

PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SUSTENTADA NO REFERENCIAL TEÓRICO DE HORTA

*NURSING ASSISTANCE PRACTICE AT AN INTENSIVE THERAPY UNIT SUPPORTED BY THE
CONCEPTUAL MODEL OF HORTA*

*PRÁCTICA ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA RESPALDADA
EN EL MODELO TEÓRICO DE HORTA*

THIAGO CHRISTEL TRUPPEL¹

MARILUCI ALVES MAFTUM²

LILIANA MARIA LABRONICI³

MARINELI JOAQUIM MEIER⁴

Trata-se do relato de uma prática assistencial que ocorreu no período de setembro a outubro de 2007 com 20 pacientes adultos internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital de Ensino da cidade de Curitiba-Brasil. Os objetivos foram: vivenciar o cuidado de enfermagem a partir do modelo conceitual de Horta e identificar as influências do modelo conceitual de Horta na prática assistencial de enfermagem. Durante o desenvolvimento do cuidado a esses pacientes identificou-se vinte e três diagnósticos de enfermagem para os quais foram elaboradas prescrições. Considera-se que a incorporação do modelo conceitual de Horta e de seu respectivo processo de enfermagem na prática assistencial orientou a condução do raciocínio clínico, sustentou a seleção das intervenções a serem realizadas e contribuiu na definição da atuação do enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de Enfermagem; Prática Profissional; Processos de enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

It is a report of an assistance practice that occurred between September and October 2007 with 20 adult patients hospitalized at the Adult Intensive Therapy Unit of a Teaching Hospital in the city of Curitiba/Brazil. The objectives were: To experience the nursing care based on the Horta conceptual model and to identify the influences of the Horta conceptual model in the assistance practice. During the treatment of the patients, twenty three (23) nursing diagnoses were identified for which prescriptions were elaborated. It is considered that the incorporation of the conceptual model of Horta and its respective nursing process in assistance practice supported the clinical reasoning, the selection of the interventions and contributed with the nurse's performance.

KEYWORDS: Nursing theory; Professional practice; Nursing process; Intensive Care Units.

Consiste en el relato de una práctica asistencial ocurrida entre septiembre y octubre de 2007 con 20 pacientes adultos internados en la Unidad de Terapia Intensiva Adulto en un Hospital de Enseñanza de la ciudad de Curitiba/Brasil. Los objetivos fueron: experimentar el cuidado de enfermería a partir del modelo conceptual de Horta e identificar las influencias del modelo conceptual de Horta en la práctica asistencial de enfermería. Durante el desarrollo del cuidado a esos pacientes fueron identificados veintitrés (23) diagnósticos de enfermería para los cuales fueron elaboradas prescripciones. Se considera que la incorporación del modelo conceptual de Horta y de su respectivo proceso de enfermería en la práctica asistencial orientó la conducción del raciocinio clínico, respaldó la selección de las intervenciones a ser realizadas y contribuyó en la definición de la actuación del enfermero.

PALABRAS CLAVE: Teoría de Enfermería; Práctica Profesional; Procesos de Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Membro do Grupo de Estudos Multiprofissionais em Saúde do Adulto (GEMSA). E-mail: ttruppel@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado da UFPR. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE). Endereço: Rua João Clemente Tesseroli, 90 – Bairro Jardim das Américas Curitiba-PR CEP. 81520-190. E-mail: maftum@ufpr.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado da UFPR. Membro do GEMSA. E-mail: lililabronici@ig.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado da UFPR. E-mail: mmarineli@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A construção do conhecimento na enfermagem apresenta quatro fases com características específicas que, no entanto, se sobrepõem. A primeira enfatizou os procedimentos técnicos, direcionando o foco da investigação para “o que fazer”. A segunda destacou o “como fazer”, centrado na habilidade manual associada à rapidez e à disciplina, na busca do domínio técnico, ficando assim, para segundo plano a justificativa das ações. A fase subsequente procurou responder o “por que fazer” e fundamentar as ações por meio dos princípios científicos. Atualmente, busca-se o desenvolvimento de teorias de enfermagem como base teórico-filosófica para o processo de cuidar e para responder à pergunta: “qual o saber específico da enfermagem”? Esta busca por um corpo de conhecimentos específicos para a profissão decorre da preocupação de seus profissionais em conferir à enfermagem o *status* de ciência que teve início com Florence Nightingale e até a atualidade continua o movimento pela construção e incorporação de teorias na sua prática profissional¹.

