

Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem – relato de experiência

Implementation of the nursing diagnosis at the unit of intensive therapy and the problems in nursing practice - report based on personal experience

Implementación del diagnóstico de enfermaje en la unidad de terapia intensiva y sus obstáculos – relato de una vivencia

Fabiana Claudia de Vasconcelos França^I, Inês Aparecida Laudares Kawaguchi^{II}, Eliana Pereira da Silva^{III}, Gisela Amorim Abrão^{IV}, Heiko Uemura^V, Luz Marina Alfonso^{VI}, Elias Oliveira de Carvalho^{VII}

RESUMO

A sistematização da assistência de enfermagem é uma atividade de incumbência privativa do enfermeiro, tendo como metas a organização, planejamento, implementação, execução e avaliação do processo de enfermagem. Tendo em vista a importância do processo de enfermagem, objetivou-se descrever a implementação do diagnóstico de enfermagem numa unidade de terapia intensiva, relatar o aprendizado teórico-prático dos enfermeiros acerca do diagnóstico e identificar os dificultadores que interferiram na sua implementação. Para tanto, as etapas sequenciais da implementação do diagnóstico foram descritas conforme foram vivenciadas pelos profissionais. Participaram da experiência oito enfermeiros atuantes na referida unidade. O trabalho teve início em maio de 2003 sendo definido em agosto de 2004, quando foram implementados o diagnóstico e os novos impressos de enfermagem. As dificuldades vivenciadas na implementação do diagnóstico foram: adequação à rotina da unidade, tempo disponível do enfermeiro para a execução das etapas do processo, impressos indisponíveis, resistência do enfermeiro à utilização e desvalorização do método. Apesar dos obstáculos, os resultados dessa prática demonstraram a viabilidade da execução do processo de enfermagem, visando melhor qualidade na assistência prestada ao ser humano e conseqüente crescimento profissional, valorização e autonomia à enfermagem.

Palavras chave: Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

The nursing assistance systematization is an activity of privative incumbency of the nurse,

having as goals organization, planning, implementation, execution and evaluation of the nursing process. In view of the importance of the nursing process, it was objectified to describe the implementation of the nursing diagnosis in an unit of intensive therapy; to give an account of the theoretical and practical learning of the nurses about the diagnosis and to identify the factors that caused difficulties and had interfered in its implementation. The sequential stages of the implementation of the diagnosis were described as they were lived by the professionals. In such a way, it was adopted the descriptive method according to the sequential stages of the implementation of the diagnosis. The subjects of this study were eight nurses that work in the related unit. The labor was initiated in May of 2003, being defined in August of 2004, when the diagnosis and the new printed nursing check-lists were implemented. The difficulties experienced in the implementation of the diagnosis were: to

^I Enfermeira. Especialista em terapia intensiva, enfermeira da UTI e preceptora da residência em enfermagem do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília-DF. fabianacaudia@pop.com.br

^{II} Enfermeira, Supervisora da UTI e preceptora da residência em enfermagem do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília -DF. ineslaudares@hotmail.com

^{III} Enfermeira da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília-DF.

^{IV} Enfermeira da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília - DF. giselaabrão@yahoo.com.br

^V Enfermeira. Especialista em terapia intensiva, enfermeira da UTI do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília - DF. heikouemura@hotmail.com

^{VI} Enfermeira da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília-DF. luz.dutra@saude.gov.br

^{VII} Enfermeiro, Especialista em Auditoria e Sistema de Saúde, enfermeiro da UTI do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília D-F. eliasca@terra.com.br

adjust to the unit routine, the nurses´ available time to execute the stages of the process, unavailable printed check-lists, nurses´ resistance to use the process and not to value the method. Although the obstacles, the results of this practice showed the viability of the nursing process execution, aiming a better quality in the assistance given to the human being and consequent professional growth, valuation and autonomy to the nursing.

Key words: Nursing Diagnosis; Nursing Care; Intensive Care Units.

