos autores

Agora que a coleta de dados foi feita, segue-se à definição dos DE, utilizando a NANDA-I. Contudo, para facilitar a compreensão, optou-se por, antes de apresentar os DE, falar das outras taxonomias utilizadas nas etapas que se seguem:

No Planejamento, definiram-se os resultados esperados a partir do uso da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que conceitua resultados como estado, comportamento ou percepção da pessoa, mensurado em uma linha do tempo contínua, em resposta a intervenções de enfermagem. E a taxonomia que trata dessas intervenções é chamada *Nursing Interventions Classifications* (NIC).

Em se tratando da taxonomia NANDA-I, rapidamente identifica-se o primeiro DE, de **disposição para letramento em saúde melhorado, caracterizado pelo expresso desejo de aumentar a compreensão de informações de saúde para fazer escolhas de cuidados de saúde**. A escolha desse diagnóstico ancora-se na autopercepção de dona Irene de que algo não ia bem e que seu conhecimento não era suficiente para atender às suas necessidades naquele momento, fazendo com que ela buscasse na Unidade Básica de Saúde (UBS) a ajuda que acreditava ser adequada.

O resultado esperado, de acordo com a NOC, é a prática de comportamentos saudáveis rotineiramente. E as intervenções, de acordo com a NIC, incluem:

- Realizar orientação antecipada
- Apoiar a tomada de decisão
- Facilitar a aprendizagem
- Promover a autorresponsabilidade

A partir da resposta de dona Irene que “faria qualquer coisa para não experienciar um AVC”, tem-se o segundo DE, de **disposição para controle da saúde melhorado**,

caracterizado pelo expresso desejo de melhorar o controle de fatores de risco.

O resultado esperado, de acordo com a NOC, é a utilização de comportamentos que evitam riscos. E as intervenções, de acordo com a NIC, incluem:

- monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente, e auxiliá-lo no que for necessário;
- orientar sobre a necessidade de aumento da ingestão hídrica;
- orientar sobre a necessidade de mudança dos hábitos alimentares;
- orientar sobre a importância da prática de atividade física, seguindo as orientações da OMS;
- explicar sobre a importância de reduzir gradualmente o uso de bebidas alcoólicas, pelo aumento transitório da pressão arterial e o uso de cigarro, o qual aumenta o risco cardiovascular, aplicando uma estratégia de redução de danos;
- buscar ampliar a rede de apoio familiar como forma de auxiliar na promoção da saúde, além de oferecer apoio multiprofissional com o matriciamento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- estabelecer a longitudinalidade do cuidado por meio do acompanhamento contínuo pela UBS.

Finalmente, na etapa de Implementação, é feita a prescrição do cuidado, com base em todas as outras etapas do PE, principalmente relacionada com o Planejamento de Enfermagem. Na realização da prescrição, devem ficar bem descritos aspectos associados a como serão feitas as

intervenções, especificando: o quê, como, quando, onde e a duração das ações a serem realizadas.

Quadro 1 – Implementação das ações e intervenções de enfermagem

O QUÊ?	COMO?	QUANDO?	ONDE?	DURAÇÃO?
Orientar sobre o aumento da ingestão hídrica.	Orientar sobre a ingestão hídrica, levando em consideração a quantidade por peso, ou a relação com a idade pela European Food Safety Authority,(7) que no caso da d. Irene, seria de 2,2 L de água/dia, que dão aproximadamente uns 9 copos de 250 ml/dia.	No momento da consulta com d. Irene, com as ingestas hídricas ocorrendo fracionadas durante o dia.	No consultório da UBS.	Durante a consulta, sendo o hábito prescrito diário.
Orientar sobre a alimentação adequada.	Propor que a alimentação de d. Irene seja diversificada, contendo por dia 6 porções de cereais, massas e vegetais; 2 porções de frutas, 3 porções de verduras, 3 porções de leite e derivados, além de 2 porções de carnes, ovos, feijões e nozes, limitando a ingestão de gordura e açúcar, além da diminuição do tempero.	Orientação durante a consulta e o hábito alimentar ao longo do dia, fracionada de acordo com as necessidades e a rotina da d. Irene, mas buscar realizar as refeições de 3 em 3 horas, ou com um intervalo próximo.	No consultório da UBS.	Durante a consulta, com o hábito alimentar sendo diário;

<p>Orientar sobre a prática de atividades físicas, recomendada pela OMS.</p>	<p>Recomendar a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas, de acordo com a OMS.</p>	<p>Orientação durante a consulta, com o hábito de atividades físicas sendo fracionado em pelo menos 5 vezes por semana durante 30 minutos, podendo ser uma caminhada.</p>	<p>No consultório da UBS.</p>	<p>Durante a consulta, com o hábito sendo diário e ocorrendo em pelo menos 5 vezes por semana.</p>
--	--	---	-------------------------------	--

A avaliação, teoricamente última etapa do PE, é uma etapa contínua e sistemática da resposta humana relacionada às intervenções aplicadas, e assim verifica a eficácia das outras etapas do PE. No caso de dona Irene, será avaliada a capacidade dela de realizar o autocuidado, além das mudanças após a aplicação da intervenção. Nesse aspecto, fatores como sinais vitais, hábitos de vida, além de satisfação da própria paciente relacionada à promoção da saúde são questões imprescindíveis para a realização da avaliação de enfermagem.

Conclusão

Considerando a aplicação do PE fundamentado no Domínio da Promoção da Saúde, nota-se a importância da realização das etapas do PE para a manutenção do cuidado contínuo e de qualidade, fazendo com que haja a realização do processo com constante avaliação, buscando a melhoria assistencial. Além disso, no contexto da promoção da saúde, nota-se a importância da comunicação clara para a melhoria dos hábitos de vida do paciente.

Referências

1. Ribeiro OMPL, Martins MMFP, Tronchin DMR, Forte ECN. O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e3970016. DOI: 10.1590/0104-070720180003970016
2. Ferraz I, Baixinho C, Rafael H. [The first book written by a nurse in Portugal (1741): contributions to religious nurses education] *Hist enferm Rev eletrônica* [Internet]. 2015;6(2):288-98. Portuguese.
3. Lemos DMP, Saldanha PF, Vieira LF, Azzolin KO. Nursing taxonomies in hospital discharge planning: a quasiexperimental study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20180896. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0896>
4. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG, et al. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. São Paulo: Coren-SP; 2015.
5. Goldenzon AV. *Ensino baseado em casos clínicos*. Rio de Janeiro. Trabalho de Conclusão de Curso [Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde] – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2016.
6. Adamy EK, Zocche DAA, Almeida MA. Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Rev Gaucha Enferm*. 2019 Nov 25;41(spe):e20190143. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190143. PMID: 31778384
7. Gutiérrez MGR, Morais SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):436-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>

8. Neves RS, organizador. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado. Quirinópolis, GO: Editora IGM; 2020.
9. Pinheiro AM, Tannure MC. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010
10. Azevedo P, Pereira F, Paiva S. Água, Hidratação e Saúde. Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição SBAN. 2016

Enfermagem Forense e Sistematização da Assistência de Enfermagem: atendimento à mulher vítima de violência sexual

Simone Luzia Fidélis de Oliveira⁵¹

ORCID: 0000-0001-8106-9584
Universidade de Brasília (UNB)

Jade Fonsêca Ottoni de Carvalho⁵²

ORCID: 0000-0002-7652-1377
Universidade de Brasília (UNB)

Dirce Bellezi Guilhem⁵³

ORCID: 0000-0003-4569-9081
Universidade de Brasília (UNB)

⁵¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UNB). simoneluzia@gmail.com.

⁵² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UNB). jadeottoni@gmail.com.

⁵³ Docente Doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UNB). guilhem@unb.com.

Descritores: Enfermagem Forense; Violência Sexual Contra a Mulher; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Resumo

Este capítulo visa instigar o leitor a refletir sobre a junção dos conceitos de Enfermagem Forense e Sistematização da Assistência de Enfermagem no desafio ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual por meio da discussão de um caso clínico. Na reflexão serão apontados os seguintes temas: Do Modelo de Prática Integrada à Teoria de Médio Alcance; Enfermagem Forense: surgimento e o papel do enfermeiro; Sistematização da Assistência de Enfermagem na realidade prática do enfermeiro; Enfermagem Forense e Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma realidade possível. A discussão destes temas será relevante para o entendimento da aplicação da SAE na prática do Enfermeiro Forense no atendimento as mulheres vítimas de violência.

Introdução

A violência no Brasil, um dos problemas de saúde pública de um dos países mais violentos do mundo, consiste no uso da força física ou do poder, sob ameaça ou na prática, contra si, outrem, indivíduo ou coletivo, que resulta ou pode resultar em dano reversível ou irreversível, conforme descreve a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾.

A violência sexual contra as mulheres constitui um dos agravos de maior custo para a saúde pública, sendo o estupro o mais recorrente. No Brasil, de acordo com a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, estupro significa “constranger alguém a ter conjunção carnal, a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso mediante violência ou grave ameaça”⁽²⁾.

Esse tipo de violência ocorre desde os primórdios da humanidade e está diretamente relacionado com as desigualdades de gênero onde a mulher ainda é vista com ideia de inferioridade e posse oriunda do sistema patriarcal⁽³⁾. Tais argumentos são traduzidos em números que apontam 22.573 mulheres vítimas de estupro apenas no 1º semestre de 2020, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020⁽⁴⁾.

A enfermagem, reconhecida como ciência com arcabouço teórico-científico próprio e suportado em legislações nacionais, sempre apresentou na sua atuação o cuidado ao ser humano, seja individualmente ou em grupo, independente do nível de atenção à saúde, intervindo com base em evidências científicas nos diferentes ciclos de vida, inclusive nas questões de violência⁽⁵⁻⁶⁾.

Neste sentido, surge a Enfermagem Forense, no intuito de aliar as dimensões biopsicossociais à dimensão legal a fim de intervir não apenas nas questões diretas à saúde física e mental, mas também nas questões legais que almejam atingir justiça social e bem-estar final do indivíduo envolvido na situação de violência⁽⁷⁻⁸⁾.

Em 1995, a *American Nursing Association* (ANA) reconheceu a Enfermagem Forense como especialidade, sendo requisito fundamental que seu núcleo apoie o Processo de Enfermagem (PE) em todas as suas etapas, e influencie nos resultados da prestação de cuidados de enfermagem⁽⁷⁾.

No Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem, pela Resolução nº 358/2009⁽⁹⁾, e o seu descumprimento é passível de responsabilização imposta pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo Resolução nº 564/2017⁽¹⁰⁾.

A norma obrigatória da SAE ainda traz em seu escopo as etapas que devem ser obrigatoriamente cumpridas de forma privativa e com liderança pelos enfermeiros:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem⁽⁹⁾.

No que tange a aplicação da SAE no atendimento à mulher vítima de violência sexual, a sua implementação é fundamental, tendo em vista que os efeitos do trauma da violência são abrangentes e duradouros e necessitam de intervenções de enfermagem sistematizadas, qualificadas e contínuas, desde a promoção à percepção de sinais de violência, a prevenção de novos eventos, os tratamentos dos traumas emocionais e físicos imediatos e a reabilitação para o bem-estar final⁽⁷⁾.

Essa discussão visa correlacionar a atuação do Enfermeiro Forense a partir da teoria de Enfermagem Forense e a utilização da SAE como instrumento para o atendimento da mulher vítima de violência sexual. Tal avaliação é de extrema importância pela necessidade de justiça social como contribuição para o conceito de saúde.

Não se pode perder de vista que o Processo de Enfermagem contribui significativamente na sistematização da assistência a vítima de violência inclusive no que tange a dimensão legal e pode contribuir para uma prática mais qualificada no atendimento a esta clientela.

Reflexão

Do Modelo de Prática Integrada à Teoria de Médio Alcance

A Enfermagem Forense se utiliza de princípios e pressupostos filosóficos da enfermagem, ou seja, conceitos que estruturam os processos de raciocínio, com a finalidade de

reconhecer e revelar fundamentos e pressupostos para sua fundamentação, os quais trazem em seu escopo um conjunto articulado de dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e legal para o cuidado, com foco no indivíduo em uma orientação holística, humanitária e pragmática^(7,11).

No que tange aos princípios da Enfermagem Forense, se incorporam os jurídicos, que enfatizam a coleta de evidências de forma confiável com a manutenção da cadeia de custódia. Dentre as premissas, entendidas como declarações aceitas como verdade absoluta e inquestionável e que servem como alicerce para a aplicação de uma teoria, estão a integração de diversas disciplinas: ciências sociais, ciências da enfermagem e ciências jurídicas^(7,11).

Ao avaliar sobre paradigma, que configura como termo para enquadramento conceitual, sendo uma expressão utilizada para demonstrar o esquema ou abordagens que são prevalentes em uma determinada disciplina, a Enfermagem Forense acrescenta à dimensão legal/jurídica as dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural, que implicam bem-estar e saúde⁽⁷⁾.

Quanto ao metaparadigma, nível mais abstrato do conhecimento que determina os principais conceitos de uma disciplina, a Enfermagem Forense apresenta: a) a pessoa, como a vítima/família ou agressor; b) a saúde, como o exercício do Enfermeiro Forense que vai além dos cuidados imediatos, atingindo os cuidados legais; c) a enfermagem, como a inter-relação teoria e prática da ciência da enfermagem e da ciência da enfermagem; e d) o ambiente, como interação intersetorial entre os sistemas de saúde, segurança e justiça⁽⁷⁾.

No que tange os pressupostos, compreendidos como declarações tidas como verdade, onde se exclui a possibilidade de medi-las e testá-las, a Enfermagem Forense apresenta como seus: a enfermagem clínica forense, a evolução dos sistemas de

saúde, a concepção, a percepção da enfermagem forense clínica, a aplicação da enfermagem clínica, os cuidados de enfermagem forense, os direitos humanos e a verdade como objeto central da análise forense⁽⁷⁾.

