

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL DE ENSINO*

Maria Inês Burini Chaccur¹

CHACCUR, M.I.B. Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 218-227, jul./dez. 1984.

RESUMO. O autor analisa os passos pelos quais foi feita a implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino e os fatores que contribuíram para que as tentativas não se concretizassem. Tal análise resultou do confronto entre a proposta teórica idealizada a partir do levantamento da literatura pertinente e aquilo que na realidade se crê acontecer na sistemática de implementação do planejamento da assistência de enfermagem. Os passos considerados pelo autor como controláveis, foram identificados ao longo de dez anos de observação assistemática, perfazendo um total de trinta tentativas. A reflexão no estudo representa subsídio importante para a identificação dos fatores que contribuem para o descrédito hoje existente com relação à utilização do planejamento da assistência de enfermagem como uma sistemática do trabalho.

ABSTRACT. With the dialectic method help, the author analyses the steps by which has been done the nursing care planning of the nursing assistance in nursing units of a school hospital and the agents that have contributed for the tentatives not to be concreted. Such analysis has resulted from the contrantment between the THESIS (theoric proposition idealized from a pertinent literature raising) and the ANTITHESIS (what in reality is believed to happen in the nursing assistance planning systematic). The steps considered by the author as controllable in the process have been identified for ten years of nonsystematic observation, completing a total of thirty tentatives. The proposed reflection in the study represents an important subsidy for the identification of the agents that contribute for the discredit existent today related to the utilization of the nursing planning assistance as a work systematic.

* Trabalho apresentado no XXXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, agosto, 1984, Belo Horizonte, MG.

1. Professor Assistente da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP.

INTRODUÇÃO

O “processo” de enfermagem, comparado aos processos usados em medicina, administração, pesquisa e outras disciplinas profissionais e científicas, é basicamente a aplicação do método científico na prática de enfermagem clínica.

Utilizando o método científico, o processo de enfermagem segue algumas fases, ou etapas, que variam em número e denominação, de acordo com o autor. Para nós, a proposta de HEGYVARY¹² e BUTHERUS³ é suficientemente clara e abrangente ao enumerar as seguintes etapas para o processo de enfermagem:

1. Identificação de problemas e necessidades do paciente e família;

2. Formulação de um plano de cuidados de enfermagem baseado nesses problemas e necessidades;

3. Implementação do plano de cuidados, e

4. Avaliação da efetividade do plano.

A última etapa, ou seja, a avaliação, leva à identificação de novos problemas e consequente solicitação de novas ações de enfermagem, tornando evidente a reação cíclica inerente à sistemática do processo (BUTHERUS³). A variação nas denominações que o planejamento da assistência de enfermagem recebe entre nós, está ilustrada pelos trabalhos mais conhecidos da nossa literatura (ANGERAMI¹, CASTELLANOS⁴, CIANCIARULLO⁶, COZZUPOLI⁷, FRIEDLANDER⁹, GUIMARÃES¹⁰, GUTIERREZ¹¹, HORTA¹³, LUCKESI¹⁷, MIZUTANI²⁰, PAULA²¹, ROLIM²³), sem contudo descrever a sistemática de implementação do plano de cuidados.

Segundo COLLINGWOOD⁸, o plano de cuidados é um instrumento utilizado para auxiliar na individualização do cuidado do paciente; descreve qual cuidado o paciente deverá receber e como esse cuidado poderá melhor ser executado. Constitui um “roteiro” das ordens, ou prescrições de enfermagem, e como tal, só será utilizado mediante um planejamento.

Usaremos o termo “implementar”, cuja definição, dar execução a (um plano, programa ou projeto), melhor esclarece o processo de utilização do plano de cuidados, assim como usaremos “processo de enfermagem” e “metodologia do planejamento da assistência de enfermagem” sempre como instrumento de provimento do cuidado de enfermagem prestado ao paciente internado.

Sobre a sistemática de implementação do planejamento da assistência de enfermagem, gostaríamos de tecer algumas considerações.

A implementação do planejamento da assistência de enfermagem como um método de provimento do cuidado do paciente obedece a algumas etapas, sem as quais a experiência pode naufragar em resultados negativos. Não podemos dizer que as etapas seguem uma ordem cronológica, mas algumas necessitam vir antes das outras. Uma delas é o levantamento do conhecimento que existe sobre o assunto, dentre as pessoas que irão participar de tal sistemática de trabalho.

Do resultado dessa sondagem, virá naturalmente a necessidade de orientação a alguns ou a retirada de dúvidas de outros, na tentativa de conseguir o uso da linguagem única.

Nessa etapa há alguns conhecimentos que devem ser transmitidos para acertar a caminhada da equipe que irá participar da sistemática.

No contínuo processo de implementar o plano de cuidados, as auxiliares e atendentes de enfermagem que estão freqüentemente ao lado dos pacientes acamados, assumem relevante papel, porque muitas das ações do plano estarão sob suas responsabilidades; são as primeiras a notar as mudanças nas condições dos pacientes, além de captar suas manifestações verbais ou não (BUTHERUS³).