Teorias de enfermagem são versões da realidade, maneiras de ver/compreender fenômenos de interesse para a profissão que explicitam crenças e valores de seus integrantes e o modo de conceber os conceitos de enfermagem, saúde-doença, sociedade e ser humano. A inter-relação destes conceitos considerados centrais para a profissão e conhecidos como metaparadigmas são referenciais para o desenvolvimento das ações de cuidado, bem como reforçam as práticas de pesquisa em enfermagem. À medida que a compreensão da realidade se torna mais explícita com a definição de determinados conceitos, as teorias transformam-se em instrumentos do processo de trabalho dos enfermeiros que os capacitam a intervir sobre a realidade e alcançar sua finalidade^{2,3}.

As teorias ou modelos conceituais são representações ou abstrações da realidade que oferecem subsídios para a atuação do enfermeiro, têm o intuito de explicitar a compreensão dos conceitos e de suas relações para fundamentar sua prática. Ensejam aos enfermeiros desenvolver cuidado, sua essência, respaldados em fundamentos teóricos e filosóficos que respondam às necessidades do ser humano e adquiram visibilidade⁴. Neste sentido, dão

sustentabilidade à ação de enfermagem, sobretudo em ambientes de grande complexidade como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A UTI se caracteriza por um processo de trabalho peculiar, cuja finalidade é manter e restaurar as condições de saúde de pacientes críticos com expectativa de recuperação mediante a utilização de meios e instrumentos como recursos humanos, materiais, físicos, financeiros, ambientais e processos sistematizados embasados cientificamente. Portanto, o objeto de trabalho dos profissionais que atuam em UTI's são indivíduos graves recuperáveis, visto ser neles que incidem as ações de cuidados⁵.

No que diz respeito ao processo de trabalho do enfermeiro é importante ressaltar as teorias e suas respectivas metodologias da assistência, uma vez que o instrumentalizam para implementar cuidado científico, sistematizado, reflexivo e tecnológico. Os argumentos imprescindíveis para fundamentar a necessidade da enfermagem na assistência integral aos seres humanos tornam-se sólidos quando os profissionais que dela fazem parte se instrumentalizam, de modo a conferir ao seu trabalho cientificidade, credibilidade, resolutividade, confiabilidade e visibilidade. A visibilidade da enfermagem pode ser alcançada pela incorporação de teorias na prática profissional, uma vez que o enfermeiro concebe e realiza o cuidado de acordo com o referencial teórico adotado, o que reflete em ações específicas da profissão e explicita seu corpo de conhecimento próprio².

Este respaldo teórico-filosófico subsidiou a escolha de um modelo conceitual para desenvolver a atividade proposta pela disciplina “Vivências na Prática Assistencial” do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. A mediação entre teoria e realidade tornou-se imprescindível neste momento, uma vez que poderiam emergir desta experiência aspectos relevantes relacionados a sua operacionalização. Ressalta-se que na enfermagem as teorias são pouco conhecidas, exploradas e utilizadas na prática assistencial, limitando-se quase que exclusivamente à academia e a alguns hospitais universitários. Isto limita sua validação e as discussões que tenham como base argumentos oriundos da realidade¹.

