



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Botelho da Cunha, Sandra Maria; Botura Leite Barros, Alba Lúcia
Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo
Conceptual de Horta
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, núm. 5, septiembre-octubre, 2005, pp. 568-572
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019626012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta

Application analysis of Nursing Care Systematization according to Horta's Conceptual Model

Analisis de la aplicación de la Sistematización de la Atención de Enfermería, según el Modelo Conceptual de Horta

Sandra Maria Botelho da Cunha

*Enfermeira do Hospital São Camilo - Pompéia.
Mestre em Enfermagem.
sanbot@ig.com.br*

Alba Lúcia Botura Leite Barros

*Enfermeira. Livre docente. Docente do
Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de São Paulo.*

RESUMO

Este estudo teve como propósito fazer uma análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem num hospital privado, nas unidades de clínica médica-cirúrgica. Os resultados evidenciam que o modelo conceitual de Horta estava presente apenas em parte no instrumento do histórico de enfermagem, que as fases do processo de enfermagem não estavam inter-relacionadas e que existia falta de coerência das ações prescritas com o estado de saúde do paciente. A partir dos resultados do estudo, pode-se concluir que o modelo utilizado para a sistematização da assistência de enfermagem é eclético não obedecendo, portanto, apenas o referencial de Horta; a totalidade dos dados não foram coletados nas várias fases do processo de enfermagem; não existe correlação das fases na maioria dos prontuários analisados e as fases diagnóstica e de planejamento não contemplam as fases do processo de enfermagem proposto por Horta.

Descriptores: Processos de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

This study has as purpose to analyse the implementation of the Nursing Care Systematization in a private hospital in medical surgical units. Results evidenced that the Horta's Conceptual Model was present only in part of nursing history instrument, that the remaining phases of nursing process were not inter-related and that there was a lack of coherence of the prescribed actions in relation to the patient's health condition. From the results of the study it can be concluded that the model used for Nursing Care Systematization is eclectic, not obeying therefore, only to Horta's conceptual model: the totality of the data had not been collected in some phases of the nursing process: there is no correlation of the phases in the majority of analyzed patient records; diagnostic and planning phases do not comprise the phases of the nursing process as proposed by Horta.

Descriptors: Nursing process; Nursing care; Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene como propósito analizar el proceso de implementación de la Sistematización de la Atención de Enfermería en un hospital privado en las unidades médico quirúrgicas. Los resultados han evidenciado que el modelo conceptual de Horta se presentó solamente en algunas partes en el instrumento de recolecta de datos; las otras fases de lo proceso de enfermería no estaban inter-relacionadas y que había falta de coherencia en la prescripción de acciones en relación a la condición del paciente. De los resultados de este estudio se ha concluido que el modelo adoptado para la Sistematización de la Atención de Enfermería es eclético y no sigue solamente al modelo conceptual de Horta; la totalidad de los datos no fueron recolectados en algunas fases del proceso de enfermería: no hay corelación de las fases en la mayoría de los prontuarios de paciente analizados: las fases de diagnóstico y planificación no abarcan las fases del proceso de enfermería como propuesto por Horta.

Descriptores: Procesos de enfermería ; Atención de enfermería: Enfermería.

Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):568-72.

1. INTRODUÇÃO

Ao buscar referências sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na literatura, observa-se que existe uma evolução crescente e contínua em direção a uma assistência integral ao paciente. Todas as teorias elaboradas têm como objetivo prestar uma assistência sistematizada, planejando, organizando e registrando as ações realizadas pela enfermeira. Ainda nesta perspectiva,

O método utilizado na prática clínica para sistematizar a assistência de enfermagem é o processo de enfermagem (PE). Este é um método de tomada de decisões de forma deliberada que se apóia nos passos do método científico.

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para a implantação do processo de enfermagem

é o proposto por Horta⁽¹⁾ em 1979, o qual contém as seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem. A sua aplicação na prática clínica, desde então, vem sofrendo modificações que freqüentemente des caracterizam a sua utilização.

Autores conceituados afirmam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem eleva a qualidade da assistência de enfermagem beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado; assim como a enfermeira, mostrando a importância do processo de enfermagem. Por esse motivo, a instituição hospitalar que serviu de campo de estudo para esta pesquisa, elaborou uma proposta inicial de modelo de cuidados para os pacientes internados, seguindo o referido modelo conceitual⁽¹⁾.