Da análise dos componentes teóricos, observa-se a contribuição da Teoria Descritiva, que observa e denomina os conceitos, embora não explique as inter-relações entre eles e suas influências; da Teoria Prescritiva, que traça atividades necessárias para atingir metas, reforçando três componentes básicos: metas e resultados específicos, atividades explícitas determinadas e articulação com base conceitual; e da Teoria Prática, que explica as prescrições ou modalidades de práticas que visam atingir uma meta^(7,11).

Uma outra influência forte é a Teoria Interacionista, demonstrando a existência do interacionismo, ou seja, de vínculos e associações em todo o processo, desde a interação entre o paciente forense e a Enfermeira Forense até a interação entre as instituições de saúde, segurança e justiça, além da correlação entre as diferentes disciplinas⁽⁷⁾.

Ao realizar a crítica ao modelo proposto por Virginia Lynch, Valentine⁽¹²⁾ traz algumas contribuições relevantes. A primeira seria compreender que o modelo de prática integrada inicialmente proposto não apenas realiza declarações relacionadas com o desenvolvimento do conhecimento, mas sim, de um conjunto de conceitos menos abstratos e mais específicos para os detalhes da prática de enfermagem, ou seja, a teoria da Enfermagem Forense atinge o patamar de Teoria de Médio Alcance, sendo reconhecida como teoria intermediária que surge da prática para a prática, sem precisar explicar o todo e sim as partes que a compõe⁽¹²⁻¹³⁾.

A Teoria da Enfermagem Forense é considerada uma teoria de médio alcance por ter início na identificação de questões da prática, teorização baseada na avaliação das evidências

científicas, e por permitir a aplicação na prática dos resultados obtidos. A interdisciplinaridade e intersetorialidade possibilitam a associação com outros conhecimentos e o levantamento de hipóteses, podendo os resultados serem aplicados na educação, na pesquisa, na prática do Enfermeiro Forense e na construção do arcabouço teórico da disciplina⁽¹²⁾.

Enfermagem Forense: surgimento e o papel do enfermeiro

Construída sob um sólido arcabouço teórico e a identificação de problemas na prática da assistência a pessoas vítimas de traumas físicos e/ou psicológicos, surge a Enfermagem Forense, em 1992 nos Estados Unidos, como uma nova disciplina.

Em 1991, a Academia Americana de Ciências Forense (AAFS) juntamente com Virginia Lynch se articulam para conceituar Enfermagem Forense e delimitar o seu papel. Em 1995, a ANA passou a considerar a Enfermagem Forense como especialidade; reconhecendo formalmente, em 2014, a *International Association of Forensic Nursing* (IAFN), criada pela teorista e um grupo de 71 enfermeiras que trabalhavam na mesma área, como uma instituição afiliada. Em 2014, a Lei de Autorização de Defesa Nacional incluía os enfermeiros forenses no atendimento às mulheres vítimas de estupro e seus agressores, servindo às forças armadas americanas⁽¹⁴⁾.

Segundo a IAFN, a especialidade é definida como a aplicação da ciência da enfermagem ao público e à justiça; a aplicação relaciona-se aos aspectos forenses do cuidado à saúde combinado com a formação biopsicossocial da enfermeira na investigação científica da morte e/ou tratamento do trauma de vítimas e agressores, atividades criminais, acidentes traumáticos e abuso físico, emocional e sexual⁽¹⁵⁾.

No Brasil, a Enfermagem Forense deu início à sua concretização como especialidade oficialmente por meio da Resolução Cofen nº 358/2011⁽¹⁶⁾, sendo reconhecida como uma das especializações obtidas por enfermeiros graduados e regulamentada a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, com objetivo de interligar questões sociais e judiciais ao sistema de saúde e traçar as suas responsabilidades por meio da Resolução Cofen nº 556/2017⁽¹⁷⁾. No entanto, ainda requer normativas e regulamentações que consolidem a figura do Enfermeiro Forense e introduzam a sua prática nos sistemas de saúde, segurança e justiça.

Neste contexto, a Enfermagem Forense é considerada o encontro da ciência da enfermagem com a prática forense, onde o enfermeiro irá utilizar de seu conhecimento técnico-científico para saber quando deve trazer a aplicação da lei como forma de tratar a vítima de violência e acrescer aos cuidados de enfermagem os cuidados de enfermagem forense. Essa atuação amplia o papel do enfermeiro para além das dimensões biopsicossociais e inclui a dimensão legal, visando minimizar a ocorrência de traumas e (re)traumas e a recuperação mais rápida e de maior qualidade da vítima, e, por fim, a justiça social^(12,18).

Nessa amplitude de papéis, a assistência à mulher vítima de violência ganha aliados. O Enfermeiro Forense, nesse contexto, na perspectiva de Gomes⁽¹⁸⁾, pode: identificar respostas humanas das vítimas, perpetradores e famílias; investigar, promover, implementar e supervisionar respostas a problemas de saúde decorrentes do trauma; desenvolver prática de cuidados de enfermagem forense de forma ética e em respeito aos direitos das vítimas, agressores e suas famílias⁽¹⁸⁾.

Cabe salientar que o corpo da vítima, após a situação de violência sexual, passa a ser “cena de crime”, podendo ter vestígios que podem contribuir com as questões legais e auxiliar na minimização do efeito da violência e na recuperação da

vítima. Neste sentido, o enfermeiro com arcabouço técnico-científico legal e com as interpelações entre os sistemas também deve ser capaz de proceder à recolha e preservação de vestígios, bem como exercer testemunho pericial no sistema judicial⁽¹⁸⁾.

Nota-se que a ideia não é apenas o atendimento às questões psicossociais, mas também às questões legais. Lynch afirma que o Enfermeiro Forense deve ser cientista, praticante, acadêmico, examinador e reconhecido como autoridade pela comunidade científica, por isso, deve ser especialista⁽¹⁹⁾.

Sistematização da Assistência de Enfermagem na realidade prática do enfermeiro

Em um primeiro momento, é necessário estabelecer a diferença entre SAE e PE, sendo aquele conhecido como uma abordagem ampla e dinâmica da organização do processo de trabalho de enfermagem baseado em arcabouço técnico-científico e em evidência e se relaciona com situações gerenciais, intersetoriais e legais para, inclusive, possibilitar a operacionalização do PE. Este consiste em um instrumento sistematizado e com linguagem padronizada, que serve como guia das intervenções de enfermagem na prestação do cuidado e como ferramenta metodológica operacional. Ele é constituído de 5 etapas: Coleta de Dados, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem⁽²⁰⁾.

A primeira etapa, também denominada Histórico de Enfermagem, visa à busca de dados objetivos e subjetivos mediante coleta sistematizada e contínua de informações sobre o indivíduo, família ou coletividade humana, por meio de métodos e técnicas diversas, visando identificar as respostas em um dado momento do processo saúde e doença⁽²¹⁾.

A segunda fase consiste na construção do Diagnóstico de Enfermagem a partir da inter-relação, análise e julgamento clínico crítico dos dados coletados na etapa anterior, servindo de base para a tomada de decisão e seleção de ações ou intervenções da prática assistencial e almejando atingir os resultados estabelecidos conforme a resposta à situação de saúde⁽²¹⁾.

O Planejamento de Enfermagem, terceira etapa, consiste na seleção de ações ou intervenções de enfermagem que serão implementadas visando atingir os resultados estabelecidos de acordo com as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença⁽²¹⁾.

A Implementação, quarta fase, consiste na realização das ações ou intervenções com fundamento teórico, científico e legal determinadas na etapa anterior. A última etapa corresponde à Avaliação de Enfermagem que, em verdade, se demonstra em todos os momentos, tendo em vista que o processo é dinâmico e as respostas humanas podem apresentar mudanças, o que, conseqüentemente, gera alterações no planejamento e implementação das ações e intervenções de enfermagem⁽²¹⁾.

Não se pode perder de vista que a obrigatoriedade da SAE requer competências técnicas, científicas e legais do enfermeiro. E que a sua existência contribuiu para um conhecimento próprio da Ciência da Enfermagem e deve ser valorizada por esse profissional.

Enfermagem Forense e Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma realidade possível

O desafio, nesse momento, é demonstrar que é possível a aplicação da SAE no atendimento à mulher vítima de violência sexual, visando atingir os objetivos dos conceitos supramencionados, ou seja, alcançar o que propõe a Ciência da

Enfermagem com a aplicação da SAE e a Ciência da Enfermagem Forense nesta situação específica de trauma. Para isto, a utilização de simulação de situações reais pode contribuir na construção do conhecimento que se almeja no presente capítulo.

Caso Clínico para Discussão

Paciente sexo feminino, 34 anos de idade, recém-casada, reside com esposo, deu entrada no setor de emergência de um hospital público às 23h30min, sem acompanhante. Refere que chegava do trabalho por volta das 22h quando foi abordada por um homem com arma branca em punho, sendo arrastada para um terreno baldio. Relata que entrou em vias de fato com o agressor na tentativa de se defender, sendo lesionada no antebraço direito. Refere que foi estuprada sem uso de preservativo. Chega lúcida, orientada, respondendo a solicitações verbais, muito nervosa e preocupada com seu estado de saúde, principalmente sobre infecções sexualmente transmissíveis, pois estava tentando engravidar; além de não saber como abordar a situação com o marido e medo de não conseguir manter relações sexuais. Ao exame físico: apresentava hematomas em região posterior do tórax, região abdominal, região cervical. Lesão de mordedura em mamilo, lesão perfurocortante em antebraço direito e em face. Sangramento visível em região anal. Acionado equipe assistencial e realizado as ações do protocolo de atendimento à mulher vítima de violência. Em consulta de retorno, 4 meses depois do ocorrido, relata conflitos matrimoniais e dificuldade de manter relações sexuais conjugais, insônia devido a lembranças do ocorrido, baixa autoestima devidos às cicatrizes, medo de sair de casa à noite.

A construção da discussão foi no intuito de instigar o leitor à reflexão, e não de esgotar o caso proposto. Seu desenvolvimento aconteceu no sentido de seguir os passos da PE e associar a SAE e a atuação do enfermeiro assistencial e forense no atendimento ao caso clínico apresentado. Utilizaram-se os

fundamentos da Teoria de Enfermagem Forense de Virgínia Lynch.

Na Coleta de Dados, as informações objetivas e subjetivas identificadas por meio da entrevista e do exame físico são de vital importância para identificar as respostas apresentadas pela vítima, agressor ou familiar que sofreu a situação. Saber como é a reação em relação ao trauma físico e psicológico possibilita identificar fragilidades e traçar possíveis soluções que minimizem/erradiquem os efeitos da violência e promova uma recuperação mais rápida aos atores atingidos e justiça social.

Observa-se que existe uma necessidade de se observar não apenas a dimensão biopsicossocial, mas, também, a dimensão legal para que o objetivo final seja alcançado. Nesse momento, cabe ao Enfermeiro Forense a habilidade de inquirir ao máximo os detalhes da ocorrência da situação, bem como registrar tudo que for observado durante o exame físico, inclusive com registros sistemáticos, fidedignos e, se possível, fotográfico que possam atender, inclusive, a demanda judicial.

O exame físico consiste no momento ideal para a coleta de vestígios, onde cada área do corpo da vítima deve ser analisada em busca de provas que possam contribuir para cumprir o objetivo de auxílio à demanda judicial e realizar a justiça social. Cabe ressaltar que a coleta de evidências deve ser realizada com todo rigor técnico, sendo esses vestígios categorizados e identificados.

O armazenamento dessas evidências requer o mesmo cuidado para que se possa coletar o maior número de vestígios de qualidade que possam ser usados como prova pericial. A Cadeia de Custódia, iniciada no momento da identificação da evidência, é um método científico capaz de gerar confiabilidade e de permitir controle e segurança dos vestígios coletados sempre com sua respectiva e devida documentação.

No que se refere à identificação e construção dos Diagnósticos de Enfermagem, utilizou-se a taxonomia *International NANDA Nursing Diagnoses Definitions & Classifications 2021-2023*. Conforme já mencionado, a ideia não é esgotar a temática, mas sim, traçar linhas gerais que possam atender ao caso clínico proposto. Nesse sentido, listaram-se a seguir exemplos de Diagnósticos de Enfermagem Reais que podem ser identificados. Não se pode perder de vista que outros Diagnósticos de Enfermagem de Risco são possíveis de identificar na mesma fonte.

Tabela 1 - Rol exemplificativo de Diagnósticos Reais de Enfermagem possíveis para o caso em questão, conforme NANDA 2021-2023

Domínio	Classe	Diagnóstico de Enfermagem	Definição
Atividade / Repouso	Sono / repouso	Insônia	Incapacidade de iniciar ou manter o sono, o que prejudica o funcionamento.
Percepção / cognição	Cognição	Controle emocional instável	Explosões incontroláveis de emoções exageradas e involuntárias de expressão.

		Processo de pensamento perturbado	Perturbação no funcionamento cognitivo que afeta os processos mentais envolvidos no desenvolvimento de conceitos e categorias, raciocínio e resolução de problemas.
Autopercepção	Autoconcepção	Desesperança	A sensação de que não experimentamos emoções positivas ou uma melhora em sua condição.
	Autoestima	Baixa autoestima situacional	Mudança de percepção positiva para negativa de autoestima, autoaceitação, autorrespeito, competência e atitude em relação a si mesmo em resposta a uma corrente situação.
	Imagem Corporal	Imagem corporal perturbada	Imagem mental negativa do eu físico.