Diante das considerações realizadas anteriormente, da necessidade de adotar uma teoria de enfermagem para

embasar e direcionar o processo de cuidar, da utilização prévia do modelo de Horta no ambiente de terapia intensiva, assim como da inquietação quanto à sua influência na prática levantou-se a seguinte questão problema: a utilização do modelo conceitual de Horta influencia a prática assistencial da enfermagem? Com o intuito de respondê-la, no presente estudo tem-se os objetivos: vivenciar o cuidado de enfermagem a partir do modelo conceitual de Horta e identificar as influências do modelo conceitual de Horta na prática assistencial de enfermagem.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que sustentou este estudo foi a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Ressalta-se que a difusão das teorias de enfermagem no Brasil teve como marco a contribuição de Wanda de Aguiar Horta que publicou seu modelo conceitual em 1979, alicerçada nas Leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo e na Teoria da Motivação Humana de Maslow. Esta Teoria se fundamenta nas necessidades humanas básicas, hierarquizadas em cinco níveis de prioridade: as fisiológicas, de segurança, de amor, de auto-estima e de auto-realização⁶.

As necessidades mais básicas são as fisiológicas que compreendem: oxigenação, eliminação, nutrição, hidratação, integridade cutâneo-mucosa e sexualidade. A segunda necessidade humana básica é a segurança que visa manter um ambiente ordenado e sem ameaça ao paciente. Nestes níveis estão as necessidades de amor, de auto-estima e finalmente a de auto-realização sendo que a última se refere a um estado no qual o indivíduo está aberto, feliz, realizado, espontâneo, criativo e receptivo⁷.

Uma das premissas da Teoria da Motivação Humana é que os indivíduos só procuraram satisfazer as necessidades dos níveis seguintes após um mínimo de satisfação das necessidades mais básicas. No entanto, nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois isto provocaria a perda da motivação individual⁶.

O sistema de classificação das necessidades humanas básicas adotado por Horta foi o de João Mohana que as dividiu em: psicobiológicas (oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, motilidade, integridade física, regulação

vascular, neurológica e hormonal e outras), psicossociais (amor, segurança, gregária, lazer, atenção, auto-estima, auto-realização, entre outras) e psicoespirituais (religiosa e ética). Todas estão intimamente interrelacionadas, uma vez que fazem parte de um mesmo ser humano. Assim sendo, sofrem alterações, em maior ou menor intensidade, quando outra necessidade se manifesta⁶.

Ressalta-se que as necessidades não se manifestam em estados de equilíbrio dinâmico, embora estejam latentes, e podem surgir em menor ou maior intensidade, em função do desequilíbrio instalado. As situações ou condições decorrentes destes desequilíbrios são denominadas problemas de enfermagem e exigem uma ação do enfermeiro⁶.

As necessidades humanas têm como características principais serem: latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas e hierarquizadas. Apesar de serem universais possuem peculiaridades individuais, haja vista que suas manifestações e a maneira de satisfazê-las variam de indivíduo para indivíduo, pois existem fatores que interferem nestes aspectos como idade, sexo, cultura, escolaridade, condições sócio-econômicas, ciclo saúde-enfermidade e ambiente físico⁶.

Para estruturar o modelo conceitual de Horta foram definidos quatro conceitos: ser humano, enfermagem, saúde e ambiente. O **ser humano**, indivíduo, família ou comunidade, integra o universo que é dinâmico. Deste modo, o ser humano, se encontra em constante interação com o universo e está sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço, dá e recebe energia, o que provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Possui capacidade de reflexão, imaginação e simbolização, assim como une passado, presente e futuro, características estas que permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade.

A **enfermagem** é um serviço prestado ao ser humano e como parte integrante da equipe de saúde se ocupa em manter o equilíbrio dinâmico, prevenir desequilíbrios e reverter desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, isto é, assiste-o no atendimento de suas necessidades básicas com o intuito de reconduzi-lo ao estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. É a ciência e a arte de as-

sistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais. Ao defini-la como ciência, a autora a compreende como o estudo das necessidades humanas básicas e da assistência a ser prestada, assim como dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento. A arte de assistir em enfermagem manifesta-se na interação entre o enfermeiro e o ser humano, em qualquer fase de seu ciclo vital e de saúde-enfermidade. Portanto, esta arte envolve gente que cuida de gente⁶.

Assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas compreende fazer por ele aquilo que não pode fazer por si mesmo, ajudá-lo quando parcialmente impossibilitado de desenvolver seu autocuidado, orientá-lo, supervisioná-lo e encaminhá-lo a outros profissionais⁶. Assim, assistir em enfermagem significa fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar, sendo representado pela sigla FAOSE.

A **saúde** é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço e para alcançá-lo o ser humano tem de atender necessidades básicas para que possa atingir seu completo bem-estar. As necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto que pode causar doença quando prolongado. E finalmente, **ambiente** é todo o universo que se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres e por leis gerais que regem os fenômenos universais⁶.

A autora também estabeleceu os seguintes pressupostos: a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade; a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado⁶.

A operacionalização do modelo conceitual de Horta ocorre mediante o processo de enfermagem. Este surge como ordenador da assistência de enfermagem e compreende uma metodologia de trabalho fundamentada no método científico e possibilita ao enfermeiro atuar eficiente-

mente. O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas seis fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico^{6,8}.

O histórico refere-se ao roteiro sistematizado para o levantamento de dados. O diagnóstico é a identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação do grau de dependência em natureza e em extensão. Após identificar o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro elabora o plano assistencial, o qual representa a determinação global da assistência de enfermagem nos termos do conceito “assistir em enfermagem” referentes a FAOSE. O plano de cuidados ou prescrição é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena as ações da equipe de enfermagem. Após a implementação dos cuidados é desenvolvida a evolução que é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano. Por meio da evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência e ao cuidado recebido. O prognóstico é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial⁶.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se uma prática assistencial com a utilização do modelo conceitual de Horta por meio do processo de enfermagem, no período de setembro a outubro 2007 na UTI Geral de um Hospital de Ensino da cidade de Curitiba. Este hospital é referência no atendimento a pacientes politraumatizados e desenvolve ações de saúde voltadas à prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa, nas áreas de trauma e emergência, saúde do trabalhador, materno-infantil e infectologia. É composto por diversas unidades, dentre elas a UTI Geral, inaugurada em 1998, na qual foi implementado o processo de enfermagem aludido no modelo conceitual de Horta no ano de 2003.

O processo de enfermagem de Horta foi implementado neste Hospital de Ensino com algumas alterações: as etapas foram reduzidas ao histórico, diagnóstico, prescrição e evolução e a taxonomia utilizada para a identifi-

cação dos diagnósticos foi a da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

O histórico é realizado na admissão do paciente à unidade e na alta hospitalar, com anotação das informações pertinentes em impresso próprio. Os dados registrados englobam a identificação do paciente, idade, sexo, diagnóstico de entrada, sinais vitais, nível de consciência, ventilação, exame físico da cabeça (couro cabeludo, orelha, olhos, nariz e boca), pescoço, tronco, abdome, membros superiores e inferiores, pelve e genitais. Informações adicionais também podem ser levantadas nessa etapa.

Os diagnósticos são identificados por meio da taxonomia da NANDA dos quais existem atualmente no impresso "Sistematização da Assistência de Enfermagem" vinte e três títulos diagnósticos. Para cada diagnóstico existem prescrições relacionadas, e, caso seja necessário podem ser acrescentados tanto novos diagnósticos quanto novas prescrições, de forma manuscrita.

A evolução também faz parte do processo de enfermagem implementado na UTI Geral e é desenvolvida diariamente com escala entre os enfermeiros dos pacientes que receberão banho no leito, os quais são elencados para a avaliação.

No que se refere aos aspectos éticos, para atender ao que estabelece a Resolução n.196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPR sob o registro CEP/SD.4241040709 - CAAE n.2303.0.000.091-07.