Como assinala Barros⁽²⁾ "a literatura de enfermagem revela o empenho das enfermeiras na organização das ações de enfermagem, mas revela, também, os conflitos e empecilhos surgidos, os quais vêm sendo poucas vezes vencidos. Um destes empecilhos foi a não aceitação, por parte de muitas enfermeiras, de que o método científico pudesse ser utilizado por todas as profissionais. Hoje, é possível saber que pode-se utilizá-lo sob diferentes formas metodológicas e embasamentos conceituais, visando a solução de problemas".

O hospital em estudo, após várias tentativas, resgatou a implantação do processo de enfermagem, método que permite sistematizar os cuidados de forma mais organizada, adotando o histórico, exame físico, prescrição e evolução de enfermagem como fases do processo de enfermagem. Até porque, "quando o processo é possível de ser implantado, apesar de satisfeitos por sabermos estar vencida uma etapa novas dificuldades advém para mantê-lo e para aprimorar o seu conteúdo"⁽³⁾.

Progressivamente, a SAE foi sendo implantada considerando que, desde fevereiro de 2001, toda a instituição já se encontrava trabalhando com esta metodologia de forma consolidada.

Desde a implantação da SAE tive a impressão de que estava havendo, por parte das enfermeiras, um conhecimento apenas parcial sobre como esta metodologia é utilizada e como as suas fases estão inter-relacionadas. De forma geral, algumas das etapas do processo foram encontradas incompletas ou tornam-se ausentes. O histórico de enfermagem apresentou-se com escassez de dados e não segue protocolos existentes, não relacionando com coerência os problemas identificados e o estado geral dos pacientes na prescrição e evolução de enfermagem.

Partindo desta realidade, propus-me a verificar se a SAE implantada atende aos requisitos do modelo de Horta⁽¹⁾, para obter informações sobre os pacientes através do histórico de enfermagem, exame físico, evolução e prescrição de enfermagem, visando, também, verificar se nestas fases estão registradas as informações desejáveis para a eficácia do processo, a fim de avaliar a implementação da sistematização e propor soluções que contribuam para a sua viabilização, com o propósito de aprimorar esta metodologia de trabalho, visto que o modelo adotado para realizar a SAE demonstra a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente internado e enriquecer a prática das enfermeiras, elevando o desempenho profissional neste processo.

Levantando as hipóteses de que: a) o processo de enfermagem não está apoiado no referencial a que se propôs⁽¹⁾, no que diz respeito às suas diferentes fases, b) que as enfermeiras necessitam de maior preparo para a utilização do processo de enfermagem nas suas diferentes fases e que possuem conhecimento parcial do modelo teórico que sustenta a SAE implantada, tivemos como objetivos analisar a efetiva utilização do modelo teórico que permeia a SAE e anotar a realização das etapas da mesma.

A dinâmica organizada da sistematização da assistência de enfermagem, através da seqüência das suas fases que estão inter-relacionadas e inter-dependentes, baseadas no conhecimento científico da enfermeira, identifica as necessidades do indivíduo como um todo e, através de uma intervenção, proporciona os resultados que se esperam dela, pois, "como intervenção terapêutica, o cuidado é centralizado nas necessidades do paciente que devem ser atendidas. A ação será de cuidado, se a enfermeira identifica uma necessidade e sabe o que fazer para atendê-la"⁽⁴⁾.

O modelo de SAE adotado não prevê impresso para levantamento dos problemas identificados nos pacientes, devendo estes ser anotados no próprio histórico de enfermagem durante a coleta de dados. Ainda nesta direção: "a sistematização da assistência de enfermagem tem deixado de ser um meio ou instrumento de trabalho para constituir-se no próprio objeto de trabalho do enfermeiro"⁽⁵⁾.

2. MÉTODO

Optou-se pela realização de uma pesquisa do tipo retrospectiva, exploratória e descritiva. O estudo foi desenvolvido num hospital da rede privada, de médio porte, na cidade de São Paulo.