Papéis e Relacionamentos	Relações Familiares	Síndrome de identidade familiar perturbada	Incapacidade de manter um processo interativo e comunicativo contínuo de criação e manutenção de um senso coletivo compartilhado do significado da família.
		Processos familiares disfuncionais	Funcionamento familiar que não respalda o bem-estar de seus membros.
	Desempenho de Papéis	Relacionamento ineficaz	Um padrão de parceria mútua que é insuficiente para fornecer um ao outro precisa
		Desempenho de papel ineficaz	Um padrão de comportamento e autoexpressão que não corresponde ao contexto, normas e expectativas ambientais
		Interação social prejudicada	Quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de intercâmbio social.

Sexualidade	Função Sexual	Disfunção sexual	Estado em que um indivíduo experimenta uma mudança na função sexual durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e / ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, pouco recompensador ou inadequado.
		Padrão de sexualidade ineficaz	Manifestações de preocupação com a própria sexualidade.
Enfrentamento / Tolerância ao estresse	Resposta pós-trauma	Síndrome do trauma de estupro	Resposta desadaptativa sustentada a uma penetração sexual forçada e violenta contra a vontade e consentimento da vítima.
	Respostas ao Enfrentamento	Ansiedade	Uma resposta emocional a uma ameaça difusa em que o indivíduo antecipa perigo iminente não específico, catástrofe ou infortúnio

		Enfrentamento ineficaz	Um padrão de avaliação inválida de estressores, com aspectos cognitivos e / ou comportamentais esforços, que não conseguem gerenciar as demandas relacionadas ao bem-estar.
		Medo	Resposta emocional básica e intensa despertada pela detecção de eminentes ameaças, envolvendo uma reação de alarme imediata
		Resiliência prejudicada	Diminuição da capacidade de recuperação de situações adversas ou de mudança percebidas, através de um processo dinâmico de adaptação.
Segurança e Proteção	Lesão Física	Integridade da pele prejudicada	Epiderme e / ou derme alteradas

Conforto	Conforto social	Isolamento social	Estado em que o indivíduo carece de um senso de relacionamento conectado a relacionamentos interpessoais positivos, duradouros e significativos.
----------	-----------------	-------------------	--

Tendo como base esses possíveis Diagnósticos de Enfermagem e adentrando à fase de Planejamento da Assistência de Enfermagem, observa-se que podem ser extraídos muitos resultados imediatos a serem atendidos, tais como: restabelecer o padrão de sono e novo equilíbrio emocional, identificar mecanismos de enfrentamento à situação, promover a readaptação e a resiliência, minimizar/evitar o surgimento de infecções sexualmente transmissíveis, prevenir contra gravidez indesejada, preservar provas periciais, garantir os direitos aos envolvimento na situação traumática, dentre outros.

Dentre as intervenções possíveis, se encontram: realização e acompanhamento de curativos para as lesões de defesa e hematomas; realização de exames laboratoriais e de imagem para identificar situações agudas, coleta de vestígio e realização da cadeia de custódia; aplicação dos protocolos de atendimento à mulher vítima de violência (realização de sorologias, administração da pílula de emergência e antirretrovirais); realização de identificação de fortalezas e fragilidades para enfrentamento da situação de violência, bem como para o processo de readaptação; realização de encaminhamentos interdisciplinares e intersetoriais, ou seja, ao serviço de psicologia e a Delegacia de Atendimento à Mulher mais próxima.

Cabe ressaltar que o foco principal do Enfermeiro Forense é assegurar os direitos da dimensão legal, por isto, deve utilizar

a SAE para atingir os objetivos de coleta e armazenamento de vestígios, podendo contribuir para que a equipe de enfermagem possa dar continuidade, sem necessariamente, com sua presença. Os efeitos da violência são duradouros, e informações posteriores, em um momento onde os vestígios biológicos não mais podem ser coletados, podem ser úteis para compreender alguma resposta biopsicossocial ou no processo judicial, por isto o acompanhamento é válido.

Frente ao exposto, a fase de Implementação das Intervenções selecionadas cabe lembrar que a autorização para execução consiste em situação indispensável ao respeito do direito da vítima de violência sexual. O uso de técnicas adequadas é fundamental não apenas para se manter a qualidade da assistência de enfermagem de qualidade e livre de danos, como para uma coleta de provas periciais de qualidade que possam auxiliar no transcurso do processo judicial.

Por fim, a etapa de Avaliação de Enfermagem ocorrendo de forma dinâmica deve estar presente na operacionalização de todo PE, visando se readaptar às respostas ao trauma, seja dos seus efeitos ou já do seu enfrentamento. Ademais, a avaliação pode ser utilizada para corrigir diversos pontos do próprio processo.

Quando se amplia para a SAE, é perceptível e importante que, para que a assistência de enfermagem atinja os seus resultados e execute as suas intervenções para a mulher vítima de violência, ocorra o interacionismo proposto por Virginia Lynch em sua teoria, ou seja, os sistemas de saúde, justiça e segurança devem se relacionar e se associar. Não adianta uma coleta de vestígios pelo Enfermeiro Forense do Programa de Violência se a Secretaria de Segurança Pública não os reconhecer como fidedignos e realizar a cadeia de custódia de forma adequada para que essa prova pericial possa auxiliar no desfecho judicial.

Considerações finais

Não se pode perder de vista que o fenômeno da violência sexual contra a mulher atinge não apenas o serviço de saúde, mas também o sistema de segurança e o judicial. Ademais, identificar e prender o agressor gera uma resposta não apenas social, mas, principalmente, auxilia na melhoria da condição de saúde da vítima.

Sendo assim, a atuação do Enfermeiro Forense é relevante para se prestar uma assistência que vai além da dimensão biopsicossocial, atingindo a dimensão legal. Cabe salientar que, para que este fim seja alcançado, se faz necessário um enfermeiro qualificado que atue com arcabouço técnico-científico e legal. Não obstante, a interação interdisciplinar e intersetorial nos diferentes sistemas é indispensável.

Por fim, é notório que a aplicação da SAE na atuação do Enfermeiro Forense no atendimento à mulher vítima de violência não apenas é possível como é necessária para uma assistência qualificada capaz de gerar bons resultados na saúde, na segurança e na justiça.

Referências

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2) (World Health Organization, 1996)
2. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº

- 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: Presidência da República; 2009.
3. Ybarra ML, Thompson RE. Predicting the Emergence of Sexual Violence in Adolescence. *Prev Sci.* 2018;19(4):403-415. doi: 10.1007/s11121-017-0810-4
4. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública – 2020. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020. Ano 14.
5. Potter AG, Perry AM. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Editora Mosby Elsevier; 2013.
6. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 27-47.
7. Lynch V, Duval JB. Forensic nursing science. USA: Elsevier Mosby; 2011.
8. Gomes A. Enfermagem forense. Lisboa: Lidel; 2014. Volumes 1 e 2.
9. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen; 2009.
10. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 564/2017, de 6 de novembro de 2017. Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução.
11. McEwen M. Filosofia, ciência e enfermagem. In: McEwen M, Wills EM, editoras. Bases teóricas da enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 2-16.

12. Valentine JL, Sekula LK, Lynch V. Evolution of Forensic Nursing Theory--Introduction of the Constructed Theory of Forensic Nursing Care: A Middle-Range Theory. *J Forensic Nurs.* 2020;16(4):188-98. doi: 10.1097/JFN.0000000000000287. PMID: 32379251; PMCID: PMC7678647.

13. Alligood MR, Tomey AM. Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). 5. ed. Loures: Lusociência; 2004. Cap. 1.

14. Maguire K, Raso M. Reflections on Forensic Nursing: an interview with Virginia A. Lynch. *J Forensic Nurs.* 2017;13(4):210-215. doi: 10.1097/JFN.0000000000000174. PMID: 29176521.

15. Silva KB, Silva RC. Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2009 [acesso em 14 abr 2021];14(3):564-568. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000300023&lng=es

16. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 389, de 18 de outubro de 2011. Atualiza no âmbito do Sistema Cofen os procedimentos para registro de título de Pós-Graduação lato e sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília: Cofen/DF; 2011 [acesso em 14 maio 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3892011_8036.html

17. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 556, de 23 de agosto de 2017. Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, e dá outras providências. Brasília: Cofen/DF; 2017 [acesso 14 maio 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05562017_54582

18. Gomes AM. Padrões de aptidão do enfermeiro forense. *Nursing Portuguesa*; 2017 [acesso em 14 maio 2021].

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/317718219_PADROES_DE_APTIDAO_DO_ENFERMEIRO_FORENSE

19. Lynch VA. Enrichment of theory through critique, restructuring, and application. *J Forensic Nurs.* 2014 Jul-Sep;10(3):120-1. doi: 10.1097/JFN.0000000000000042. PMID: 25144582.

20. Neves RS, organizador. *Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado.* Quirinópolis, GO: Editora IGM; 2020.

21. Horta WA, Brigitta EP. *Processo de Enfermagem.* 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Síndrome do Intestino Irritável: Assistência de Enfermagem

Paôla Carvalho Silva⁵⁴

ORCID: 0000-0003-3044-2881

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Ingrid Muniz Cunha⁵⁵

ORCID: 0000-0003-0530-2406

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁵⁴ Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES). Licenciada em Enfermagem (UnB). Especialista em Saúde Pública, Urgência e Emergência e Educação Profissional. E-mail: paolaenf@yahoo.com.br

⁵⁵ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: munizingrid@outlook.com.br

Descritores: Terminologia Padronizada em Enfermagem; Saúde da Família; Dieta Saudável; Síndrome do Intestino Irritável.

Resumo

Relato de caso clínico da pessoa da família realizado durante o Programa de Habilidades Profissionais em Enfermagem na Atenção Primária com ênfase no domínio Nutrição da Taxonomia II da NANDA. O objetivo foi proporcionar ao discente a oportunidade de desenvolver habilidades psicomotoras e de comunicação inviabilizadas pelo contexto de pandemia da Covid-19. O método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas orientaram a coleta do histórico de enfermagem. O diagnóstico de Enfermagem Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais foi considerado no planejamento das intervenções de enfermagem.

Introdução

Neste capítulo, será apresentado um caso clínico com ênfase no Domínio Nutrição da Taxonomia II da NANDA-I realizado por uma discente durante o Programa de Habilidades Profissionais em Enfermagem na Atenção Primária da Escola de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Devido ao contexto pandêmico da Covid-19 e diante da impossibilidade de desenvolver as habilidades psicomotoras presencialmente na Unidade Básica de Saúde (UBS), foi proposta pela docente a investigação do quadro de saúde de um membro da família.

A Taxonomia II da NANDA-I é reconhecida como uma fonte consolidada de terminologia de diagnóstico de enfermagem e compreende três níveis: domínios, classes e diagnósticos de

enfermagem, totalizando 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos. O domínio Nutrição compreende classes e diagnósticos de enfermagem relacionados às atividades de ingerir, assimilar e usar nutrientes com fins de manter e reparar tecidos e produzir energia⁽¹⁾.

Para a construção do caso clínico, foi proposta a aplicação do método SOAP - Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano, para o registro de enfermagem do Processo de Enfermagem (PE). A escolha do método SOAP se deu pelo fato de o mesmo ser utilizado no sistema de informação nacional e-SUS da Atenção Primária (e-SUS APS) permitindo uma aproximação do discente a essa ferramenta⁽²⁾.

A Câmara Técnica de Assistência do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (Coren-DF), em Resposta Técnica nº 002/2020/COREN-DF, recomenda a utilização do método SOAP como suporte teórico de registro para o PE, considerando as suas fases, uma vez que os dados subjetivos (S) e objetivos (O) do paciente auxiliam o enfermeiro nas etapas do histórico e evolução de enfermagem (coleta de dados, investigação, exame físico, dados laboratoriais e acompanhamento diário), bem como na etapa da avaliação (A), que consiste na formulação dos diagnósticos de enfermagem, problemas e necessidades humanas básicas, assim como na etapa do plano (P) de cuidados e implementação das intervenções de enfermagem, que fazem parte de todo o registro do PE no prontuário do paciente⁽³⁾.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta foi considerada como aporte teórico norteador do PE. Essa teoria dispõe de elementos fundamentais para a saúde, o indivíduo, a enfermagem e a coletividade, bem como determina que o objetivo da assistência é o paciente, enfatizando o cuidado no atendimento de suas necessidades básicas⁽⁴⁾.

A seguir, será apresentado o caso clínico considerando o roteiro SOAP. O Histórico de Enfermagem (coleta de dados e exame físico) foi descrito nos itens S (Subjetivo) e O (Objetivo). Os dados encontrados foram distribuídos de acordo com a NHB. Após a coleta e a identificação das NHB alteradas do usuário, foi elaborado o Diagnóstico de Enfermagem, descrito no item A (Avaliação). No item P (Plano), foram abordados os resultados esperados, planejamento e a implementação de enfermagem de forma a contribuir no atendimento das necessidades individuais.

Caso clínico

Histórico de enfermagem

S-SUBJETIVO: M.C.S; 14/04/1999; 21 anos; solteira; branca; natural de São Luís - Maranhão; ensino superior em curso; moradia de alvenaria no Guará I, portadora de Síndrome do Intestino Irritável (SII) há quase dois anos. **Motivo da consulta:** a consulta teve como motivação inicial o *check up* do adulto para avaliação da saúde do usuário, para identificação de alguma alteração ou condições predisponentes de forma precoce. **Queixa principal:** a paciente refere como queixas principais episódios recorrentes de diarreia, dor no estômago, gases, indisposição e lombalgia diariamente.

O-OBJETIVO:

I. Oxigenação: 19 mrpm, saturação de O₂: 95%, tórax posterior simétrico indolor a palpação, frêmitos toracovocal e expansibilidade pulmonar simétricos e preservados, murmúrios vesiculares fisiológicos sem ruídos adventícios (MVF sem RA) e som claro pulmonar à percussão.