Para desenvolver a prática assistencial e vivenciar o cuidado de enfermagem a partir do modelo conceitual de Horta foram selecionados vinte (20) pacientes de forma intencional de acordo com os seguintes critérios: previsão de alta hospitalar superior ou igual a cinco dias e ser vítima de trauma crânio-encefálico, raqui-medular, torácico, abdominal e/ou de membros. Os critérios de inclusão foram definidos a partir da característica da UTI e da incidência dos diferentes tipos de trauma. Assim, incluíram-se no estudo as vítimas dos traumas frequentes na unidade e que, portanto, poderiam descrever com maior representatividade a prática assistencial de enfermagem. Em relação ao critério de inclusão "tempo previsto para a alta hospitalar", julgou-se necessário um período de tempo considerável (superior ou igual a cin-

co dias) para a avaliação dos pacientes, identificação de diagnósticos com alto grau de acurácia, implementação dos cuidados prescritos e avaliação dos resultados esperados advindos da assistência de enfermagem. Com isto, os indicadores da influência do modelo conceitual de Horta na prática assistencial poderiam ser identificados com maior clareza. Portanto, foram excluídos do estudo os pacientes com previsão de alta hospitalar inferior a cinco dias e aquelas vítimas de outros tipos de traumas que não os mencionados anteriormente.

A coleta dos dados foi obtida mediante a aplicação do histórico de enfermagem que é composto pela entrevista e exame físico. A entrevista possibilitou levantar a identificação do indivíduo, a queixa principal, o mecanismo de trauma, a história clínica atual e a história clínica pregressa. O exame físico, realizado pelos métodos céfalo-caudal e sistemas corporais e pela utilização dos métodos propedêuticos inspeção, palpação, percussão e ausculta, possibilitou avaliar os sistemas cardiovascular, pulmonar, renal, neurológico, gastrointestinal, metabólico, endócrino, imunológico, tegumentar e locomotor. Os dados fornecidos pelos exames complementares como eritrograma, leucograma, bioquímica sanguínea, radiografia e gasometria arterial também foram registrados para auxiliar no raciocínio clínico.

As informações coletadas, referentes aos pacientes, foram agrupadas de acordo com os sinais e sintomas correlacionados. Na seqüência, foi realizada a análise e a interpretação dos dados e o julgamento clínico das respostas apresentadas pelo paciente aos problemas de saúde vivenciados, o que permitiu a identificação dos diagnósticos de enfermagem por meio da taxonomia NANDA. Conquanto o modelo conceitual de Horta indica que a determinação do grau de dependência do paciente em relação ao atendimento de enfermagem em natureza e extensão deva ser realizada, tal atividade não foi desempenhada, uma vez que indicar o grau de dependência se constitui em tarefa complexa e subjetiva e o exíguo tempo disposto para a realização deste estudo não a permitiu.

As prescrições foram elaboradas para cada diagnóstico identificado, considerando-se as ações inerentes ao Fazer (F), Ajudar (A), Orientar (O), Supervisionar (S) e Encaminhar (E), representadas pela sigla FAO-

SE. A evolução possibilitou determinar os resultados da implementação das intervenções de enfermagem e com isto, incluir, modificar ou suspender os cuidados considerados pertinentes.

A EXPERIÊNCIA

Foram identificados 23 diagnósticos e suas respectivas prescrições durante a prática assistencial mediante a aplicação do processo de enfermagem segundo o referencial de Wanda Horta e, para exemplificá-los, escolheu-se oito de modo aleatório, relativos a sistemas corporais diferentes conforme apresentado no Quadro 1. Ressalta-se que foram identificados e registrados os procedimentos invasivos utilizados pelos pacientes, sendo os de maior ocorrência: monitorização das pressões intracraniana, arterial média, venosa central e intra-abdominal, monitorização eletrocardiográfica, sondagem vesical de demora, nasogástrica e nasoentérica, cateterização venosa central, cateter de *Swan-Ganz* e drenos de tórax e sutor.