O presente estudo contou com a autorização da instituição hospitalar para ser realizado e obteve também a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes internados na instituição onde foi realizada a pesquisa, não sendo necessário o uso de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram os próprios instrumentos/impressos da SAE presentes nos prontuários dos pacientes.

A população considerada no estudo foi constituída pelos prontuários dos pacientes clínicos e cirúrgicos das unidades de clínica médica-cirúrgica denominadas "A", "B" e "C", selecionadas por apresentarem características semelhantes quanto ao número de leitos, número de enfermeiras e condições de trabalho.

A amostra foi constituída por 94 prontuários contendo o registro sobre a SAE, assim distribuídos: 40 prontuários de pacientes internados na 11^a unidade, aqui denominada "A"; 22 prontuários da 8^a unidade A, aqui denominada "B"; e 32 prontuários da 8^a unidade B, aqui denominada "C".

Para o cálculo do tamanho da amostra deste estudo utilizou-se a técnica de amostragem aleatória estratificada, onde dividiu-se a população em subgrupos. O sorteio foi aleatório e realizado dentro de cada estrato.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no mês de novembro de 2001. Selecionaram-se no arquivo médico, os prontuários dos pacientes internados no mês de setembro de 2001 nas unidades "A", "B" e "C".

Foi realizada a análise do referencial teórico dos instrumentos utilizados nas fases da SAE, verificando-se nos prontuários dos pacientes, o conteúdo dos instrumentos que a compõe. Esta verificação foi realizada através de formulário, constituído de tópicos dos instrumentos próprios utilizados na SAE e nos protocolos da prescrição e evolução de enfermagem, sendo estes os únicos que tinham sido elaborados pela instituição, até o momento, para verificar se o processo de realização das fases está sendo executado, assim como para analisar o inter-relacionamento entre estas fases.

O pré-teste foi realizado em prontuários arquivados, selecionando os da unidade de clínica médica-cirúrgica do 11º andar da instituição onde foi realizada a pesquisa.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Confrontando o referencial de Horta⁽¹⁾ com o modelo que foi

observado nas fases da SAE implantadas na instituição em estudo, nota-se que o processo de enfermagem é utilizado de forma adaptada, uma vez que são referidas as seguintes fases: histórico, exame físico, prescrição e evolução de enfermagem.

O histórico foi constituído, na sua maior parte, de dados referentes ao modelo biomédico e epidemiológico de risco e verifica-se que menos de 50% do seu conteúdo possui o modelo proposto.

O conteúdo do histórico de enfermagem foi constituído pela Educação Continuada da instituição, adaptando-o à realidade da sua clientela, tendo conscientemente como exemplo o Modelo conceitual de Horta⁽¹⁾ e inconscientemente foi utilizado o Modelo Biomédico e Epidemiológico de Risco, sem intenção e nem conhecimento da existência desses modelos no histórico, não identificando-os no instrumento.

Para a instituição o único modelo existente conhecido é o de Horta⁽¹⁾, tendo sido elaborada as fases do processo de enfermagem com o pensamento voltado nesse modelo, mas, não utilizou exclusivamente o modelo escolhido como referencial teórico.

Os roteiros do histórico e exame físico até o momento não foram elaborados, existindo os protocolos da evolução e prescrição de enfermagem pouco fiéis ao ensinamento teórico⁽¹⁾.

O protocolo da evolução de enfermagem, foi formulado contendo apenas como orientação a redação que deve ser clara, sucinta, evitando repetição das observações já anotadas. O restante do roteiro, não se enquadra no modelo adotado.

O protocolo da prescrição de enfermagem, já apresenta um maior número de orientações conforme o referencial teórico escolhido, devido a orientação de realização em impresso próprio, sendo cada dia em uma folha e ter numeração seqüencial, deixar claro o grau de dependência do paciente utilizando FAOSE (fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar), deve ser redigida na forma de objetivo operacional, o verbo deve iniciar a frase sempre no infinitivo, deve ser checada quando realizada e feita anotação de observação referente ao cuidado prestado.

O modelo⁽¹⁾ considerado como exclusivo no processo de enfermagem da instituição, apresenta-se parcialmente adaptado nas orientações do referencial teórico. Obtendo o conhecimento sobre os modelos teóricos, facilitaria a compreensão e a utilização das informações que são registradas diariamente, para que organize a assistência de enfermagem com fundamentação científica e raciocínio clínico em busca da resolução dos problemas dos pacientes chegando ao julgamento clínico das ações de enfermagem.