II. Regulação vascular: FC: 66 bpm, pressão arterial: 100/70mmHg, pulso cheio, ritmo cardíaco regular (RCR), bulhas

cardíacas normofonéticas (BNF) em 2T, perfusão periférica (TEC < 2 segundos), sem sinais de TVP, sinal de Godet negativo.

III. Integridade cutânea: pele íntegra, hidratada e turgor preservado.

IV. Percepção/Aprendizagem/Orientação no tempo e espaço: REG; consciente no espaço e tempo; conhecimento adequado sobre doença e orientações. Refere epigastralgia e lombalgia.

V. Nutrição e hidratação: Peso: 47 kg, Altura: 1,67 m, IMC: 17,26 Kg/m², Circunferência abdominal: 64 cm

Café da manhã: 1 unidade de pão francês de 50 g ou 1 banana ou jejum;

Almoço: 2 unidades pequenas de proteína carne/frango/peixe; 3 a 4 colheres de sopa arroz branco; 1 colher de sopa de feijão; salada 2 vezes por semana (alface, tomate, cenoura ralada); 4 colheres de sopa de farofa; cenoura, brócolis e couve-flor. Sobremesa: chocolate ou mousse de limão ou banana;

Jantar: hambúrguer/sushi/pizza ou sopa/canja/caldo de feijão 350 g ou repete o almoço;

Doces, biscoito de polvilho, pão, chocolate ou banana entre as refeições.

Hidratação: Cerca de 1,5 L diários. Refere que há dias que não ingere água.

VI. Eliminação urinária e intestinal: abdome plano, ruídos hidroaéreos aumentados em toda extensão, som submaciço na região epigástrica, demais regiões som timpânico a percussão. Indolor à palpação superficial e profunda. Eliminação intestinal diária com consistência aquosa ou amolecida. Refere histórico de constipação por aproximadamente 4 dias.

VII. Sono e repouso: apresenta episódios de insônia devido a ruídos externos, preocupação com seu animal de estimação e pensamentos ansiosos. Refere dormir tarde (entre meia noite e 2h) e acordar cedo (às 6h). Refere padrão de sono não restaurador comprometendo a realização das atividades diárias.

VIII. Exercícios/Atividade física/locomoção: realiza caminhada, 1 hora de duração, lenta, baixa intensidade, 3 vezes por semana. Mobilidade e marcha preservadas.

IX. Terapêutica: atualmente não faz uso de medicamentos. Histórico de prescrição de ansiolíticos. Não segue as orientações da nutricionista.

X. Cuidado corporal: higiene corporal adequada.

XI. Gregária/Ambiente: mora com mãe, irmã e padrasto. Convivência com conflitos. Moradia de alvenaria.

XII. Integridade física: nega etilismo, tabagismo e outras drogas.

XIII. Comunicação: preservada.

XIV. Recreação e lazer: interrompida devido ao contexto pandêmico.

XV. Autoimagem: baixa autoestima situacional. Vê-se muito emagrecida ao espelho. Não sente vontade de sair com os amigos.

XVI. Religiosidade e filosofia de vida: católica não praticante; atividades reduzidas pela pandemia.

A-AVALIAÇÃO:

Neste item, a partir do histórico de enfermagem, foram identificados os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA dos domínios Nutrição, Eliminação e troca,

Atividade/repouso e Enfrentamento/tolerância ao estresse. Será destacado o diagnóstico do domínio Nutrição, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Diagnóstico de enfermagem do domínio Nutrição segundo NANDA. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Coleta de dados	Agrupamento	Inferência	Domínio	Diagnóstico de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Queixa diarreia, dor no estômago, gases, indisposição e dores nas costas diariamente. - Alimentação rica em carboidratos, costuma beliscar durante o dia ou passar horas sem comer. - Bebe pouca água. - Ruídos hidroaéreos aumentados em toda extensão. - Eliminações 	<ul style="list-style-type: none"> - Queixa de diarreia, epigástrica, gases, indisposição e lombalgia diariamente. - Alimentação rica em carboidratos, costuma beliscar durante o dia ou passar horas sem comer. - Ruídos hidroaéreos aumentados 	Nutrição inadequada	Nutrição	- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, relacionada à ingestão alimentar insuficiente, evidenciada por diarreia, dor abdominal, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal e ruídos intestinais hiperativos.

intestinal com consistência aquosa ou amolecida. Alternando com constipação. - No dia seguinte, sente-se sem energia para realizar tarefas do cotidiano. - Realiza pouca ou nenhuma atividade de recreação e lazer.				
---	--	--	--	--

Fonte: Adaptado de NANDA-I⁽⁵⁾

P-PLANO:

A partir do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, foi utilizada a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para a elaboração dos resultados esperados, intervenções e prescrição de enfermagem voltadas para a usuária do estudo (Quadro 2).

Quadro 2. Resultados e intervenções de acordo do diagnóstico de Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais segundo NOC e NIC. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Resultados esperados	Intervenção	Prescrição de enfermagem
<p>• Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado: Alimentação - Estado Nutricional: Ingestão de Alimentos e Líquidos - Comportamento de Adesão: Dieta Saudável - Comportamento de Aceitação: Dieta Prescrita. 	<p>ENSINO: dieta prescrita (5614):</p> <p>Definição: Preparação do paciente para seguir corretamente uma dieta prescrita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Encaminhar o paciente para um nutricionista/conselheiro alimentar, conforme apropriado. -Explicar a finalidade da dieta. -Determinar sentimentos/atitude do paciente/pessoa importante em relação à dieta prescrita e o grau esperado de obediência à dieta. -Ajudar o paciente a incluir as preferências alimentares na dieta. -Ajudar o paciente a substituir ingredientes para adequar as receitas favoritas à dieta prescrita. -Orientar o paciente sobre formas de planejar refeições adequadas. -Providenciar planos escritos de refeições, conforme apropriado. -Recomendar um livro de receitas culinárias que inclua receitas coerentes com a dieta, conforme apropriado. -Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Fonte: Adaptado de Moorhead et al.⁽⁶⁾ e McCloskey e Bulechek⁽⁷⁾.

A discente realizou um estudo sobre temas, como a alimentação saudável frente ao isolamento social, a importância de priorizar os alimentos *in natura* ou minimamente processados e a ingestão de fibras e gorduras boas⁽⁸⁻⁹⁾, os quais foram apresentados à usuária através de diálogos, com o objetivo de traçar metas compartilhadas considerando suas preferências, demandas emocionais, físicas e sociais.

Considerando as queixas de diarreia, dor e desconforto abdominal relatadas, foi proposta uma dieta restrita em FODMAPs (monossacarídeos, dissacarídeos, oligossacarídeos e polióis fermentáveis) como um método não farmacológico e de primeira escolha no tratamento da Síndrome do Intestino Irritável para melhoria da qualidade de vida⁽¹⁰⁾, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3. Tabela de alimentos da dieta FODMAPs. Brasília, DF, Brasil, 2021.

DIETA FODMAPs		
ELIMINAR	MODERAR	PREFERIR
Frutas: maçã, manga, pera ameixa e melancia	Uva-passa, abacate, chips de banana e romã	Banana, uva, abacaxi e maracujá
Legumes: beterraba, cebola, ervilha, milho, couve-flor	Brócolis, abóbora, tomate e batata-doce	Broto de feijão, cenoura, pepino, abobrinha e batata inglesa
Grãos e sementes: cuscuz, feijão, trigo e soja	Grão-de-bico, pão sovado, semente de	Pão de milho sem glúten, massa sem

	linhaça e leite de arroz	glúten, arroz, tapioca e tofu
Lácteo: pudim, sorvete, cream cheese e leite (vaca, cabra e ovelha)	Manteiga, chantilly e leite sem lactose	Queijo cheddar, brie, suíço e muçarela
Oleaginosas: caju e pistache	Amêndoas, avelã e leite de coco.	Nozes e amendoim
Condimentos: ketchup, maionese, mostarda e molho japonês	Vinagre balsâmico	Vinagre feito de champanhe, molho de peixe e molho de soja sem glúten
Temperos: alho e cebola em pó	Pimentas e canela	Gengibre, sal, tomilho e açafrão

Fonte: Adaptado de Oliveira Reis et al.⁽¹⁰⁾.

Considerações finais

É importante que o enfermeiro, durante a coleta do Histórico de Enfermagem, aborde de forma detalhada a NHB: Nutrição independente de queixas gastrointestinais. A qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos ao longo do dia podem refletir no comportamento social e em aspectos relacionados à autoestima e emocionais. A realização da atividade com a pessoa da família proporcionou, ao discente, a execução de habilidades psicomotoras e de comunicação que se encontravam inviabilizadas pelo contexto pandêmico. Outro ponto a considerar foi a possibilidade do acompanhamento das atividades de vida diária da usuária, facilitando a elaboração de metas compartilhadas e exequíveis. Incentiva-se a realização de outros casos clínicos que considerem a temática abordada a fim

de contribuir na melhora do processo de ensino-aprendizagem na graduação de enfermagem.

Referências

1. Clares JWB, Freitas MC de. Diagnósticos de enfermagem do domínio Nutrição identificados em idosos da comunidade. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2013 Dez [acesso em set 2021];15(4):940-7. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20513>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégia e-SUS Atenção Primária [Internet]. 2021 Sep [acesso em 18 ago 2021]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
3. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Coren-DF se posiciona sobre a utilização do método SOAP no Processo de Enfermagem (PE): A implantação do Processo de Enfermagem (PE) contribui para o entendimento do trabalho do enfermeiro. Brasília, DF: COREN; 2020 [acesso em 18 ago 2021]. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/coren-df-se-posiciona-sobre-a-utilizacao-do-metodo-soap-no-processo-de-enfermagem-pe/>
4. Neves RS, organizador. Sistematização da assistência de enfermagem- SAE: guia para o cuidado organizado. Quirinópolis: Editora IGM; 2020.
5. Nanda International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Tradução de Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 459 p.

6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: Classificação dos resultados de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
7. McCloskey JC, Bulechek GM. NIC: Classificação das intervenções de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2020.
8. Marques M, coordenadora. Orientações em alimentação e nutrição para adultos e idosos com COVID-19 em isolamento domiciliar e após alta hospitalar. Goiânia: NAC; 2020. 36 p. (Série nutricionistas em ação com a ciência, v. 2) ISBN: 978-65-00-05824-6.
9. Hospital Sírio Libanês. Manual de Alimentação Saudável. Recomendações nutricionais para uma vida mais saudável. São Paulo; 2018 [acesso em 11 set 2021]. 12 p. Disponível em: https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/Documents/AF_Manual-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Saudavel-Online.pdf
10. Oliveira PD, Reis JE, Reis MA, Ferreira SM, Candelária AL. A dieta com restrição de FODMAP reduz os sintomas da síndrome do intestino irritável? Uma revisão baseada na evidência. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2020 [acesso em 11 set 2021];36(2):126-134. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12545>

Caso clínico baseado no Domínio Eliminação/troca da Classificação NANDA-I

Lúcia Helena Bueno da Fonseca⁵⁶

ORCID: 0000-0002-1400-4024

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Crislaine Siqueira de Sousa⁵⁷

ORCID: 0000-0001-6200-1568

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Ester Barbosa de Santana⁵⁸

ORCID: 0000-0002-4759-1413

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁵⁶ Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica de Brasília. luciafons@gmail.com.

⁵⁷ Graduanda em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). crislaine.siqueira13@gmail.com.

⁵⁸ Graduanda em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). ester.santanaal@escs.edu.br.

Descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Caso clínico.

Resumo

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um instrumento de organização de trabalho do enfermeiro que, através do Processo de Enfermagem, planeja o cuidado ao paciente de forma individualizada. O Processo de Enfermagem é baseado em teorias, que busca, por meio de seus conceitos próprios, avaliar as respostas humanas do paciente. Após a avaliação, o enfermeiro busca, mediado pelo julgamento clínico, diagnosticar e intervir por conhecimentos próprios da enfermagem e com a inclusão de outras áreas de saber para justificar suas ações. Por isso, neste capítulo, o objetivo geral é desenvolver um caso clínico fictício, no Domínio de Eliminação e Troca da Taxonomia da *International Nursing Diagnosis* (NANDA-I 2018/2020)²¹. Conclui-se que o enfermeiro deve ir além do tecnicismo e reconhecer a enfermagem como ciência.

Introdução

A enfermagem é uma disciplina social e humanística de prática de cuidados em saúde estruturada na ciência e na arte da prevenção, diagnóstico e tratamento de seres humanos e utiliza-se, para isso, do conhecimento, da habilidade e do cuidado⁽²⁾. Nessa definição, pode-se destacar a busca dos profissionais por modelos teóricos desenvolvidos e aplicados na prática do cuidar, que possui o objetivo de descobrir respostas aos problemas de saúde e de doença, em que o modelo biomédico não é resolutivo em sua totalidade.

Nisto, é papel da enfermagem integrar os conhecimentos da ciência da natureza com as ciências sociais, com o objetivo de assistir o ser humano de modo holístico e sistematizado. Portanto, o enfermeiro, ao utilizar o Processo de Enfermagem (PE), deve fornecer uma assistência centrada não só nas necessidades fisiológicas, mas também nos aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural⁽³⁾.

Nesse contexto, como saber-fazer específico da profissão, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia que organiza o trabalho da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos e torna possível a operacionalização do PE⁽⁴⁾. Nessa perspectiva, o PE é uma forma de estruturar o cuidado e garantir qualidade à assistência de enfermagem, e tem por objetivo, basicamente, a identificação das necessidades do cliente e a elaboração da assistência de enfermagem individualizada⁽⁴⁾. No que tange à importância da SAE e do PE para a profissão, o enfermeiro é amparado pelo dispositivo legal nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁽⁵⁾, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, que deverá ser realizado de modo sistemático e deliberado em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorra o cuidado de enfermagem⁽⁵⁾.