Observa-se pela análise do Quadro 1 que a assistência de enfermagem enfocou as necessidades psicobiológicas, apesar de Horta apontar que o ser humano é um indivíduo único, indivisível, multidimensional, que possui necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais intimamente inter-relacionadas. No entanto, a Teoria da Motivação Humana de Maslow que se fundamenta nas necessidades humanas básicas, aponta que estas necessidades são hierarquizadas em cinco níveis, sendo as fisiológicas de maior prioridade. Ressalta-se também que uma das premissas da Teoria da Motivação Humana é que os indivíduos só procuram satisfazer as necessidades dos níveis seguintes após um mínimo de satisfação das anteriores. Como nas UTI's são priorizadas as psicobiológicas pelo predomínio do paradigma biomédico a equipe de enfermagem buscou satisfazê-las, aspecto evidenciado pelo conteúdo das prescrições listadas. Os aspectos psicossociais e psicoespirituais são realizados no cotidiano, porém não foram elencados para o registro formal.

Compreender o pressuposto de Horta de que a enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio orientou a prática assistencial na condução do raciocínio clínico, na identificação do foco de atuação

do enfermeiro e na seleção das intervenções. Preocupou-se em atender assim, as necessidades dos indivíduos diante do processo saúde-doença vivenciado, isto é, suas respostas aos problemas clínicos. Corrobora-se com esses apontamentos o destaque de que as teorias de enfermagem possibilitaram algumas mudanças no enfoque do cuidado ao paciente, passando-se da ênfase do cuidado centrado no doente e nos órgãos acometidos para o cuidado centrado no indivíduo, percebido agora como ser humano, possuidor de necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais¹.

Ao definir enfermagem, Horta apontou também que é essencial à profissão assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, assim como recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais. Assim, o planejamento da assistência de enfermagem foi direcionado a intervenções para manter o estado de equilíbrio dinâmico do ser humano, prevenir desequilíbrios e reverter desequilíbrios em equilíbrio. Em um ambiente crítico, no qual o objeto de trabalho do enfermeiro é o indivíduo gravemente enfermo que possui instabilidade constante, o modelo de Horta foi coerente com a prática assistencial desenvolvida e conferiu sustentabilidade e direção ao cuidado.

Horta aponta também que a enfermagem é uma ciência e uma arte⁶. Desde modo, utilizou-se na assistência diferentes padrões de conhecimentos como o empírico, ético, estético, pessoal, sócio-político e desconhecimento, uma vez que a adoção de somente uma destas dimensões poderia comprometer o cuidado e não refletir o modelo conceitual proposto. Evidentemente, subsidiaram a assistência em diferentes proporções, a depender da atividade implementada.

Algumas dificuldades foram evidenciadas durante esta experiência. Observou-se que houve cuidados de enfermagem que foram checados sem terem sido realizados, como por exemplo, a monitorização da pressão de perfusão cerebral. Esta atitude do profissional prejudicou a efetivação do processo de cuidar, bem como a avaliação da aplicabilidade do referencial teórico adotado. Porquanto, a realização do cuidado segundo um referencial teórico depende do envolvimento, esclarecimento e conscientização de todos os profissionais da equipe de enfermagem,

QUADRO 1 – DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ELABORADAS PARA PACIENTES CRÍTICOS DE UMA UTI GERAL, CURITIBA, 2007