A instituição hospitalar apresentou um modelo eclético que foi adaptado à sua clientela, portanto, as enfermeiras precisam entender os modelos teóricos e o seu conteúdo para que possam guiar as suas ações, já que a teoria interpreta, explica e elucida o conhecimento. Como comenta Farias⁽⁶⁾, "seria amadorismo acreditar que é fácil implementar um processo de sistematização seguindo um modelo teórico num serviço de enfermagem; as dificuldades são grandes e são superadas somente com um trabalho constante e árduo".

3.1 Análise das fases da SAE

A falta de correlação entre as fases constitui uma barreira à utilização do processo de enfermagem, levando a uma redução de valorização da SAE.

Transcrevemos uma prescrição e evolução, como exemplo:

Prescrição

- 1) Anotar e Comunicar nível de consciência.
- 2) Realizar higiene bucal com cepacol.
- 3) Realizar banho no leito.
- 4) Realizar mudança de decúbito.

- 5) Anotar débito urinário e aspecto.
- 6) Observar e anotar evacuação.
- 7) Efetuar cuidados com traqueostomia e nebulização.
- 8) Passar hipogloss em região perianal a cada troca de fralda.
- 9) Passar dersani em toda extensão corpórea.

Evolução

Consciente, eupnéico, traqueostomizado com nebulização contínua, mantém SNE, mantém quadro neurológico.

A prescrição de enfermagem apresenta-se em descompasso com a evolução, já que a prescrição não foi justificada pelas informações constantes na evolução.

A prescrição de enfermagem evidencia um plano de cuidados sem fundamento quando o processo apresenta inexistência de outras fases que sustentem sua elaboração; assim não conduz a uma assistência eficaz. Deve ser elaborada a partir do histórico e da avaliação do quadro clínico.

Explica-se essa desarmonia de interação entre a prescrição e evolução por não estar claro que essas duas fases devem ser interdependentes e complementares, que devem registrar diariamente as ações e descrever o resultado dessas ações, bem como o estado em que se encontra o paciente durante as 24 horas.

Notamos que as prescrições consistem, na maioria das vezes, em rotinas já pré-estabelecidas, sendo prescritas praticamente as mesmas ações para todos os pacientes, faltando raciocínio e julgamento clínico para atuar com eficiência e individualidade. Para ser assim, não haveria sentido em sistematizar a assistência, já que o conhecimento científico não é utilizado, faltou correlacionar os fatos, falta fundamentação teórica e científica.

Uma classificação da intervenção de enfermagem possibilitaria melhor organização no trabalho, trazendo compreensão para toda a equipe de enfermagem e facilitando o entendimento tanto das ações realizadas como dos resultados alcançados, diminuindo ainda as idéias errôneas no registro de enfermagem.

3.2 Implementação da SAE no hospital em estudo

O tempo de internação dos pacientes nos prontuários pesquisados variou na unidade "A" de 1 à 7 dias, unidade "B" de 1 à 10 dias e unidade "C" de 1 à 5 dias. Os cálculos dos dados foram feitos com base no primeiro dia de internação do paciente na unidade até o dia de saída por alta hospitalar.

Com relação ao perfil das fases da SAE estudadas, verificou-se que dos 40 prontuários da unidade "A" todas as fases implantadas (100%) do histórico, exame físico, prescrição e evolução, foram realizadas durante todo o período de internação dos pacientes. O total das prescrições e evoluções foram referentes aos dias de internação dos pacientes.

Apenas na unidade "A" a SAE foi realizada metodologicamente correta, com a presença de todas as fases nos 40 prontuários estudados, mostrando que o que falta é interesse, pois, é possível fazer. A unidade "B" e "C" revelaram falhas na continuidade do cuidado, faltando a interdependência das fases do PE, devido a ausência em alguns prontuários de uma ou mais fases, não seguindo os padrões estabelecidos por Horta⁽¹⁾.

Na unidade "B", 3 (13,6%) dos 19 (86,4%) prontuários apresentaram ausência do histórico e do exame físico.