Além disso, o PE é ancorado em uma teoria de enfermagem, que trará instrumentos construídos para indicar a efetividade do cuidado, a garantia de comunicação entre os profissionais da equipe e a segurança do paciente. Desse modo, adotar as teorias de enfermagem e embasar as reflexões das teorias como conhecimento disciplinar fortalece o exercício da enfermagem como profissão. Em suma, enquanto uma teoria gera o conhecimento de enfermagem para o uso na prática, o PE é o método para implementação dessa teoria que irá proporcionar um cuidado científico e humanizado⁽⁶⁻⁷⁾.

Tendo em vista a importância das Teorias de Enfermagem, Wanda Aguiar Horta constrói a teoria das Necessidades

Humanas Básicas (NHB) fundamentada na Teoria da Motivação Humana de Maslow e na classificação de João Mohana para necessidades em âmbito psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual⁽⁸⁾.

Para a resolução do caso clínico, o foco será no âmbito psicobiológico da teoria da Horta, com o conceito de Benedet e Bub⁽⁹⁾, especificamente nas necessidades de Oxigenação e Eliminação.

Para embasar o cuidado na prática clínica, o enfermeiro deve construir a racionalidade no julgamento clínico e científico, inerentes ao PE. É importante entender que esse raciocínio é dinâmico e interativo e será construído ao longo da convivência enfermeiro/paciente, ou seja, quanto mais informações coletadas, mais facilmente os problemas e padrões alterados serão identificados. Para tal, é fundamental que o enfermeiro integre os conhecimentos de diversas áreas, como anatomia, fisiologia, fisiopatologia, semiologia e farmacologia, com o objetivo de fundamentar o raciocínio clínico⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O raciocínio clínico tem definições diferentes entre vários estudiosos das diversas disciplinas de saúde. Koharchik et al.⁽¹²⁾ afirmam que na enfermagem é a forma como o enfermeiro analisa e entende determinada situação e formula suas conclusões. Para Tanner⁽¹⁴⁾, o raciocínio é o processo pelo qual os enfermeiros fazem julgamentos clínicos buscando alternativas, considerando evidências, intuições e reconhecendo padrões. Para Quaresma et al.⁽¹¹⁾, é um conjunto do processo cognitivo complexo que resulta em decisões de um determinado contexto clínico, baseado em conhecimento científico que, alicerçado nos dados coletados, levam a intenções, interpretações, análise, hipóteses de resultados e justifica as decisões tomadas⁽¹¹⁻¹³⁾.

A escolha do Diagnóstico de Enfermagem (DE) não pode estar baseada em uma possível intervenção, um resultado

esperado ou diagnóstico médico, no entanto, deve ser com base nos dados disponíveis e nos problemas do paciente, considerando dados subjetivos (características definidoras) e o que pode estar causando o problema (fatores relacionados) para planejar as intervenções e chegar ao melhor resultado⁽¹⁰⁾.

Dados novos devem ser considerados como uma possibilidade para eliminar ou considerar outros DE, portanto, a avaliação deve ser realizada continuamente pela equipe de enfermeiros para validá-los. Por essa razão, o enfermeiro deve utilizar uma taxonomia, seja NANDA-I ou CIPE. O DE acurado reflete o estado de saúde do paciente permitindo a escolha de intervenções adequadas para o alcance de resultados esperados^(10,14).

O domínio escolhido para esse capítulo é o de Eliminação e Troca da NANDA-I, definido como secreção e excreção de produtos residuais do organismo⁽¹⁰⁾.

Caso Clínico

Identificação:

R.S.N, 60 anos, casada, analista de sistemas, residente no Distrito Federal, deu entrada em unidade hospitalar no Distrito Federal, com queixa de falta de ar.

Queixa principal:

Falta de ar.

História da doença atual:

Há aproximadamente 12 horas, iniciou cansaço aos mínimos esforços que piorou para dispneia em repouso, sonolência e confusão mental, tratando pneumonia há 72 horas com antibioticoterapia oral.

Histórico social e de saúde pregressa:

Mãe de 4 filhos nascidos de parto normal, obesa com IMC de 35, faz uso de bebida alcoólica socialmente, tabagista, em torno de 5 cigarros/dia, nega uso de outras drogas. No seu histórico de queixas, informa perda de urina ao esforço e necessidade do uso de laxantes para eliminações intestinais e presença de hemorroidas. Afirma fazer 5 refeições diariamente, mas revela gostar de beliscar nos intervalos, gosta de tomar bebidas adoçadas. Nega alergias e uso de medicamentos de uso contínuo.

Ao exame físico:

Sinais vitais: T: 37^o C, PA: 100/60 mmHg, FC: 115 bpm, FR: 35 irpm.

Chega à unidade sonolenta, desorientada em tempo e espaço, apresentando piora do quadro com dispneia intensa, pele fria, cianose oral e de extremidades, ausculta cardíaca com ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, taquicardia, ausculta pulmonar com ruídos vesiculares presentes, creptos difusos, com expansibilidade diminuída, Sat. O₂ em: 87% em ar ambiente. Abdome normotenso com ruídos hidroaéreos hipoativos e com macicez no flanco esquerdo e dor à palpação profunda. Eliminação urinária presente com aspecto normal e ausência de eliminações intestinais há 3 dias.

Foram colhidos exames laboratoriais e RX de tórax PA e Perfil. O resultado do RX de tórax foi de infiltrado pulmonar difuso em área posterior-anterior.

Desenvolvimento do PE

Ao desenvolver o caso clínico apresentado, o enfermeiro fará uso de ferramentas mentais e conhecimentos científicos com o objetivo de desenvolver os cuidados necessários para

promover a assistência de enfermagem segura e eficiente, e para tal, lança mão do PE.

Neste caso, foi desenvolvido somente o raciocínio que trata do domínio 3 da Taxonomia da NANDA-I, eliminação e troca, com o uso da teoria das NHB de Horta, por se tratar de uma temática que abarca diversos problemas rotineiros nos serviços de saúde e por isso, não serão abordados todos os acometimentos detalhados no caso clínico.

A paciente apresenta as NHB de eliminação e oxigenação alteradas, no domínio tem-se na classe 1- Função urinária, o diagnóstico de incontinência urinária de esforço, na classe 2 - Função gastrointestinal, o diagnóstico de constipação e, por último, na classe 4 - Função respiratória, troca de gases prejudicada.

Será iniciado pelo DE troca de gases prejudicada pelo fato de ser essa a motivação da busca pela unidade de saúde.

1º Diagnóstico de Enfermagem

Troca de gases prejudicada relacionada à alteração na membrana alvéolo capilar, caracterizada por cor da pele anormal, dispnéia e sonolência.

A pneumonia é uma doença de origem infecciosa que atinge os alvéolos pulmonares, inflamando ou causando infecção do parênquima pulmonar, podendo ser agudo ou crônico. É no parênquima que são realizadas as trocas gasosas com o sistema circulatório, neste caso, os bronquíolos e os alvéolos são preenchidos de exsudato inflamatório dificultando a hematose, levando ao quadro de insuficiência respiratória. Hematose é a transformação do sangue venoso em sangue arterial, através de uma troca de gases que acontece por consequência à diferença de concentrações entre os gases oxigênio e carbônico por um processo chamado difusão. Nos tecidos, o oxigênio dissocia-se da

hemoglobina e difunde-se pelo líquido tissular chegando nas células. Uma grande parte do gás carbônico, liberado pelas células no líquido tissular, vai penetrar nas hemácias, reagir com a água e formar o ácido carbônico. O ácido carbônico dá origem a íons H⁺ e bicarbonato (HCO₃⁻), dissociando-se, e difunde para o plasma sanguíneo onde mantém o pH do sangue. A outra parte do gás carbônico vai ser disponibilizado pelos tecidos e associar-se à hemoglobina e formar a carboxihemoglobina.

Em geral, o contágio acontece por microbiota endógena dos pacientes ou indivíduos próximos dele, das mãos dos profissionais de saúde ou de materiais e equipamentos hospitalares. O diagnóstico médico ocorre por análise dos achados clínicos, laboratoriais e imagem que, no caso do RX, revela presença de infiltrado de caráter agudo ou progressivo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

2º Diagnóstico de Enfermagem

Incontinência urinária de esforço associado a mudanças degenerativas da musculatura do assoalho pélvico, relacionado a enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, caracterizado por perda involuntária de pequenos volumes de urina, perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga.

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer queixa de perda de urina, independente do grau de desconforto social ou higiênico. Acomete em grande parte mulheres de todas as idades, atingindo a saúde uroginecológica e a qualidade de vida da mulher. A IU acontece por perda de urina por esforço no ato de tossir, espirrar ou por exercícios físicos; de urgência, quando a vontade de urinar é súbita e incontrolável; e mista, quando apresenta sintoma dos dois tipos já citados⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O aparecimento dos tipos de IU decorre de danos estruturais e funcionais dos músculos, nervos, fâscias e

ligamentos, envelhecimento, redução da função ovariana, obesidade, gravidez, múltiplos partos vaginais, histerectomia, uso de álcool e tabagismo. O armazenamento e o esvaziamento acontecem por processos fisiológicos complexos, necessitando de diferentes músculos, nervos simpáticos e parassimpáticos, sensoriais e somáticos trabalhando em conjunto, onde qualquer falha em um dos mecanismos pode levar à IU⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O aumento do peso na região da cintura e do quadril, está diretamente associado ao desenvolvimento e agravamento da IU pois leva ao aumento da pressão intravesical e a diminuição da força para o fechamento do lúmen uretral⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O tabagismo leva a mudanças importantes na fisiologia, como aumento da pressão intra-abdominal ocasionado pela tosse; o cigarro tem efeito antiestrogênico, redução do colágeno, diminuição do tônus da musculatura lisa e a nicotina parece promover contrações involuntárias do músculo detrusor. Algumas literaturas ainda mencionam o aumento da pressão abdominal no caso da mulher constipada⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

3º Diagnóstico de Enfermagem

Constipação associada a hemorroidas, relacionada a abuso de laxantes, hábitos alimentares inadequados e obesidade, caracterizada por macicez à percussão abdominal, dor abdominal, ruídos intestinais hipoativos.

A constipação intestinal (CI) ou obstipação é um transtorno identificado pela dificuldade frequente e habitual de defecação, causando desconforto, aumento do esforço para evacuar, movimentos intestinais dolorosos, fezes endurecidas e esvaziamento intestinal incompleto. Essas manifestações podem estar associadas a náuseas, anorexia, vômitos, tenesmo, aumento abdominal, impaction fecal e incontinência paradoxal que pode levar ao abdome agudo obstrutivo. O diagnóstico com a

existência de dois ou mais critérios em 25% das defecações durante o tempo mínimo de 90 dias a 180 dias determina se há existência da CI⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Está associada ao sedentarismo, consumo insuficiente de fibras, ingestão hídrica insatisfatória, envelhecimento e uso de medicamentos. A ausência terapêutica e a utilização de laxantes podem levar a consequências como: hemorroidas, fissuras anais e diverticulite de cólon. Tem maior prevalência em mulheres, idosos e crianças⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Conclusão

A elaboração deste capítulo contribui de forma significativa para a vida acadêmica das autoras, pois trabalha a integralidade das respostas humanas, e traz reflexões sobre a pluralidade do caso. Ademais, reforça a necessidade de o enfermeiro ir além do tecnicismo, ao reconhecer a enfermagem como ciência e ampliar, assim, as perspectivas de uma profissão emancipada e autônoma. Somente através da aplicação da sua ciência, ter-se-á a magnitude de uma profissão reconhecida e valorizada. O desenvolvimento do caso clínico baseado no domínio de Eliminação e Troca do NANDA-I enfatiza a importância do conhecimento do enfermeiro sobre as diferentes ciências e sua relevância para a sistematização da assistência.

Referências

1. Jones D. Nurse patient relationship: Knowledge transforming practice at the bedside, In: Erickson IJ, Jones DA, Ditomassi M, editors. Fostering nurse-led care at the bedside. Indianapolis, Indiana: Sigma Theta Tau International; 2013. P;85-121
2. Facione PA, Crossetti MGO, Riegel F. Pensamento crítico holístico no processo diagnóstico de enfermagem. Rev Gaúcha

Enferm. 2017;38(3):e75576. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.75576>

3. Santos ECG, Almeida YS, Hipólito RL, Oliveira PVN. Processo de Enfermagem de Wanda Horta: Retrato da obra e reflexões. *Temperamentvm* 2019 [acesso em 10 ago 2021];15:e13072.

Disponível em:

<http://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12520/e12520>

4. Santos IMF, Fontes NCF, Silva RS, Brito SSJ, organizadores. SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem: Um guia para a prática. Bahia: Coren-BA; 2016 [acesso em 7 set 2021]. 39 p. 1 vol. Disponível em:

http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf

5. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen/DF, 2009 [acesso em 7 set 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

6. Duran ECM, Tosti NFS, editores. Análise da produção do conhecimento sobre Instrumentos de Assistência de Enfermagem: revisão integrativa. XXVIII congresso de iniciação científica da Unicamp; 2020 [acesso em 10 ago 2021].

Disponível em: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2020P16892A332620412.pdf>

7. Barros ALBL, Hirano GSB. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Galoá. 2017. doi:10.17648/enipe-2017-85605.