DIAGNÓSTICOS	PRESCRIÇÕES
Ventilação espontânea prejudicada	<p>Manter em semi-Fowler. Avaliar a gasometria arterial. Avaliar expansibilidade torácica (amplitude e simetria) e uso de musculatura acessória. Realizar ausculta pulmonar. Comunicar SpO₂ inferior a 92%. Avaliar sinais e sintomas de infecção pulmonar. Avaliar complicações relacionadas à ventilação mecânica. Avaliar possibilidade de desmame ventilatório. Observar sincronismo paciente-ventilador. Avaliar radiografia de tórax. Observar sinais e sintomas de hipoxemia.</p>
Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	<p>Realizar ausculta abdominal. Mensurar a PIA (pressão intra-abdominal) a cada 4 horas. Comunicar se PIA acima ou igual a 20 mmHg. Monitorizar repercussões sistêmicas da hipertensão intra-abdominal. Avaliar aspecto de peritonostomia (Bolsa de Bogotá). Observar frequência e aspecto de eliminações intestinais, náuseas e vômitos. Avaliar abdome e comunicar se distensão, tensão e dor abdominal.</p>
Perfusão tissular do cérebro ineficaz	<p>Realizar exame pupilar. Avaliar nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow/Escala de Ramsay. Avaliar reflexo cutâneo-plantar, córneo-palpebral, óculo-cefálico e patelar. Manter alinhamento céfalo-caudal. Monitorar pressão de perfusão cerebral. Comunicar otoliquorréia, rinoliquorréia, hemotímpano, sinal de Battle e Guaxinin. Avaliar força muscular. Anotar débito e características do líquido cefalorraquidiano. Manter em Trendelenburg reverso. Manter em semi-Fowler. Comunicar se PAM (pressão arterial média) inferior a 70 mmHg. Monitorizar PIC (pressão intracraniana), suspender procedimentos se igual ou acima de 20 mmHg e comunicar enfermeiro. Realizar curativo no ponto de inserção do cateter intraventricular com SF 0,9% uma vez ao dia ou quando necessário. Avaliar e anotar aspecto do ponto de inserção do cateter intraventricular. Monitorizar saturação venosa jugular de oxigênio e extração cerebral de oxigênio.</p>
Perfusão tissular renal ineficaz	<p>Avaliar os níveis de creatinina e uréia. Avaliar presença de distúrbios hidro-eletrolíticos e ácido-básicos. Observar e anotar débito urinário e suas características.</p>
Risco para disfunção neurovascular periférica	<p>Manter extremidades aquecidas. Observar coloração, temperatura e presença de edema em extremidades. Observar pulso, tempo de enchimento capilar, teste de Buerger, coloração, temperatura, sensibilidade e mobilidade em extremidades.</p>
Volume de líquidos excessivo	<p>Avaliar níveis de uréia e creatinina. Observar a presença de sinais e sintomas de sobrecarga hídrica pulmonar e sistêmica.</p>
Risco para infecção	<p>Inspecionar o ponto de inserção das punções venosas e/ou arterial, comunicando o enfermeiro caso haja infiltração, eritema, dor, calor e edema. Comunicar febre e sudorese. Monitorizar leucograma.</p>
Dor aguda	<p>Avaliar a qualidade, intensidade, a irradiação, os fatores desencadeantes e atenuantes, os sinais e sintomas associados à dor. Observar a atenuação da dor após o início da ação do analgésico. Observar sinais de dor (taquicardia, hipertensão, diaforese, taquipnéia) e comunicar o enfermeiro.</p>

uma vez que são os auxiliares e técnicos que implementam muitos dos cuidados prescritos por representarem um importante contingente da profissão. Também, enfatiza-se que o desenvolvimento de competências e habilidades alcançados no conhecimento são requisitos imprescindíveis para os profissionais de enfermagem na vivência do cotidiano da prática profissional⁹.

Com isto, surgiram dúvidas e questionamentos quanto à efetiva implementação dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, uma vez que os resultados esperados advindos da assistência de enfermagem algumas vezes não foram alcançados. Como exemplo, tem-se o diagnóstico potencial “risco de integridade da pele prejudicada” relacionado à imobilização no leito. Para alcançar o resultado delineado, isto é, prevenir o aparecimento de úlceras por pressão, foram prescritos alguns cuidados, como realizar mudança de decúbito de 2/2 horas e comunicar o aparecimento de eritemas em proeminências ósseas. Ao evoluir determinados pacientes, evidenciou-se o aparecimento de úlceras por pressão, o que demonstra que a assistência de enfermagem não obteve resultados positivos, apesar da possibilidade clínica do paciente em receber os cuidados prescritos. Estes aspectos evidenciam a relativa participação da equipe na aplicação do modelo conceitual de Horta.