Esse *feed-back*, continua o autor, assume importante papel no processo de enfermagem. Objetivamente é representado por respostas verbais do paciente com relação à intensidade da dor, conforto e sinais de melhora e, subjetivamente por indícios como palavras, ações e expressões que retratam o estado físico e emocional do paciente.

Para POPE²², toda a equipe que cuida dos pacientes deverá ser envolvida no plano de cuidados. Sobre a sua elaboração, alguns pontos deverão ser lembrados e será útil mencioná-los aqui. Não é uma entidade fixa que impõe a ação. Ao contrário, o plano é flexível e existe para facilitar a cada membro da equipe de enfermagem auxiliar o paciente a alcançar os objetivos ótimos de saúde (BUTHERUS²).

Nunca são completos. Precisam ser preenchidos sempre com terminologia básica, simples e de fácil compreensão para todos (POPE²²).

Os planos deverão ser individualizados (BUTHERUS² e POPE²²). Toda enfermeira deverá considerar cada paciente como um único indivíduo, com problemas distintos e necessidades específicas de enfermagem.

Sobre o tipo de impresso utilizado para o plano, o estudo feito por KELLY¹⁵ em Nova Iorque, no ano de 1964, revelou ser o “kardex” o tipo mais comumente usado.

Cada enfermeira encontra sua própria forma para obter, organizar e registrar as informações referentes ao paciente e não devemos nos esquecer que, qualquer que seja a forma ou os nomes que são dados aos itens do impresso, a relevância está no conteúdo da informação que a enfermeira registra (SILVERTHORN²⁴ e BUTHERUS²).

Segundo WOOD²⁶, a enfermeira interpreta a prescrição médica em termos das necessidades dos pacientes e as registra no plano, justificando que as medidas terapêuticas fornecem realmente os elementos básicos para o planejamento.

SILVERTHORN²⁴ aceita que as enfermeiras copiem as ordens médicas, mas impõe que as mesmas devem vir acompanhadas das ações de enfermagem pertinentes.

De acordo com BUTHERUS², o plano deverá conter os problemas dos pacientes e as ações de enfermagem necessárias à redução desses problemas, enquanto que para SILVERTHORN²⁴, BUTHERUS³ e KELLY¹⁵, além dos problemas e ações, deverá conter também os objetivos do cuidado de enfermagem.

Não podemos nos esquecer também de que cada paciente é único em suas crenças, esperanças, ansiedades, medos e necessidades. Portanto, o plano de cuidados tem que ser individualizado.

Uma vez definido o conteúdo do impresso, devemos determinar alguns dados sobre o seu uso: onde estará localizado, se será escrito à lápis ou à tinta e em quais situações será efetivamente atualizado.

Sobre a localização, deverá ser definida onde possa estar próximo às pessoas que irão consultá-lo para cuidar do paciente.

SILVERTHORN²⁴ e WOOD²⁶ afirmaram que o plano deverá ser escrito à lápis, para que as mudanças possam ser feitas facilmente, devendo ser revisado quando as necessidades do paciente mudarem.

Justificando a necessidade de revisões, modificações e atualização no conteúdo dos planos, BUTHERUS³ lembra que as informações devem vir dos outros membros da equipe de enfermagem, dos outros profissionais da equipe de saúde, dos membros da família do paciente, e do próprio paciente.

O plano deve ser introduzido como instrumento de administração conforme os ensinamentos da literatura: pessoal orientado, apoio devido das chefias de enfermagem, definição de quem irá fazer o quê no preenchimento do impresso e, o que é muito importante, a participação

de todas as enfermeiras de todos os períodos. Sobre isso, LITTLE & CARNEVALI¹⁶ preconizam que todas as enfermeiras devem estar envolvidas em alguma parte do sistema de plano de cuidados, devendo sentir-se comprometidas e envolvidas, ou o sistema sucumbe.

Dentre os fatores responsáveis pela presença de planos escritos nas unidades de internação propostos por HUCKABAY & NEAL¹⁴ está o reforço, conhecido como motivador de comportamento. A teoria de que um organismo tende a repetir o comportamento que é reforçado e tende a extinguir o comportamento que não é reforçado, poderia aumentar o uso de planos de cuidados de enfermagem pelo uso de reforços sociais positivos, tais como o elogio à enfermeira responsável pelos planos. Receber elogios diante de seus pares ou de pessoas por quem dedica alta estima, significa alto valor incentivo para a enfermeira.

Segundo HUCKABAY & NEAL¹⁴, existem várias formas de reforço social positivo que podem ter efeito incentivador na escrita dos planos de cuidado de enfermagem. São leitura, o elogio e *feed-back* dos resultados. Ao medir os reforços em termos de número, origem e tipo, verificaram que o tipo dominante era a leitura feita pela enfermeira chefe.