Sendo a 1^a fase da SAE é de extrema importância o histórico e o exame físico, para que seja viável realizar as seguintes fases do processo de enfermagem, já que estas são inter-relacionadas e interdependentes. Senão em que a enfermeira buscará suporte para desenvolver uma metodologia de trabalho individualizada e eficaz durante o período de

internação dos pacientes?

Esses 3 (13,6%) prontuários da unidade "B" sem o histórico e exame físico foram arquivados incompletos, devido as ações prescritas e evoluídas não terem apuradas as fases que as precedem, ou seja, histórico, exame físico e diagnóstico, tornando difícil uma avaliação das fases executadas.

Entre as 87 (100%) prescrições e evoluções analisadas da unidade "B", 1 (1,1%) deixou de ser realizada e 2 (2,3%) evoluções estavam ausentes.

Com a ausência de prescrição e evolução de enfermagem deixamos de saber como o paciente está se recuperando, pois, não há informação do seu estado de saúde físico e mental, passando como desapercebido na unidade, entregue exclusivamente ao cuidado médico.

Em 2 (9,1%) prontuários da unidade "B", 1 (4,5%) apresentou prescrição não acompanhada de evolução no 4º dia dos 5 dias de internação do paciente e o outro prontuário sem prescrição e evolução no 1º dia de 3 dias de internação.

O inter-relacionamento das fases não aconteceu, com isso pode-se questionar como foi possível prescrever sem evoluir a situação atual do paciente, já que as ações prescritas foram baseadas em "supostos problemas" que não foram registrados. Além disso, em um dos dias de internação o paciente não foi prescrito e nem evoluído, passando esse dia sem registro do cuidado de enfermagem que foi prestado e o seu resultado junto ao paciente.

Para Vigo⁽⁷⁾ "as anotações de enfermagem, como forma de documentação e expressão do cuidado são de grande importância, uma vez que somente através delas é que alcançaremos segurança e eficiência para o desenvolvimento do processo de enfermagem, e sendo assim, devemos implementar o uso contínuo das mesmas".

Nos 32 prontuários analisados da unidade "C", 4 (12,5%) não apresentaram o histórico de enfermagem e 2 (6,3%) não apresentaram exame físico, desses 4 prontuários 2 (6,3%) não apresentaram nem histórico e nem exame físico e os outros 2 (6,3%) prontuários com histórico, mas, sem o exame físico; mostrando uma coleta de dados de ausente à incompleta, não subsidiando o plano de cuidados.

Na unidade "C" ocorreu a maior porcentagem de não realização da 1ª fase do processo de enfermagem, sendo entendido como um desréido sobre a coleta de dados ou por não ter conseguido compreender o que é o processo de enfermagem e sua importância para a profissão e para o paciente.

Uma (0,93%) prescrição e evolução em dias diferentes não foram realizadas do total de 107 (100%) analisadas na unidade "C". Percebe-se que quando uma das fases deixa de ser feita nenhuma enfermeira procura terminar a fase pendente para que o processo de enfermagem se cumpra coerentemente, oferecendo uma assistência de enfermagem descontinua.

A função mais importante da enfermeira é planejar a assistência e para isso é necessário levantar informações, problemas, executar ações e avaliar os resultados para assegurar a continuidade do cuidado.

Em relação à distribuição percentual total dos itens preenchidos nas etapas do histórico de enfermagem dos 94 prontuários, foram analisados 87 (100%) históricos de enfermagem devido a ausência de 7 (7,4%). Deixaram de ser realizados na admissão do paciente 5 (5,7%) históricos.

Horta⁽¹⁾, diz que o histórico deverá ser feito na admissão, isto é, no primeiro contato com o paciente.

O histórico de enfermagem nas três unidades estudadas apresentou 100% de preenchimento referente ao registro do nome do paciente, número do registro do paciente, quarto, sexo, procedência, alergias e assinatura das enfermeiras. Possuem como informações menos registradas os antecedentes familiares de patologias (59,8%); moléstias

infecciosas (56,3%); hábitos / vícios (65,5%) e exames que trouxe de casa (40,2%).