8. Rodriguez EOL, Lopes Neto D, Menezes EG, Buarque MDBM, Gois AA, Santos FJN. Construção reflexiva sobre o processo de enfermagem hospitalar. Coren. 2017 [acesso em 7 set 2021]. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Cap%C3%ADtulo-9-CONSTRU%C3%87%C3%83O-REFLEXIVA-SOBRE-O-PROCESSO-DE-ENFERMAGEM-HOSPITALAR.pdf>
9. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúcia; 2001.
10. Heather HT Kamitsuru S, Lopes CT. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023, Twelfth Edition, Thieme Medical Publishers, Inc, New York, USA, 2021. doi: 10.1055/000000515
11. Quaresma A, Xavier DM, Cezar-Vaz MR. Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual. Rev enferm UERJ. 2019;27:e37862. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37862>
12. Koharchik L, Caputi L, Robb M, Culleiton AL. Fostering Clinical Reasoning in Nursing: How can instructors in practice settings impart this essential skill? American Journal of Nursing 2015;115(1):58-61.
13. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006 Jun;45(6):204-211. doi: 10.3928/01484834-20060601-04. PMID: 16780008.
14. Noronha JAF. Fatores associados à percepção sensorial tátil nos pés de pacientes com diabetes mellitus. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2019 [acesso em 6 set 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream>.

15. Assunção RG, Pereira AP, Abreu AG. Pneumonia bacteriana: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e avanços no diagnóstico. São Luís: Rev. de Investigação Biomédica; 2018.
16. Teixeira DA. Fisiologia Humana. Teófilo Otoni, MG: Faculdade Presidente Antônio Carlos; 2021.
17. Pereira PB, Camac LAL, Mesquita FAS, Costa MCB. Incontinência urinária feminina: uma revisão bibliográfica. REAS. 2019;11(14):e1343. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1343.2019>
18. Viana ESR, Micussi MTABC, organizadoras. Incontinência urinária feminina: da avaliação à reabilitação. Natal, RN: EDUFRN; 2021[acesso em 10 ago 2021]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/32658/1/IncontinenciaUrinariaFeminina_Viana_Micussi_2021.pdf
19. Pinheiro AK, Geron VLMG, Terra Júnior AT, Nunes JS, Brondani FMM. Constipação intestinal: tratamento com fitoterápicos. Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente. 2018;9(ed esp):559-564. doi: <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v9iedesp.598>
20. Carneiro RCMS, Antunes MD, Abiko RH, Cambiriba AR, Santos NQ, Silva SD, et al. Constipação intestinal em idosos e sua associação com fatores físicos, nutricionais e cognitivos. Aletheia. 2018; 51(1-2):117-130.
21. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, Editado como livro impresso em 2018.

Processo de Enfermagem baseado no conforto em Unidade de Cuidados Paliativos

Damaris Raquel da Costa Arouche Ferreira⁵⁹

ORCID: 0000-0002-6634-3589

Faculdade LS

Rafanny de Araújo Albuquerque Barbosa⁶⁰

ORCID: 0000-0002-0076-5156

Centro Universitário do Distrito Federal (UDF)

Karine Marques Costa dos Reis⁶¹

ORCID: 0000-0002-2025-7247

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Virgílio Luiz Marques de Macedo⁶²

ORCID: 0000-0002-0908-5392

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

⁵⁹ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade LS. Membro da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE) da ESCS. Ex-Monitora de Citologia, Histologia, Embriologia, Semiologia e Semiotécnica da Faculdade LS.

⁶⁰ Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal - UDF. Bolsista do Projeto de Iniciação Científica - PIBIC. Ligante da Liga de Saúde da Mulher, Ligante e Mediadora da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem - LASAE.

⁶¹ Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente, é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do Programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

⁶² Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Membro da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Mestrando em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UNB). Enfermeiro de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Descritores: Conforto do Paciente; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Processo de Enfermagem; Teorias de Enfermagem.

Resumo

O presente capítulo tem como objetivo interligar o processo de enfermagem com a teoria de conforto da teórica Katharine Kolcaba, cujos princípios e metaparadigmas se adequam de maneira sólida nas Unidades de Cuidados Paliativos. Será demonstrada a aplicabilidade da Teoria do Conforto frente ao envelhecimento e às mudanças epidemiológicas, os quais demandarão cada vez mais a qualificação profissional e direcionamento para o cuidado holístico e centrado no paciente.

Introdução

O Processo de Enfermagem (PE) ordena e direciona o cuidado de enfermagem, sendo o instrumento metodológico da prática de enfermagem, com o qual ajuda o profissional enfermeiro a tomar decisões individualizadas e integradas, bem como a prever e avaliar as consequências⁽¹⁾. No Brasil, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 358/2009⁽²⁾ vigora sobre a implementação e obrigatoriedade do PE e dita cinco fases: Coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação.

A seleção de uma teoria de enfermagem, contudo, para o embasamento do cuidado, é de extrema necessidade para fundamentar suas etapas. Esse referencial servirá como um mapa seguro e confiável que descreve os detalhes dos passos a serem dados até o final desejado, a saber, o resultado alcançado para os pacientes e as intervenções necessárias. Haja vista que a utilização de um teórico norteia a prática assistencial de modo

sistematizado, crítico, reflexivo, humanizado, ético e holístico. Esse embasamento gera, conforme proposto pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, universalidade e equidade para os indivíduos, família e comunidade, além de contemplar em suas ações os aspectos psicossociais do cuidado⁽³⁾.

Desse modo, para um cuidado efetivo, é necessário considerar a transição demográfica e epidemiológica e as necessidades da população, que devem ir ao encontro com a teoria de enfermagem. Nesse contexto, a mudança do paradigma de cura para o cuidado sobrepõe a importância do enfermeiro e suas ações, que são norteadas pelo PE e intervenções para o conforto. Reconhecer que a saúde não é a ausência de doenças, mas o alívio, tranquilidade e transcendência diante da enfermidade, torna-se condição imprescindível para o cuidado nessas situações⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a escolha de uma teórica com proposta de confortar, trazendo a importância do cuidado genuíno do enfermeiro e garantindo a dignidade no final da vida, tornou-se indispensável. Portanto, o presente capítulo apresentará Katharine Kolcaba, autora da Teoria do Conforto, iniciando com um relato sobre sua história, seguido por sua teoria e aplicação no PE.

História de Katharine Kolcaba

A apresentação de uma teoria deve ser iniciada com a vida da autora, já que essa pode interferir nos conceitos e metaparadigmas da teoria. Nesse sentido, deve-se entender que Katharine Kolcaba nasceu em 1944 e foi educada em Cleveland, Ohio, EUA. Graduou-se como enfermeira e trabalhou por muitos anos em cuidados contínuos e *home care*. Em 1987, iniciou seu mestrado com a especialidade em gerontologia, na Escola de

Enfermagem Frances Payne Bolton, da *Case Western Reserve University*⁽⁵⁾.

Nos 10 anos de doutorado, juntamente com seu esposo, Kolcaba conseguiu desenvolver e diagramar a Teoria do Conforto, chegando a publicar “Uma análise do conceito de conforto” e “*Comfort Theory and Practice*”⁽⁵⁾.

Teoria do Conforto

A Teoria do Conforto é considerada como uma teoria de médio alcance (TMA), preditiva, pois é menos abstrata e possui conceitos limitados, que são representados na Estrutura Conceitual da Teoria do Conforto⁽⁵⁻⁶⁾.

Kolcaba demonstra que os indivíduos têm necessidades de conforto e que são sujeitos a intervenções de enfermagem para aumentar o comportamento de busca de saúde, seja interno com melhora da imunidade ou externo com maior funcionalidade, ou até mesmo uma morte pacífica⁽⁵⁾.

Para o delineamento da teoria, Kolcaba baseou-se em grandes nomes, como Florence Nightingale que, em 1859, afirmava que a “Observação é para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto”, e também se fundamentou em outros teóricos como Roy, Orlando, Watson, Peterson, Betha Harmer e Goodnow. A análise do conceito de conforto foi embasada em uma extensa pesquisa na literatura das matérias de enfermagem, ergonomia, inglês, medicina, psicologia e psiquiatria⁽⁵⁾.

Por conseguinte, Kolcaba define três tipos de conforto em quatro contextos, que são representados na estrutura de taxonomia do conforto (Quadro 1). Os três tipos de conforto são: **Alívio**, é quando o paciente tem uma necessidade específica atendida, sendo fundamental para um bom prognóstico do paciente ou para ter uma morte pacífica, como alívio de dor em

pacientes com “bexigoma” após a descompressão da bexiga por cateterismo vesical; **Tranquilidade**, é o estado de calma, paz ou contentamento, condição necessária para um desenvolvimento efetivo do resultado esperado através das intervenções da equipe, como estar em paz consigo mesmo; e **Transcendência**, é o estado em que os pacientes conseguem superar os problemas, desafios e/ou a dor para controlar a sua própria existência^(5,7-8).

Já os contextos de conforto definidos pela teórica são: **Físico**, como sensações corporais ou homeostase, exemplificado pelo manejo da febre; **Psicoespiritual**, que está associado à consciência própria, à autoestima, à sexualidade, ao significado da vida, na fé em um ser superior; **Sociopolítico cultural**, relacionado à família, relações sociais e religiosas, financeiro, etc.; e **Ambiental**, relacionado aos “estímulos externos”, saneamento básico, iluminação, barulho, dentre outros^(5,7-8).

Quadro 1. Estrutura da Taxonomia do Conforto

Conforto/ Contexto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociopolítico cultural			

Fonte: Kolcaba⁽⁵⁾.

Metaparadigmas: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente

Quanto aos conceitos principais propostos pela teórica, os 4 metaparadigmas da Teoria do Conforto de Kolcaba são: **Enfermagem** - a avaliação intencional das necessidades de conforto do cliente, demarcando medidas para essas necessidades, e a reavaliação do conforto dos pacientes, das famílias ou da comunidade depois da implementação dessas medidas, comparando com parâmetro inicial; **Paciente** - a pessoa, família ou comunidade que estão precisando de cuidados de saúde; **Ambiente/situação** - quaisquer influências exteriores (como local, casa, política, entre outros) que podem ser manejadas pelo corpo de enfermagem para uma melhora do conforto; **Saúde** - como um funcionamento ideal de acordo com o paciente, família ou comunidade proporcionado pela atenção das necessidades do conforto⁽⁵⁾.

Pressupostos

Existem três pressupostos principais na teoria de Kolcaba que a fundamenta. Primeiro, as pessoas têm respostas holísticas aos estímulos complexos; segundo, conforto é uma resposta holística desejável que é relevante para a enfermagem; terceiro, seres humanos se esforçam para atender e terem suas necessidades básicas de conforto atendidas^(5,7).

Cuidados paliativos

Diante da proposta de cuidado exposta pela Teoria do Conforto, definir e trazer a filosofia dos Cuidados Paliativos torna-se indispensável, já que ambos corroboram no cuidado e na assistência que visa ao conforto e dignidade humana. Assim, os Cuidados Paliativos, definido pela OMS, em 2017, como a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que

objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto, vão ao encontro com a necessidade de confortar⁽⁹⁾.

No Brasil, é notório o enorme preconceito, medo e desconhecimento sobre os Cuidados Paliativos, principalmente entre os profissionais de saúde e gestores hospitalares que não se interessam sobre a temática durante a graduação, muitas vezes negligenciada pela instintiva aversão à morte e finitude humana⁽¹⁰⁾. Tais fatos prejudicam milhões de indivíduos e familiares mundo afora, já que o cuidado ao indivíduo na busca do conforto tende a crescer e a demandar cada vez, devido ao envelhecimento populacional e ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis⁽¹¹⁾.

Destarte, a enfermagem tem papel fundamental na mudança desse contexto problemático no nosso país, pois sua posição de maior contato com os pacientes privilegia o fornecimento da grande maioria de todas as ações de saúde ofertadas, além da possível mediação entre a pessoa enferma, familiares e equipe multiprofissional⁽¹²⁾.

A utilização da teoria do conforto em cuidados paliativos

A fim de demonstrar a utilização de uma TMA, será proposto um caso clínico, onde dados relacionados ao paciente, família e ambiente serão abordados, como também dados relacionados aos quatro contextos da vida humana, o físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Nesse sentido, as quatro etapas do PE serão aplicadas com objetivo de alívio, tranquilidade e transcendência.

Histórico do problema atual

V.P.S., 68 anos, tem diagnóstico de câncer de mama há oito anos. Atualmente em estágio IV por metástases em pulmão, fígado e ossos. Foi encaminhada para o Serviço de Atenção Domiciliar para acompanhamento paliativo. Durante visita realizada pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, a paciente apresentava-se dispneica, com tosse, agitada e muito angustiada com a dificuldade respiratória. Informou que começou a perceber a falta de ar há mais ou menos três semanas quando realizava pequenas atividades domésticas. Nas últimas 48 horas, começou a sentir desconforto respiratório em repouso. Refere insônia e dor generalizada intermitente, que costuma melhorar ao movimentar-se e que piora à noite. Na aplicação da Escala Visual Analógica, classificou a dor com a nota 7. Passa a relatar angústias relacionadas à vida, como medo de deixar a família. Questiona o sentido da sua existência, do sofrimento e da experiência com o câncer, além de sentir-se abandonada. Com a progressão da doença vem tendo dificuldades na realização de suas atividades diárias, deambulando com dificuldade e gerando maior sofrimento diante da dependência. Assim, a filha, que trabalhava como balconista, deixou o emprego e vem assumindo o cuidado da casa, assim como os cuidados com V.P.S e com sua avó.

História social

Paciente reside com a mãe de 92 anos, seu esposo de 73 anos, sua filha de 37 anos e neto de 7 anos com síndrome de Tourette, que por vezes acaba fazendo barulho. Casa de alvenaria de seis cômodos composta por: sala, cozinha, banheiro e 3 quartos. V.P.S. sempre cuidou da casa e da família e vendia cama, mesa e banho para ajudar nas despesas da casa. A renda da família é de 2 salários mínimos, proveniente da aposentadoria do esposo, porém, encontram-se com dificuldades para conciliar todas as despesas,

trazendo preocupações e sensação de estorvo para a senhora V.P.S., pois dita que ao falecer vai deixar pendências aos familiares.