RESUMEN

La sistematización de la asistencia del enfermería es una actividad de incumbencia exclusiva del enfermero, teniendo como metas la organización, la planificación, implementación, ejecución y evaluación de este proceso. Teniendo en cuenta la importancia de dicho proceso, se busco describir la implementación del diagnóstico de enfermería en una unidad de terapia intensiva, relatar el aprendizaje teórico-práctico de los enfermeros a respecto del diagnóstico y identificar los obstáculos que interfirieran en su

implementación. Por lo tanto, las etapas secuenciales de la implementación del diagnóstico fueron descritas de acuerdo con lo vivido por los profesionales. Los sujetos de este estudio fueron ocho enfermeros actuantes en la referida unidad. El trabajo tuvo inicio en mayo de 2003 siendo definido en agosto de 2004, cuando fueron implementados el diagnóstico y los nuevos impresos de enfermería. Las dificultades ocurridas en la implementación del diagnóstico fueron: adecuación a la rutina de la unidad, tiempo disponible del enfermero para la ejecución de las etapas del proceso, impresos indisponibles, resistencia del enfermero a la utilización y la no valoración del método. Aunque los obstáculos hayan existido, los resultados de esa práctica demostraron la viabilidad de la ejecución del proceso de enfermería, visando mejorar la calidad de la asistencia prestada al ser humano y consecuente desarrollo profesional, valorización y autonomía.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Atención de Enfermería; Unidade de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste no desenvolvimento de uma metodologia da prática do enfermeiro, e concretiza-se por meio do Processo de Enfermagem (PE), que é um método desenvolvido com base no método científico, tendo como finalidade imprimir racionalidade ao processo de cuidar. Assim sendo, na SAE, o processo de enfermagem representa o caminho a ser percorrido para alcançar um resultado. Na prática atual, o PE vem sendo utilizado de acordo com as seguintes fases: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento de cuidados, prescrição e evolução de enfermagem ⁽¹⁾.

A enfermagem brasileira tem avançado nas pesquisas em relação ao processo de enfermagem tanto no ensino quanto na implementação e aplicabilidade. Entretanto, muitas instituições de saúde ainda não adotaram esse método de assistência, já que o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros sobre o mesmo tem se mostrado deficiente.

Dentre as etapas do processo de enfermagem tem-se procurado destacar, aquela que se refere à análise e interpretação dos dados coletados: o diagnóstico de enfermagem (DE) ⁽²⁾. Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA* ⁽³⁾, o diagnóstico de enfermagem constitui “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde

atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.

A utilização do diagnóstico de enfermagem vem trazendo à prática assistencial algumas vantagens, tais como: a abordagem holística do paciente, a obtenção de um corpo de conhecimento próprio, a busca por uma melhor qualidade da assistência e o favorecimento do aprimoramento contínuo do enfermeiro. Portanto, o enfermeiro, ao utilizar o processo de enfermagem enfocando o diagnóstico, passa a ter subsídios para as suas intervenções.

O diagnóstico das respostas humanas é um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano relacionado à saúde. Essa complexidade evoluiu a partir do foco da natureza holística das pessoas e da saúde ⁽⁴⁾.

O processo intelectual de formulação de um diagnóstico de enfermagem exige objetividade, pensamento crítico e tomada de decisão. Desta forma, o processo diagnóstico implica uma análise profunda das necessidades básicas afetadas do cliente, atendidas pelo enfermeiro, configurando atividade básica planejada, crítica e científica. Vários fatores influenciam a competência do enfermeiro em diagnosticar e, conseqüentemente, interferem no processo diagnóstico. A capacidade de observação, as habilidades em reunir e interpretar dados, os conhecimentos básicos, as habilidades intelectuais, as experiências passadas, a intuição, o referencial teórico adotado, entre outros, são exemplos de fatores que podem ser citados ⁽²⁾.

A etapa diagnóstica apresenta sua importância para o processo de enfermagem. Entretanto, sua maior contribuição depende da união de esforços, sendo necessário envolver a equipe para que o trabalho tenha uma continuidade e não se perca nas tentativas fortuitas de uma única pessoa. Todo processo de enfermagem deve embasar-se numa teoria que lhe confira sustentação e que capacite o enfermeiro a agir com previsão e coerência ⁽⁵⁾.