É curioso que os itens do histórico mais preenchidos, com exceção das alergias, são itens que não necessitam contato com o paciente para preencher apresentando estes alto índice de conteúdo e os itens de maior valor onde as enfermeiras devem ter habilidade e prática para obter informações relevantes para o planejamento da assistência foram os menos preenchidos. Talvez isso ocorra devido a necessidade da enfermeira ter que gastar um tempo maior na entrevista não conseguindo administrar todas as suas atribuições durante o seu turno de trabalho torna-se mais fácil pincelar os históricos incompletos, por não ser considerado prioritário como uma ferramenta de trabalho indispensável na SAE.

Os históricos de enfermagem deixaram a desejar no seu conteúdo, não se apresentaram uniformes, já que a grande maioria das etapas não apresentou total preenchimento, faltando muitos dados, necessitando das enfermeiras uma maior valorização sobre a coleta de dados, pois esta 1ª fase é que vai direcionar as outras fases do processo de enfermagem em busca da satisfação do paciente e família através do cuidado de enfermagem individualizado direcionado pelos problemas que devem ser identificados.

Esses resultados são decorrentes do despreparo das enfermeiras e falta de visão holística sobre o paciente para que percebam o quanto é imprescindível não deixar nenhuma etapa sem preencher, pois, os dados obtidos servirão não só para a continuidade do processo de enfermagem eficaz, mas também para que outros profissionais possam consultar e utilizar o registro com segurança e confiabilidade.

Em relação à distribuição percentual total dos itens preenchidos nas etapas do exame físico dos 94 prontuários, foram analisados 89 (100%) exames físicos, devido a ausência de 5 (5,6%) destes nos prontuários. Estudando a realização dos exames físicos nas 3 unidades verificou-se que nas anotações não houve nenhum item preenchido 100% em todos os prontuários. As etapas que obtiveram maior porcentagem de preenchimento foram: nível de consciência (96,6%); realização na admissão do paciente (94,4%); respiração (94,4%); tipos de respiração (89,9%); cardiovascular / pulso (89,9%); data da realização (91%) e assinatura da enfermeira (94,4%). Já os itens com menos de 50% de preenchimento foram: pressão arterial, pulso e temperatura com (46,1%); eliminação intestinal (36%); próteses (43,8%); sondas (27%); drenos (19,1%) e localização dos drenos (20,2%).

Estas etapas menos anotadas são importantes tanto nos históricos quanto nos exames físicos, não podendo deixar de serem preenchidas e nem deixar lacunas no instrumento, pois pode levar a crer que o paciente não foi visto e observado como um todo. Notou-se que estes não ofereceram uma fonte de dados útil por apresentar informações insuficientes e não oferecer suporte para a execução do processo de enfermagem.

O exame físico mal realizado não satisfaz as necessidades dos pacientes durante o cuidado de enfermagem, já que as enfermeiras não utilizam fontes de informações seguras e fidedignas com o quadro do paciente. Verificou-se que cinco exames físicos nos 94 prontuários analisados não foram feitos e, mesmo assim, realizou-se a prescrição e evolução dos pacientes. O instrumento deve se apresentar completo, visando a identificação e resolução de problemas e não demonstrar, através dos dados apresentados, que esta fase é uma rotina que precisa ser cumprida.

Assim, "os fatores que dificultam a implementação da sistematização da assistência de enfermagem são: despreparo do pessoal, falta de interesse, falta de tempo, quantidade de pessoal, falta de material e/ou equipamento, falta de vontade por parte das chefias e da instituição. Os fatores que a favorecem são: interesse da equipe, determinação da chefia, preparo da equipe, disponibilidade de materiais e adequação do

modelo teórico"⁽⁸⁾.

O raciocínio clínico e criativo está embutido na prática de enfermagem. O julgamento deve resultar da existência do raciocínio da situação, alterando decisões sobre as ações de enfermagem.

Referente as alterações realizadas nas evoluções de enfermagem quando refeitas, entre os 94 prontuários 15 (16%) não apresentaram evolução e prescrição de enfermagem refeitas durante o período de internação dos pacientes, conservando estas fases por 24 horas sem alterações.

O total de evoluções refeitas na unidade "A" ocorreram 24 (14,7%) vezes, na unidade "B" 10 (11,8%) e na unidade "C" 21 vezes (19,8%).