Exame físico

Estado geral: Regular estado geral, lúcida, orientada e coerente. Cavidade oral: Mucosas hipocoradas, ressecadas e cianosadas, presença de prótese dentária parcial removível. Tórax: Uso de musculatura respiratória acessória. Ausculta pulmonar: Murmúrios vesiculares diminuídos, presença de sibilos difusos. Ausculta cardíaca: BCNF em 2T sem sopros. Abdome: Levemente distendido, na ausculta presença de RHA, presença de massa abdominal palpável no hipocôndrio direito. Sistema Neuromotor: Membros inferiores edemaciados, extremidades frias e cianosadas. Rede venosa com veias finas e frágeis. SSVV e MA: PA: 120/80 mmHg, Temperatura: 36,8°C, FR: 52 mrpm, FC: 90 bpm, Peso: 75 kg, Estatura: 1,60 m, IMC: 29,3 kg/m², Oximetria de pulso: 82%, Escala Visual Analógica para dor: 7, Escala Categórica Numérica para dispneia: 8.

Quadro 2. Processo de Enfermagem: NANDA - NOC - NIC

Diagnóstico de Enfermagem: Domínio 12, classes 1, 2 e 3. Conforto prejudicado, relacionado a controle situacional insuficiente, recursos insuficientes e controle ambiental insuficiente, caracterizado por alteração no padrão de sono, sintomas de sofrimento, medo, desconforto com a situação e inquietação.	
Resultado:	Atividades
Estado de Conforto: Ambiental	Explicar aos demais interessados como podem ajudar ao controle de barulho. Após, perguntar para a paciente qual é seu nível de conforto em uma escala de 0 a 10.
Estado de Conforto: Físico	Posicionar o paciente para aliviar dispneia. Auxiliar em mudanças frequentes de posição, conforme apropriado; Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse. Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito. Controle do Ambiente: conforto, com diminuição do barulho. Incentivar a realização de meditações, para melhora no padrão de sono.
Estado de Conforto: Psicoespiritual	Expressar empatia pelos sentimentos do indivíduo. Estar aberto aos sentimentos do indivíduo sobre doença e morte. Proporcionar oportunidades para discussão de vários sistemas de crenças e visão de mundo. Fornecer ao indivíduo música, literatura ou programas de rádio e TV espirituais;

Fonte: Herdman e Kamitsuru⁽¹³⁾; Johnson et al.⁽¹⁴⁾; Docheterman e Bulechek⁽¹⁵⁾.

Quadro 3. Estrutura da Taxonomia do Conforto de Kolcaba Aplicada no Caso Clínico

Conforto/ Contexto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico Dispneia, Dor, dificuldade para deambular	Medicar conforme prescrição	Posicionar para alívio da dispneia, prover oxigenoterapia conforme prescrição, analgesia para dor conforme prescrição	Ressignificação da doença
Psicoespiritual Insônia, angústia, significado da vida	Acolhimento e escuta	Fornecer suporte espiritual	Ressignificação da doença
Ambiental Barulho	Identificação fonte de barulho e eliminação	Transferir paciente para enfermaria mais tranquila	Ambientação
Sociopolítico Cultural Sensação de estorvo para a família	Reunião familiar	Aproximação com o cuidador significativo durante a internação	Perdão

Fonte: Adaptado de Kolcaba⁽⁵⁾.

Considerações finais

Como princípio fundamental, os CP buscam a prevenção e o alívio do sofrimento, com a identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, enfocando ainda, as expectativas e

desejos da pessoa enferma^(4,12). Nesse sentido, mais uma vez demonstra-se que a Teoria do Conforto de Kolcaba se aproxima desses cuidados, pois é dotada de princípios que se adequam às individualidades de desconfortos causados em detrimento à cura e é amplamente aplicada em diversos campos.

Referências

1. Barros ALBL. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2016. 19 p.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen; 2009 [acesso em 1º ago 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
3. Almeida IJS, Lúcio OS, Nascimento MF, Coura AS. Coronavirus pandemic in light of nursing theories. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 2):e20200538. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>.
4. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, coordenadores. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde; 2020.
5. Kolcaba K. Welcome to the comfort line. The comfort line [Internet]. 1997-2021 [acesso em 1º jun 2021]. Disponível em: <https://www.thecomfortline.com/>
6. Potter PA, Stocker PA, Perry AG, Hall AM. Fundamentos de Enfermagem. Tradução de Adilson Dias Salles. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p. 42-44.

7. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 1994;19:1178-1184.
8. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced Nursing*. 1991;16:1301-1310.
9. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Genève: WHO; 2018. 107 p.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>.
10. ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília, DF: ANCP; 2021 [acesso em 1º jun 2021]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>.
11. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Cuidados Paliativos. Brasília, DF: OPAS/OMS; [s.d.] acesso em 1º jun 2021]. Disponível em:
<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
12. A enfermagem em cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília, DF: ANCP; 2021 [acesso em 1º jun 2021]. Disponível em:<https://paliativo.org.br/a-enfermagem-em-cuidados-paliativos>.
13. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, Definições e classificações. Tradução de Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 441 p.
14. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
15. Docheterman JM, Bulechek, GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Assistência de Enfermagem ao adolescente à luz da Teoria de King

Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc⁶³

ORCID: 0000-0002-1508-0475

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Júlia Vieira Ferreira Miguel⁶⁴

ORCID: 0000-0003-4740-4718

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Lilia Samara da Silva⁶⁵

ORCID: 0000-0003-0114-7365

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

⁶³ Mestre. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). E-mail: domi.bonfim@gmail.com

⁶⁴ Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: julia.vfm06@gmail.com

⁶⁵ Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: lilia.escs@gmail.com

Descritores: Adolescente; Doença Crônica; Enfermagem Centrada no Paciente; Teoria de Enfermagem.

Resumo

Este capítulo tem por objetivo explorar a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King para a assistência de enfermagem ao adolescente. Com esse intuito, foi construído de caso clínico hipotético que envolve adolescente com diagnóstico recente de diabetes tipo 1, no contexto da atenção primária à saúde. O Processo de Enfermagem foi desenvolvido e guiado pela Teoria de King de forma objetiva, através da utilização de quadros. A Teoria do Alcance de Metas e dos Sistemas Interatuantes é estratégica para o cuidado ao adolescente, porque estabelece metas objetivas que permitem mensuração e comparação.

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é normalizada, no Brasil, como ferramenta metodológica que organiza a dinâmica do trabalho de enfermagem⁽¹⁾. O Processo de Enfermagem (PE) é um dos instrumentos da SAE que orienta e qualifica o cuidado profissional e está organizado em cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação⁽²⁾.

O PE deve ter um suporte teórico como eixo a fim de orientá-lo em todas as suas etapas e embasar, cientificamente, a avaliação das condutas implementadas. A teoria de enfermagem funciona como alicerce para implantação das cinco etapas do PE porque enfatiza o conhecimento científico para sustentar a perspectiva, o dever e os preceitos do serviço de enfermagem⁽³⁾.

Uma dessas teorias foi proposta por Imogene King, e constitui importante referencial teórico que orienta o agir da enfermagem na perspectiva do alcance de metas. Ao conceituar meio ambiente, saúde,

ser humano e enfermagem, a Teoria do Alcance de Metas propõe que os indivíduos interajam por três sistemas interatuantes, organizados nas esferas pessoal, interpessoal e social. Considera-se o paciente um sistema pessoal, com suas próprias percepções, crenças e verdades; ele interage com outros indivíduos e sofre influências do sistema social ao qual pertence⁽⁴⁾.

Ainda, o paciente participa ativamente das decisões sobre seu cuidado e busca satisfazer suas necessidades a partir da definição de metas. A lista de metas, estabelecida mutuamente com paciente ou família, possibilita, além da continuidade do cuidado e acompanhamento de qualquer alteração, melhor adesão à proposta terapêutica, segundo Collière, em 2003⁽⁵⁾.

Ao descrever a relação interpessoal enfermeiro-cliente, King traz que o alcance de metas é implementado através da interação efetiva, na qual o enfermeiro negocia as prioridades e estimula a participação e esforço do paciente em seu tratamento⁽⁶⁾. Essa relação deve ser construída através de comunicação verbal e não verbal compreensível, que atenda às expectativas do cliente e sane suas possíveis dúvidas, visto que as habilidades práticas e raciocínio clínico do profissional dão confiança ao paciente⁽⁷⁾.

Uma vez corresponsável por sua terapêutica, o paciente torna-se ativo e propício a maior adesão ao cuidado estabelecido, ao passo que os novos conhecimentos obtidos na consulta promovem comportamentos de prevenção a saúde e adesão terapêutica⁽⁶⁾. Essa abordagem é decisiva para a assistência ao adolescente, porque é nesse momento que começam a ter senso de responsabilidade e autonomia do próprio cuidado da saúde, e essa interpelação envolve a concordância e a maturidade do paciente em adotar comportamentos de vida diferentes⁽⁸⁾.

Ressalta-se que os adolescentes têm direito à saúde para o desenvolvimento sadio em condições dignas, e asseguradas linhas de cuidado voltadas para este público, através do Sistema Único de Saúde (SUS), efetivado por políticas públicas, traz-se equidade no acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽⁹⁾.

O paciente espera que o profissional de saúde o oriente e se torne parte da sua rede de apoio, acolhendo no processo de aceitação,

sem julgamentos. A adolescência é um período de construção de novos valores, conhecimentos e identidade pessoal, dado que se sente maior necessidade de expor sentimentos e aflições⁽¹⁰⁾.

Neste capítulo, a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King será explorada através da utilização de situação hipotética que abrange o cuidado de enfermagem ao adolescente com diagnóstico de diabetes tipo 1 no contexto da atenção primária à saúde. O PE será desenvolvido à luz da teoria de King de forma clara, objetiva e esquemática.

Caso clínico

O manejo de uma doença crônica requer mudanças que afetam o bem-estar psicossocial e a autoestima, levando à diminuição da adesão ao tratamento e à negligência com o autocuidado, ações que repercutem de maneira negativa no prognóstico da doença⁽⁸⁾. A aplicação do Alcance de Metas de King pode ser eficaz ao trazer o paciente para mais perto do cuidado e lhe proporcionar objetivos mais palpáveis e acessíveis, influenciada por interesses e necessidades.

O enfermeiro, em consonância com a família, investiga dificuldades do paciente jovem que possam impossibilitá-lo de aderir ao cuidado terapêutico, assim empoderando-o no controle de sua condição, através de um sistema interpessoal de confiança com acolhimento e com estabelecimento de vínculo ao profissional e corresponsabilização do cliente no seu cuidado⁽¹⁰⁾.

A transição da infância para a adolescência é um período complexo do desenvolvimento humano, com mudanças biológicas, psicológicas e sociais, na qual o cuidado dos pais é transferido aos filhos e, somado a uma doença crônica, torna-se um desafio estressor na vida dos jovens⁽⁸⁾. O caso clínico descrito a seguir com o Histórico de Enfermagem retrata a situação do adolescente frente ao diagnóstico recente de diabetes mellitus (DM) tipo 1.

Histórico de Enfermagem

J.R.A., 15 anos, sexo feminino, solteira, evangélica, estudante do 1º ano do Ensino Médio, reside com mãe e 2 irmãos gêmeos de 2 anos em casa própria de alvenaria, com 5 cômodos, saneamento básico e coleta de lixo. A adolescente chegou à unidade básica de saúde solicitando insumos para administrar insulina. É diabética tipo 1 há 4 meses. Histórico de internação em Unidade de Pronto Atendimento há 1 mês por descompensação da diabetes. J.R.A. tem dificuldade de aplicar insulina porque sente dor no local e esquece dos horários frequentemente. Não aceita o diagnóstico e relata muita raiva, diz que é “azarada” e que, quando soube do diagnóstico, passou a comer exageradamente. No momento, não sente compulsão por alimentos, mas ainda ingere doces normalmente, seja “quando tem vontade” ou quando a mãe diz que “não pode”. A adolescente diz não ter tempo para lazer, porque está sempre cuidando dos irmãos e tentando “não reprovar na escola”. Durante o relato, ficou agitada e chorosa e afirmou que sente raiva da mãe por privá-la de comer alimentos que gosta. Ao exame físico: Pele e mucosas hidratadas, hipocoradas. Couro cabeludo com dermatite seborreica. Arcada dentária com cárie aparente e halitose. Região cervical sem linfonodos palpáveis. Tórax simétrico, murmúrios vesiculares fisiológicos audíveis. Bulhas cardíacas normofonéticas em dois tempos. Abdome flácido à palpação, ruídos hidroaéreos presentes. Hábito intestinal irregular, tende à constipação. Apresenta queratose pilar na região do deltoide direito. Membros inferiores sem edema. Micção espontânea, relato de poliúria, diurese clara. Dados antropométricos: peso: 58 Kg; altura: 1,60 m; IMC: 22 Kg/m²; Circunferência abdominal: 60 cm. Sinais vitais: PA= 120/80 mmHg; FC= 90 bpm, T= 36,5 °C, FR= 16 irpm, Glicemia capilar habitual: 290 mg/dL.

A partir do Histórico de Enfermagem, o Quadro 1 descreve o processo de construção de Diagnósticos de Enfermagem prioritários, guiados pela Teoria do Alcance de Metas.

Quadro 1. Agrupamento e Diagnósticos de Enfermagem Prioritários.

Agrupamento	Diagnósticos de Enfermagem
Adolescente; sexo feminino; evangélica; estudante do 1º ano do Ensino Médio.	1. SISTEMA PESSOAL Domínio 1: Promoção da saúde. Classe 2: Controle da saúde.