No Brasil, o marco teórico para o processo de enfermagem é representado por Wanda de Aguiar Horta, que definiu esse método como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. Horta apresentou um modelo conceitual de enfermagem cujo fenômeno central é o processo vital, do qual emergem princípios para guiar a prática. Assim, Horta procurou iniciar o desenvolvimento de uma teoria: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, com a qual procura mostrar a enfermagem como ciência aplicada, que transita da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas próprias teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia após dia uma ciência independente. Para o desenvolvimento de seus estudos, a autora inspirou-se na teoria da motivação humana de Maslow, teoria fundamentada nas necessidades humanas básicas, sendo elas: necessidades psicobiológicas; necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais, divididas em categorias e subcategorias ⁽⁶⁾.

O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização. Muitos

enfermeiros deixam de fazer o diagnóstico de enfermagem e com isso, passam a fragmentar os cuidados e os problemas do paciente deixando de vê-los como um todo. Muitas vezes prescrevendo cuidados que não tem relação com os problemas encontrados, pois, através desta etapa que se torna possível a conclusão do levantamento de dados envolvendo raciocínio e julgamento e é neste sentido que o diagnóstico de enfermagem se torna imprescindível para descrever a relação de ajuda na prática assistencial ⁽⁷⁾.

A supressão ou formulação incorreta do diagnóstico pode comprometer todas as demais fases do processo de enfermagem. Acredita-se que as dificuldades em relação ao diagnóstico de enfermagem devem-se à forma como o ensino dessa temática vem sendo conduzido, muitas vezes sem oportunizar ao aluno formas de pensar, refletir e tomar decisões sobre determinados problemas ⁽⁸⁾.

Para o processo de implementação do diagnóstico de enfermagem são importantes: a evidência da realização do levantamento de necessidades e a mobilização de recursos para o atendimento dessas necessidades, tanto de ordem técnica - disponibilizando recursos estruturais e tempo para propiciar a capacitação das pessoas envolvidas - como de ordem ético-política, valorizando o seu conhecimento e potencial criativo ⁽⁹⁾.

Na implementação do processo de enfermagem, em especial o diagnóstico de enfermagem, o que se tem enfrentado são dificuldades igualitárias, independentes da instituição em que o processo se estabeleça. Existem, obviamente, as particularidades de

cada instituição, mas no contexto geral a problemática se repete.

Em várias experiências teórico-práticas, a implantação do PE tem sido lenta e difícil. Há resistência dos enfermeiros e isto deve-se muitas vezes à falta de experiência prévia em outros serviços, à visão de que o processo seja complexo, demande muito tempo e que por isso não seja factível na prática diária ⁽¹⁰⁾.

Dentre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação do processo de enfermagem, encontra-se a sobrecarga com atividades burocráticas que dificultam seu exercício profissional. Contudo, há enfermeiros engajados na sua aplicação, dispostos a transpor as dificuldades. São enfermeiros que tentam administrar o tempo e realizar suas tarefas com qualidade ⁽¹¹⁾.

Poucos são os achados científicos que associam a sobrecarga de trabalho e/ou falta de tempo a uma das dificuldades de implementação do PE. Entretanto, pressupõe-se, a partir desses achados, que o fator tempo deve ser considerado uma questão de prioridade. Desse modo, o PE está diretamente relacionado a uma questão de prioridade e valorização daquilo que se julga importante e essencial à profissão. É comum notar que as maiores dificuldades relacionadas à implementação do processo de enfermagem estejam associadas à descrença e à rejeição dos próprios enfermeiros que, limitados ao modelo técnico-burocrático, muitas vezes utilizam estratégias antiéticas e inflexíveis para não participarem do processo ⁽¹²⁾.

A SAE, enquanto método de assistência vem buscando a superação do modelo teórico-burocrático, o que requer um processo

permanente e gradual de reflexão-ação e a inserção dos profissionais na realidade por meio do esforço compartilhado e participativo.