A unidade "A" se destacou no número de evoluções que foram refeitas e na presença de horário nas suas alterações. A unidade "B" não apresentou liderança em nenhuma das alterações verificadas e a unidade "C" mostrou um maior número de evoluções refeitas precedidas de prescrição de enfermagem em relação as outras unidades.

Na prática as enfermeiras não usam o processo de enfermagem explicitamente porque não tomam decisões com raciocínio clínico. Não reorganizam as sugestões e análise dos dados diante de situações clínicas específicas. As enfermeiras não estão se preocupando com a qualidade dos registros referente à precisão do planejamento do cuidado, apesar de serem líderes da equipe de enfermagem e responsáveis pela assistência ao paciente.

As unidades "A" e a "B" apresentaram ausência de evolução de alta em todos os seus prontuários analisados. Somente uma (0,94%) evolução de alta foi encontrada entre as 106 (100%) evoluções de enfermagem analisadas da unidade "C".

A última evolução de enfermagem nos prontuários estudados não apresentou nenhuma informação que direcionava as condições em que o paciente saiu do hospital e / ou as orientações que receberam. Entendo que essa ausência se deve ao não conhecimento das informações que deve apresentar uma evolução de alta.

As evoluções de alta por não serem realizadas reforçam o fato de

que as enfermeiras não utilizam o processo de enfermagem completamente, pois falta maior conhecimento e compreensão teórica para executá-lo, sem apresentar tantas falhas e incoerências que tornem a assistência ineficaz no cuidado ao paciente. Compete à enfermagem prestar assistência ao paciente e família dando continuidade do tratamento em seu domicílio.

4. CONCLUSÃO

O modelo utilizado para a Sistematização da Assistência de Enfermagem é eclético não obedecendo, portanto, apenas o referencial teórico proposto. Os dados não foram coletados em sua totalidade nas várias fases do processo de enfermagem, não existindo uma correlação das fases na maioria dos prontuários analisados. As fases diagnóstica e planejamento não contemplam o processo de enfermagem do modelo proposto por Horta⁽¹⁾.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implementação do processo de enfermagem na instituição estudada apresenta-se carente do acompanhamento de uma equipe direcionada na SAE com a finalidade de corrigir, orientar e supervisionar a realização das suas fases, a fim de desenvolver o raciocínio lógico, crítico e coerente.

Entendemos ser necessário continuar investindo no aperfeiçoamento das anotações das enfermeiras, tendo em vista um novo treinamento teórico e prático para esclarecer as dúvidas sobre o processo de enfermagem, explicar o modelo teórico que sustenta as fases da SAE e a relação que existe entre estas, visando o registro escrito do cuidado prestado em busca da qualidade da assistência de enfermagem apresentando-a com coerência, completa e seqüencial, para que seja direcionada uma ação benéfica no tratamento do paciente.

Com os sistemas de classificação na enfermagem descrevemos a prática da enfermeira, utilizando uma linguagem compartilhada, promovendo a sua autonomia ao planejar suas ações para o cuidado ao paciente, assim difere a atuação da enfermeira dos demais profissionais da equipe da saúde⁽⁹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
2. Barros ALBL. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, UNIFESP; 1998.
3. Mussi FC, Whitaker IY, Fernandes MFP, Gennari TD, Brasil VV, Cruz DALM. Processo de Enfermagem: um convite à reflexão. *Acta Paul Enferm* 1997 jan-abr; 10(1): 26-32.
4. Repeto MA. Avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - em um hospital universitário [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, UNIFESP; 2003.
5. Silva VEF. O desgaste de trabalhador em enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhar [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 1996.
6. Farias FAC. Sistematização da Assistência de Enfermagem: como enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico - Relato de experiência [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 1997.
7. Vigo KO. Análise retrospectiva das anotações de enfermagem em três contextos da assistência ao paciente [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2001.
8. Santos JF, Ramos TAG. Implementação da metodologia de assistência de Enfermagem em UTI(s): como está e quais os fatores intervenientes. *Rev Baiana Enferm* 1998 abr ; 11(1): 47-56.
9. Nóbrega MML, Gutierrez MGR. Análise da utilização na prática dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem da CIPE - Versão Alfa. *Rev Bras Enferm* 2001 jul-set; 54(3): 399-408.