<p>Reside com mãe e 2 irmãos gêmeos de 2 anos; casa própria de alvenaria. Sem tempo para lazer; cuida dos irmãos mais novos; tenta “não reprovar na escola”. Diagnóstico recente de diabetes tipo 1; indicação terapêutica de insulina; não adere por dificuldade de aplicar insulina, dor local e esquecimento dos horários. Histórico de internação em Unidade de Pronto Atendimento há 1 mês por descompensação da diabetes. Não aceita o diagnóstico; passou a comer exageradamente; consome doces normalmente, “quando tem vontade”. Agitada e chorosa; raiva da mãe por privá-la de comer alimentos que gosta; sentimento de azar. Glicemia capilar habitual 290 mg/d; couro cabeludo com dermatite seborreica; arcada dentária com cárie aparente; halitose; região do deltoide com manifestação de queratose pilar.</p>	<p>CONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE caracterizado por dificuldade com o regime prescrito e escolhas na vida diária ineficazes para atingir metas de saúde; relacionado a demandas excessivas, dificuldade de controlar regime de tratamento complexo, e gravidade da condição percebida.</p> <p>2. SISTEMA SOCIAL</p> <p>Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse.</p> <p>Classe 2: Respostas de enfrentamento.</p> <p>ENFRENTAMENTO FAMILIAR INCAPACITADO caracterizado por comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar e distorção da realidade com relação ao problema de saúde do paciente, relacionado a relacionamentos familiares ambivalentes</p>
---	---

Fonte: Autores

Quando recebe o diagnóstico de doença crônica, o paciente é levado ao sentimento de choque, seguido de aceitação/negação e revolta, minimizando, ou até mesmo, ignorando, a gravidade da condição, por se sentir diferente daqueles da mesma faixa etária que não tenham restrições. Ao compartilharem suas angústias frente ao novo diagnóstico, os adolescentes precisam de estratégias de enfrentamento e tomada de decisão para lidar com as mudanças e os sentimentos, como medo de morrer⁽¹⁰⁾.

Ao analisar o caso, é possível identificar a relação entre aspectos psicopatológicos e dinâmica familiar da adolescente. Para o planejamento e o estabelecimento de metas da teoria de King, deve

haver o envolvimento de todas as partes. É na relação interpessoal enfermeiro-paciente que a enfermagem se faz presente, através do diálogo e do estabelecimento de vínculos duradouros, abarcando os sistemas interatuantes ao ver o cliente como único, com suas crenças e suas particularidades⁽⁷⁾. O Quadro 2 descreve de forma didática o planejamento e as metas estabelecidas para o caso hipotético apresentado.

Quadro 2. Planejamento e Metas.

Planejamento	Metas
<p>Estabelecer relação de confiança com a adolescente.</p> <p>Estratificar risco da diabete mellitus tipo 1; encaminhar para acompanhamento médico e ajuste da dose de insulina.</p> <p>Explicar sobre a doença e suas complicações se não controlada.</p> <p>Orientar os cuidados com a insulino terapia e importância da adesão à terapêutica para uma vida normal.</p> <p>Construir com a adolescente tabela de suas rotinas e dos melhores horários para administrar insulina.</p> <p>Identificar rede de apoio social na escola ou na comunidade para minimizar o sentimento de azar; envolver a mãe e os irmãos na terapêutica.</p>	<p>Pessoal: Reservar dia de lazer 1 vez/semana; aumentar envolvimento com atividades da igreja; apoiar-se em outros adolescentes que enfrentam a mesma doença em redes sociais; identificar dois amigos para compartilhar as dificuldades e os desafios.</p> <p>Interpessoal (Enfermeiro-Adolescente)</p> <p>Periodicidade de Consultas: Médica: 1 vez/mês até compensação da DM; Enfermagem: 1 vez/semana até compensação da doença; Nutricionista: em até 30 dias; Dentista: em até 2 meses.</p> <p>Terapêutica: Registrar glicemia capilar 3 vezes/dia na 1ª semana de tratamento; 2 vezes/dia na 2ª semana; e habitualmente quando necessário após a 3ª semana da terapêutica inicial; reduzir glicemia capilar habitual para < ou = a 180 mg/dl; uso da insulina conforme prescrição; e envolver mãe e</p>

Estimular o autocuidado apoiado. Explicar sobre a necessidade de retornos frequentes até compensação do quadro. Orientar a mãe sobre a importância do lazer frequente. Encaminhar para dentista e nutricionista.	amigos identificados pela adolescente para auxiliar na administração da insulina Social: Diminuir carga de responsabilidade dos irmãos em 2 meses; melhorar relacionamento interpessoal com mãe progressivamente.
---	--

Fonte: Autores

As metas estabelecidas a partir do caso clínico hipotético tornam o autocuidado apoiado ao adolescente mais claro e objetivo, além de mensuráveis do ponto de vista das metas glicêmicas; passíveis de comparação por também utilizar a variável tempo no contexto das metas; e democráticas ao envolver paciente, família e rede social de apoio do adolescente no processo de resolução de problemas e alcance de metas preestabelecidas.

Estudo realizado no Ceará, em Equipe da Estratégia da Saúde da Família, com 60 pacientes com DM, demonstrou que o alcance de metas teve êxito, uma vez que os clientes se sentiam corresponsáveis por seu tratamento e, assim, atingiram as metas propostas com maior adesão no uso de adoçante, prática de atividade física, uso da medicação e segmentação da dieta proposta⁽⁶⁾.

A utilização dos conceitos propostos por King também foi identificada no cuidado de pacientes hipertensos por enfermeiros da atenção primária com vistas ao adequado controle da doença. O estudo constatou que os conceitos da Teoria podem ser utilizados para basear o cuidado de enfermagem na Estratégia Saúde da Família⁽¹¹⁾.

A Teoria do Alcance de Metas contribui na assistência do adolescente que enfrenta uma doença crônica, considerando sua dinâmica pessoal, o momento de mudanças que a juventude acarreta e o possível sofrimento causado pelo enfrentamento à doença. É

imprescindível no cuidado a esse paciente a compreensão de suas questões biológicas, psicológicas e sociais. A responsabilidade do enfermeiro é acolher o adolescente e conduzir a melhor proposta terapêutica, a partir de seus conhecimentos técnico-científicos para o alcance das metas.

A enfermagem tem como propósito assistir do enfrentamento à condição de saúde, e quando o binômio enfermeiro-paciente se une para o estabelecimento de metas, o relacionamento interpessoal torna-se vantajoso no tratamento e favorece de forma positiva a assistência de enfermagem a ele direcionado⁽⁶⁾.

A Teoria proposta por Imogene King é aplicável na Estratégia Saúde da Família, uma vez que enfermeiro e paciente interagem, identificam problemas, estabelecem metas e atuam conjuntamente para o seu alcance, levando em consideração os sistemas que os cercam.

Considerações finais

Este capítulo viabilizou a implementação da Teoria de Imogene King na assistência de enfermagem ao adolescente no contexto da atenção primária à saúde de forma clara, objetiva e didática para facilitar a compreensão do leitor acerca da importância das teorias de enfermagem para o desenvolvimento das etapas do PE.

A Teoria do Alcance de Metas e dos Sistemas Interatuantes é estratégica para a adesão e continuidade do cuidado por parte do adolescente, porque estabelece metas objetivas que permitem mensuração e comparação. Essas metas são viáveis de alcance pois são decorrentes de construção coletiva no sistema paciente e profissional de saúde.

A visão multidimensional e a abordagem holística proposta por King auxiliam na definição e implementação de estratégias alcançáveis para o cliente jovem. O objetivo foi atingido, uma vez que a construção do capítulo permitiu a compreensão do caso clínico sob a perspectiva de uma teoria de enfermagem, aprofundando teoricamente as tomadas de decisões e trazendo reflexões à prática.

Por fim, faz-se necessária a realização de mais estudos sobre a temática, pois ainda que a teoria configure, comprovadamente, suporte para implementação da assistência, existe uma limitação de publicações demonstrando o sucesso da utilização dos conceitos propostos por Imogene King.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen; 2009 [acesso em 11 set 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
2. Santos MG, Bitencourt JVOV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm. Foco* 2017 [ACESSO EM 11 SET 2021];8(4):49-53. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1032/416>
3. Santos IMF, Fontes NCF, Silva RSS, Brito SSJ, organizadores. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - um guia para a prática Salvador: COREN - BA, 2016 [acesso em 11 set 2021]. 40 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/sistematizacao-assistencia-enfermagem-guia-pratico.pdf>
4. Pissinati PSC, Martins EAP, Costa RG, Haddad MCFL. Estabelecimento de metas no planejamento da aposentadoria: reflexão à luz de Imogene King. *REME – Rev Min Enferm.* 2020 [acesso em 07 nov 2021]; 24:e-1283. doi: 10.5935/1415-2762.20200012
5. Miranda SPL. Diagnósticos de enfermagem em clientes oncológicos críticos em cuidados paliativos fundamentados na Teoria do Alcance de Metas de King. Brasília. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade de Brasília; 2015 [acesso em 30 ago 2021]:24.

Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19190/1/2015_SimonePradoLimaMiranda.pdf

6. Araújo ESS, Silva LF, Moreira TMM, Almeida PC, Freitas MC, Guedes MVC. Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(3):1092-1098. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0268>

7. Borges JWP, Moreira TMM, Silva DB, Loureiro AMO, Meneses AVB. Relação enfermeiro-paciente adulto: revisão integrativa orientada pelo sistema interpessoal de King. *Rev enferm UFPE on line.* 2017;11(4):1769-1778. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4Y2017p1769-1778>

8. Batista AFMB, Nóbrega VM, Fernandes LTB, Vaz EMC, Gomes GLL, Collet N. Self-management support of adolescents with type 1 Diabetes Mellitus in the light of healthcare management. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(3)1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1252>

9. Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 16 jul 1990 [acesso em 25 ago 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266

10. Zanatta E, Scaratti M, Argenta C, Barichello A. Vivências de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2020 [acesso em 27 ago 2021];serV(4): e20044-e20044. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000400012?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000400012

11. Bezerra STF, Guedes MVC, Silva LF. Perception of nursing in Primary Health Care about patients with hypertension: does King explain? *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73(suppl 6):e20190676. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0676>

ORGANIZADORES

Dr. Rinaldo de Souza Neves



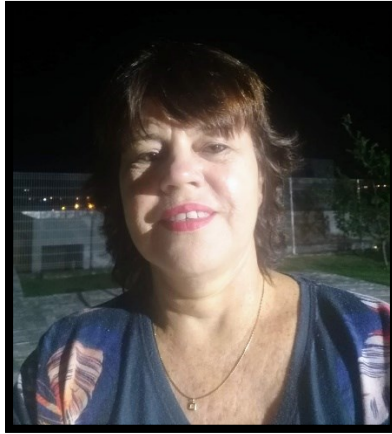
Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Atuou em diversas unidades de internação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), ocupando funções na gestão, assistência e ensino. Atualmente é Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (Coren-DF) e Coordenador da Câmara Técnica de Assistência (CTA) ao Coren-DF. Servidor da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal SES/DF. Docente e Gerente de Avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Membro da Comissão Permanente de Sistematização das Práticas de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Distrito Federal (COMSISTE-ABEn-DF). Coordenador na Região Centro-Oeste da Pesquisa: S@E-Brasil: Panorama da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Território Nacional.

Dra. Karine Marques Costa dos Reis



Possui graduação em Enfermagem (2000), mestrado (2014) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2021). Atualmente é docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e coordenadora do programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Paliativos da ESCS.

Msc. Lúcia Helena Bueno da Fonseca



Enfermeira. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Pós-Graduada em Administração de Serviços Hospitalares pela Universidade de Ribeirão Preto. Enfermeira em Obstetrícia pela Universidade Católica de Goiás (UCG). Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). E-mail: luciafons@gmail.com

Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix



Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem. Autor da Teoria do Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular (TEORISC), homenageado com Menção Honrosa do Prêmio CAPES de Tese - Edição 2020 e como iniciativa destaque da campanha Nursing Now Brasil (COFEn/OPAS/OMS) em 2021. Professor Adjunto e Coordenador do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Bolsista de Pós-doutorado Júnior do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular - GPCARDIO. Pesquisador na área de Desenvolvimento de Teorias de Enfermagem, Tecnologias em Saúde e Enfermagem Fundamental, com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem e no Processo de Enfermagem Cardiovascular (risco cardiovascular/síndrome metabólica), utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Pesquisador do Centro de Estudo e Desenvolvimento CIPE® do Brasil (PPGEnf/UFPB) e da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE).

Dra. Teresa Christine Pereira Moraes



Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva pela EEUSP, Especialização em Políticas de RH para a Gestão do SUS pela Universidade de Brasília (UnB) e Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Brasília (1995). Atividades profissionais desenvolvidas em projetos de formação de trabalhadores da área da saúde (nível técnico), docência e Coordenação em Curso de Graduação em Enfermagem (Escola Superior de Ciências da Saúde -ESCS/FEPECS/SES/DF) e como Enfermeira Assistencial na Secretaria de Saúde do Distrito Federal nas áreas de Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente, Oncologia e Cuidados Paliativos.

Este livro, denominado Processo de Enfermagem: Método baseado em Teorias, Sistemas de Classificações e Casos Clínicos, foi organizado em três grandes áreas temáticas, que são: Processo de Enfermagem e os Fundamentos Teóricos e Práticos, Processo de Enfermagem e Tecnologias para o Ensino e Aprendizagem e Processo de Enfermagem e Casos Clínicos. Desta forma, esperamos que os 23 capítulos apresentados na obra possibilitem a aprendizagem do Processo de Enfermagem com seus fundamentos teóricos, instrumentos tecnológicos e casos práticos para o cuidado de enfermagem e em saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Desejamos uma excelente leitura e esperamos que esta obra possa contribuir com a Enfermagem Brasileira!

Dr. Rinaldo Neves
Organizador