Até o mês de março do ano de 2003, o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva de adultos (UTI) do Hospital Regional da Asa Norte – Distrito Federal era incompleto, consistindo nas fases de histórico de enfermagem, prescrição e evolução. Surgiu, então, a necessidade de implementar o diagnóstico de enfermagem, complementando o processo, e de construir instrumentos capazes de direcionar o cuidado ao paciente crítico, já que os mesmos encontravam-se desatualizados. Ainda assim, o processo de enfermagem era incompleto porque o histórico não contemplava o exame físico, a prescrição não abordava cuidados específicos ao paciente crítico, a evolução dispensava muito tempo do enfermeiro, alguns cuidados não eram registrados (documentação), além do desconhecimento teórico-prático dos enfermeiros sobre DE e de não haver nenhum referencial teórico adotado para as etapas existentes.

Além disso, o grupo de enfermeiros almejava a qualidade da assistência prestada, buscando a autonomia e o conhecimento técnico-científico. Estes problemas levantados transformaram-se em razões suficientes para iniciar o trabalho de implementação do DE. Isto posto, considera-se relevante a implantação do processo de enfermagem nas instituições de saúde, visto que na enfermagem existem graus de dificuldades que levam a desafios muitas vezes difíceis de vencer, como as condições que são impostas no mercado de trabalho e as

barreiras históricas e culturais do ensino formal.

Acrescenta-se ainda a preocupação da equipe de enfermagem no cumprimento da resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN nº 272/2002 que estabelece que “a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada e deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por: Histórico de enfermagem, Exame físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição e evolução de Enfermagem e Relatório de enfermagem”⁽¹³⁾.

Assim, considerando a importância do diagnóstico de enfermagem - enquanto fase do processo - para a identificação do foco da assistência de enfermagem e o aprendizado dos enfermeiros, o presente relato de experiência teve como objetivos descrever a implementação do Diagnóstico de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - adultos, relatar o aprendizado teórico-prático dos enfermeiros acerca do diagnóstico e identificar os dificultadores que interferiram na sua implementação.

Este estudo teve como base a experiência profissional vivida na UTI - adulto do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde – Distrito Federal. Essa unidade possui 10 leitos, com atendimento na especialidade clínico-cirúrgica realizado por uma equipe multiprofissional. Para o desenvolvimento desse relato, adotou-se o método descritivo segundo as etapas sequenciais da implementação do diagnóstico na unidade.

A IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA UTI

A trajetória percorrida

O trabalho iniciou-se em maio de 2003 sendo definido em agosto de 2004, quando foi implementado o Diagnóstico de Enfermagem. Em um primeiro momento, foi realizada em maio de 2003 a 1ª reunião com o grupo de enfermeiros para programar as atividades científicas e todo o planejamento do trabalho proposto. As atividades foram realizadas a partir de reuniões agendadas que ocorreram nos meses subseqüentes, ministradas por uma das autoras desse trabalho, que por ter conhecimento técnico-científico sobre a temática exerceu o papel de facilitadora. A mesma propôs todo o plano de curso, a metodologia a ser aplicada (aula expositiva, discussão dialogada, análise de estudos de caso) e o material didático necessário para o aprendizado.

Ainda em maio de 2003, em um segundo momento, foi realizada uma avaliação prévia do conhecimento dos enfermeiros sobre DE, utilizando como instrumento norteador um questionário com o intuito de direcionar o plano de curso, buscando aspectos relevantes para subsidiar a proposta de trabalho.

Uma vez agendadas as reuniões e determinado o plano de curso, em junho do referido ano foi iniciado o curso teórico-prático de 15 horas, para a equipe de enfermeiros da UTI. O curso foi dividido em três módulos, com a proposta de capacitar os enfermeiros a desenvolver o DE, a fim de alcançar um conhecimento específico a partir daquilo que foi investigado na avaliação prévia. O curso seguiu-se nos meses de julho e agosto de

2003, enfocando o assunto “Diagnóstico de Enfermagem”, sendo trabalhado um módulo a cada mês. Foram abordados tópicos da temática: evolução histórica do DE, a importância do diagnóstico como etapa da SAE, taxonomia I e II da NANDA, processo diagnóstico, teorias de enfermagem e exercícios teórico-práticos (estudos de casos).