Neste sentido, um modelo conceitual aplicado à prática do enfermeiro permite alcançar o propósito de nortear, guiar, dirigir, sustentar e estruturar o cuidar em enfermagem, de modo a responsabilizá-lo pelos cuidados prestados aos pacientes, não mais executados de modo empírico^{10,11}. Corroboram com essas idéias, Vall, Lemos e Janebro¹² que explicitam que ao fundamentar sua prática assistencial em teorias, o enfermeiro estará preparado para oferecer cuidados embasados cientificamente e garantir a continuidade e a melhoria na qualidade da assistência. Assim, o crescimento profissional depende do desenvolvimento de teorias de enfermagem, as quais necessitam serem aplicadas, testadas, adequadas e validadas¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na vivência da prática assistencial com base em referencial teórico próprio e específico as atividades e

responsabilidades inerentes ao enfermeiro tornaram-se explícitas, o que facilitou o desempenho de seu trabalho e demonstrou sua importância para o cuidado ao ser humano. As decisões e as ações tomadas pelo enfermeiro ganharam respaldo teórico, de modo a permitir à equipe de enfermagem orientar e direcionar o cuidado com base na especificidade e objetivo da profissão.

Ao avaliar o ser humano com base nos pressupostos e conceitos da teoria de enfermagem, o enfermeiro pode enfatizar aspectos inerentes a sua formação, garantir autonomia às decisões tomadas e transformar-se em protagonista do processo de cuidar, uma vez que não se limita à simples execução de ordens de outros profissionais. A especificidade da profissão tornou-se visível e indubitável quando seu conceito de ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas subsidiou a prática assistencial, uma vez que aspectos relacionados ao processo saúde-doença do ser humano foram enfatizados pela enfermagem.

A incorporação de um modelo conceitual na prática assistencial da enfermagem subsidiou o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, o que permitiu a organização do processo de trabalho, o planejamento da assistência com rigor científico; a utilização de um referencial teórico-conceitual para a coleta e interpretação das informações pertinentes aos pacientes, entre outros.

Considera-se que a adoção do processo de enfermagem permitiu a operacionalização do modelo que o fundamenta, dos conceitos e proposições introjetados e assumidos pelo enfermeiro. A aplicação de referencial teórico caracteriza a profissão como uma ciência de conhecimentos próprios e foco de atuação específico.

Acredita-se que novos estudos devam ser realizados a fim de contribuir na efetiva implementação do processo de enfermagem e na qualidade dos cuidados, bem como na visibilidade do fazer dos profissionais e da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira VL, Schubert Backes VM, Coelho MI, Cezar MR. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2): 108-15.

2. Leopardi MT. Estruturas conceituais para a prática de enfermagem. In: Leopardi MT. Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livros; 1999. p. 58-65.
3. Silveira IP, Fernandes AFC. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. Rev RENE. 2007; 8(1): 78-84.
4. Westphalen MEA, Carraro TE. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: Carraro TE, Westphalen ME. Metodologia para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 29-41.
5. Truppel TC. Reestruturação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva [monografia]. Curitiba (PR): Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná; 2006.
6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
7. Gualda DMR. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: Cianciarullo TI, Gualda DM, Meleiros MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 85-92.
8. Sales AL, Lopes MVO. Indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem relacionados ao estado nutricional. Rev RENE. 2008; 9(2): 73-81.
9. Oliveira MIV, Bezerra MGA, Pereira VR. Cateterização venosa: assistência de enfermagem-UTI pediátrica. Rev RENE. 2008; 9(2): 90-7.
10. Thofehrn MB, Leopardi MT. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. Texto Contexto Enferm. 2002; 11(1): 86-104.
11. Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
12. Vall J, Lemos KIL, Janebro ASI. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. Cogitare Enferm. 2005; 10(3):63-70.

RECEBIDO: 30/05/2008

ACEITO: 25/08/2008