Após a finalização do curso, em setembro de 2003, foi aplicado o 2º instrumento de pesquisa para avaliação do processo de aprendizado e do curso ministrado, com a identificação das dificuldades e/ou facilidades apresentadas pela equipe de enfermeiros. Foi quando surgiram muitos questionamentos sobre a realidade concreta da instituição e da própria unidade, fatores relevantes na tomada de decisão para a implementação do processo.

Em seguida, foram discutidos pela equipe o referencial teórico que seria adotado e a seleção dos principais diagnósticos de enfermagem (NANDA – Taxonomia II) voltados para o paciente crítico. Quanto ao referencial teórico, adotou-se o modelo conceitual de Horta. Logo após, foi realizado um treinamento de exame físico, ministrado por um médico da UTI.

Em fevereiro de 2004, iniciou-se a elaboração dos novos instrumentos da SAE, sendo eles: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem. Todos os instrumentos feitos no modelo *Check-list*, seguindo o referencial teórico adotado e adequando-os às necessidades do paciente crítico. Para a elaboração desses instrumentos foram necessários três encontros com a equipe de enfermeiros. Após a definição dos impressos, no mês de março, foi possível

colocá-los em prática por um prazo de 30 dias corridos.

Após a experiência da prática com os novos impressos, em abril foram realizadas novas discussões e avaliação destes instrumentos, sendo necessários ajustes e mudanças para adequá-los à realidade e rotina da UTI. O horário para executar a documentação, o número de enfermeiros e a periodicidade da prescrição de enfermagem foram os principais impasses nesta discussão.

Em julho, foram definidos os novos instrumentos da SAE, acompanhados da realização de uma reunião com os técnicos de enfermagem da UTI, cujo objetivo foi informá-los sobre a mudança dos instrumentos e sobre a SAE, sua importância, a nova rotina, dentre outras informações. Logo depois, a Gerência de Enfermagem do Hospital foi comunicada e a ela foi apresentada toda a metodologia modificada e inovada, a qual nos conferiu apoio e providências necessárias para que a metodologia fosse implementada.

Assim, a partir de agosto de 2004, foi implementada a SAE com os novos instrumentos, assegurando a prática assistencial e complementando as etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem. Os impressos inicialmente foram utilizados a partir da confecção de fotocópias, providenciadas pelo hospital, pois ainda não era possível, naquele momento, a elaboração feita pela gráfica da instituição.

O aprendizado teórico

Durante o estudo teórico, alguns enfermeiros mostraram-se desanimados e

desinteressados com o processo, fazendo críticas desanimadoras, enquanto alguns demonstraram interesse na proposta de trabalho. O surgimento de algumas questões como *“para quê a implementação do DE na UTI?”*, *“Temos um número de enfermeiros suficientes?”*, *“Não vamos conseguir aprender sobre o assunto, será que vamos conseguir adequar à nossa realidade?”* foi importante para a reflexão e tomada de decisão dos participantes em aceitarem desenvolver o trabalho para efetivar a prática em sua realidade.

Na avaliação prévia, constatou-se que o nível de conhecimento teórico dos enfermeiros acerca do DE era superficial, a minoria com alguma prática no âmbito hospitalar, sendo que a grande maioria não tinha conhecimento prévio sobre o conteúdo abordado, alguns manifestaram sentir-se preocupados com as mudanças que seriam necessárias para implementar o DE.

Na avaliação final, convém destacar que o aprendizado foi alcançado, mesmo com as dificuldades encontradas por esses profissionais no decorrer do processo, que foram: o espaço de tempo entre os módulos do curso ministrado, considerado amplo; o entendimento de definições sobre DE; falta de tempo para estudo e pesquisas sobre o assunto; ausência do enfermeiro em algumas reuniões. Estes foram alguns dos motivos que levaram às dificuldades no aprendizado, mas acreditou-se que com o início da prática ocorreria esclarecimento de dúvidas através dos erros, acertos e discussões coletivas sobre a temática.

Apontando e discutindo as dificuldades

Como já foi destacado, após a implementação dos novos instrumentos foram realizadas reuniões para apresentar opiniões sobre o andamento da prática. Com o intuito de detectar as dificuldades e na tentativa de saná-las, algumas foram identificadas, quais foram: adequação à rotina da UTI; tempo disponível do enfermeiro para a execução dessa prática, já que o número de enfermeiros permaneceu o mesmo – oito enfermeiros; impressos indisponíveis, pois ainda não eram padronizados pela instituição e muitas vezes ocorreu falta dos mesmos; alguns posicionaram-se com resistência à nova proposta afirmando que esta traria sobrecarga de trabalho para o enfermeiro e, ainda, a desvalorização do método.

Diante das dificuldades apontadas, foram procurados meios e alternativas para resolvê-las, a saber: adequou-se um horário mais propício para a execução do exame físico, diagnósticos e prescrição de enfermagem; as evoluções tornaram-se mais sucintas e objetivas; ficou definido que a prescrição seria utilizada para dois dias; os impressos foram providenciados através de fotocópias pela própria instituição, e na falta destes a equipe de enfermeiros providenciou, por várias vezes, a fotocópia através de contribuições financeiras de pequeno valor, advindas do próprio bolso, para que esses impressos continuassem disponíveis. Em relação ao número de enfermeiros, não foi possível a presença de mais um componente na equipe, pois não existia essa possibilidade no momento, sendo esse um dos motivos da necessidade de adequação do processo de enfermagem à

rotina da UTI, acompanhando a realidade da instituição pública.

Tendo em vista as impressões e avaliações obtidas ao longo do desenvolvimento da experiência, as dificuldades levam a crer que por ser relativamente novo o assunto 'diagnóstico de enfermagem', os enfermeiros inseridos no campo de trabalho provavelmente não tiveram a oportunidade de conhecê-lo. Por esta razão, devem ser sensibilizados quanto à importância da sua utilização e do seu aprendizado, que deve ser planejado e executado através do programa de educação continuada.

A formação acadêmica dos enfermeiros, muitas vezes contribui para que estes não busquem uma assistência sistematizada, pois durante aulas práticas, pode-se perceber uma preocupação maior, tanto por alguns docentes, quanto pela maioria dos alunos, em adquirir habilidades técnicas e deixam de levantar os problemas de enfermagem do paciente e de planejar o cuidado ⁽¹⁴⁾. Portanto, a utilização do PE pelos educadores de enfermagem, é um aspecto que precisa ser relevado quando estes estiverem realizando o planejamento e implementação de suas disciplinas ⁽¹⁵⁾.

Acredita-se que a escola, responsável pela formação dos profissionais de enfermagem, representa papel crucial na abordagem científica organizada e sistematizada, apesar das muitas barreiras encontradas neste percurso. Dentre estas barreiras encontra-se: a realidade das instituições - onde não se utilizam metodologias assistenciais, o que dificulta o desempenho didático – e o despreparo dos docentes - pois grande parte deles não teve

oportunidade de desempenhar habilidades para o processo de enfermagem durante sua formação⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência mostrou a viabilidade da implementação do DE, possibilitando o crescimento profissional a toda equipe de enfermagem. Verificou-se que os obstáculos apresentados não inviabilizaram o propósito da equipe de enfermeiros de desempenhar com competência suas atividades no cotidiano e manter como meta a qualidade na assistência e valorização do trabalho proposto.

Apesar das dificuldades encontradas, foram vencidos alguns obstáculos, como a conquista de autonomia do enfermeiro, que teve oportunidade de ter preparo técnico-científico, aprimorar habilidades, aumentar a qualidade na assistência e a agilidade na documentação, além da unidade tornar-se referência para os hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal por se tratar da primeira UTI desta rede hospitalar que implementou o DE, configurando as etapas da SAE. As quatro etapas do processo de enfermagem foram implementadas após 16 meses de trabalho, com os instrumentos definitivos que contemplam as particularidades da unidade, sustentados no modelo conceitual de Horta e nos diagnósticos de enfermagem da NANDA, Taxonomia II.

Iniciamos o trabalho com a utilização dos instrumentos através da confecção de fotocópias. Hoje, no ano de 2007, esses instrumentos são confeccionados pela gráfica da instituição. O processo de enfermagem é trabalhado de forma adaptada de acordo com a

realidade da UTI, na qual são assistidos pacientes críticos. Por essa razão ainda permanecem falhas no que concerne à prática do PE, tais como: o desinteresse de alguns enfermeiros em seguir com a aplicação do P.E, não checagem da prescrição de enfermagem, excesso de atribuições do enfermeiro, resistência na utilização e não valorização do método. Ainda há muito o que se fazer para alcançar a excelência, mas a conquista de mudanças é tarefa difícil, ao mesmo tempo em que se tornou uma experiência única e enriquecedora ao grupo de profissionais.

Ressalta-se o empenho da supervisora de enfermagem da UTI, que insistiu, colaborou e garantiu condições para que todo este processo acontecesse. Constatou-se que o compromisso e a insistência da supervisão de enfermagem e apoio da gerência de enfermagem são essenciais para que o processo se estabeleça como também foi essencial o esforço e compromisso da facilitadora, sempre contribuindo e acreditando que o processo poderia acontecer. A colaboração de todos os enfermeiros que, acreditando ou não, trabalharam e se comprometeram para que esta etapa do PE fosse efetivamente implementada.

Espera-se que a trajetória descrita neste estudo contribua para que muitos enfermeiros iniciem o processo de implantação da SAE. Que iniciem alguma etapa, mesmo que isolada, pois o importante é aplicar a sistemática, adequando-a à realidade brasileira. São experiências como estas, que permitem e estimulam a busca de uma enfermagem melhor. Portanto, todos os enfermeiros que estão em efetivo exercício profissional podem

ter a oportunidade de se atualizar em relação aos caminhos que a assistência de enfermagem vem tomando e evitar ficarem às margens desta evolução científica.

REFERÊNCIAS

1. Machado CT, Rocha AM, Pimentel MO. Sistematização da Assistência de Enfermagem e o sistema único de saúde. In: anais do 8º Simpósio Nacional de diagnósticos de Enfermagem; 2004 maio 45-51; Belo Horizonte (MG), Brasil. ABEn; 2004.
2. Jesus CAC. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. Revista de Saúde do Distrito Federal. 1995 jan-jun; 6(2): 37-40.
3. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação. 2005-2006. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
4. Lunney M. Pensamento Crítico e Diagnósticos de Enfermagem - Estudos de Casos e análises. 1ª edição. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
5. Senna CA, Carvalho EC, Rossi LA, Rufino MC. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. Rev Lat Am Enfermagem. Ribeirão Preto (SP). 2001; 9(1): 27-38.
6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
7. Foschiera F, Vieira CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2004 mai-ago [cited 2007 ago 22]; 6(2):189-198 Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig6_diag.pdf
8. Nakatami AYK, Carvalho EC, Bachion MM. O Ensino de Diagnóstico de Enfermagem através da pedagogia da problematização. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2000 jan-abr [cited 2006 jul 15]; 2(1): Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/07.htm
9. Lima AFC, Kurcgant P. O Processo de Implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Esc Enfermagem USP. 2006; 40 (1): 111-116.
10. Lopes MHBM. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. Rev latino Am Enfermagem. Ribeirão Preto (SP). 2000; Julho; 8 (3): 115-118.
11. Brandalize DL, Kalinowski CE. Processo de Enfermagem: Vivência na implantação da fase de diagnóstico. Cogitare Enfermagem. Curitiba (PR). 2005; set-dez; 10 (3): 53-57.
12. Backes DS, Esperança MP, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sci. Maringá. 2005; 27 (1): 25-29.
13. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Decisão nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro; 2002.
14. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enfermagem 2005; maio-jun; 58 (3): 261-265.
15. Dell'Acqua MCQ, Myiadahira AM. Processo de Enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. Rev Esc Enfermagem USP 2000 dez; 34 (4): 383-389.

Artigo recebido em 10.10.06

Aprovado para publicação em 27.08.07