Outro fator que pode manter o nível constante de envolvimento é o aparecimento dos resultados, o que ocorre mediante o controle da utilização dos planos.

Via de regra o primeiro indício de que os mesmos estão sendo manuseados é a leitura por parte das pessoas interessadas no cuidado do paciente. Tal leitura, que significa tomar conhecimento do que deve ser feito para o paciente irá influenciar a assistência prestada, que por sua vez, refletirá nas anotações das ações de enfermagem.

Essas anotações no prontuário do paciente, seriam, portanto, o resultado objetivo da utilização dos planos.

Sobre isso, SILVERTHORN²⁴ enfatiza a necessidade de anotações escritas para indicar a resposta a um procedimento de enfermagem. Essas anotações, além de representarem um instrumento de controle da utilização dos planos, vão constituir a fonte de informação comum aos membros da equipe responsável pelo paciente.

Mencionando tal equipe, gostaríamos de lembrar que a enfermagem não está só no cuidado que é prestado ao paciente; há um considerável número de funções superpostas entre os profissionais da saúde que trabalham com o mesmo paciente.

Ao compor a visão conceitual do processo de enfermagem, HEGYVARY¹² coloca a enfermagem servindo a um único papel, sobrepondo-se aos papéis de outros profissionais em áreas específicas de cuidado, utilizando métodos de ciência aplicados por outros profissionais e cientistas na resolução de problemas clínicos. "Embora o uso do método científico seja válido ao desenvolvimento da enfermagem, não é visto como a essência da mesma", afirma o autor.

O efeito das intervenções de outros profissionais no cuidado do paciente é uma das variáveis apontadas por MAJESKY et alii,¹⁸ como decisivas, embora incontornáveis, nos resultados apresentados pelo paciente. Para esse autor, o conhecimento de tais variáveis vai possibilitar que a enfermeira programe a intervenção de enfermagem e visualize os resultados esperados no paciente, de acordo com a seleção de intervenções adequadas.

Toda ação de enfermagem, procedimento ou interação com o paciente, dá à enfermeira a oportunidade de avaliar as necessidades e condições do paciente, bem como o grau no qual essa ação ajuda a reduzir ou eliminar alguns dos problemas identificados no plano de cuidados do paciente.

Durante a fase de avaliação do processo de enfermagem, novos dados sobre o paciente podem vir à tona. Fatores físicos, psicológicos e sociais pertencentes às necessidades do paciente podem ser vistos num contexto diferente frente ao momento. Às vezes, apenas a interação com a equipe de saúde pode causar mudança na condição do paciente. Tais dados novos ou revisados deixam claro que o plano de cuidados do paciente necessita ser constantemente revisado ou modificado para se ajustar às novas condições e necessidades do paciente (BUTHERUS³).

Quando são observadas alterações das respostas do paciente à assistência que lhe é prestada, elas devem ser registradas em algum impresso para que as decisões de enfermagem que entraram no cuidado do paciente sejam devidamente documentadas. Tal procedimento permitirá à enfermeira, visualizar o cuidado progressivo do paciente como base para avaliação futura, além de possibilitar a realização de pesquisas futuras e o arquivo de modelos considerados passíveis de serem reproduzidos por outras enfermeiras para que registrem as suas prescrições de enfermagem.

Assim, diante da necessidade de se conseguir modelos comprovadamente vivenciados para que as enfermeiras pudessem introduzir em suas respectivas unidades de internação e, mesmo as estudantes,

pudessem verificar a aplicação prática dos ensinamentos adquiridos no ensino teórico, sentimos que seria útil desenvolver um estudo junto às unidades de internação que tivessem vivenciado o planejamento da assistência de enfermagem.

Tal estudo permitiria a identificação dos resultados da implementação desse planejamento, constituindo assim, os subsídios necessários a outras tentativas futuras.

Com tal proposta, partiu-se do pressuposto de que é inviável a implementação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com a proposta ideal, dado a uma série de variáveis como heterogeneidade de conhecimento das enfermeiras sobre o plano; falta de preparo, participação e apoio das chefias de enfermagem; falta de controle da utilização do plano; falta de incentivo em todos os níveis; falta de delimitação de funções do pessoal que presta assistência ao paciente e inadequação do impresso à realidade das unidades de internação estudadas.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar as fases pelas quais deveria passar o processo de implementação do planejamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação de um hospital de ensino.

Objetivos específicos

– Verificar os fatores que interferiram na implementação do planejamento da assistência de enfermagem.

– Fornecer subsídios para tornar possível a implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação.

METODOLOGIA

Objeto da observação (população e amostra)

Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa (exploratório) que não pretende estabelecer generalizações ou extrapolações para um universo maior, optamos por um estudo de caso que melhor se caracteriza como amostra por tipicidade.

O estudo foi desenvolvido no hospital de ensino utilizado para a prática de campo das estudantes do curso de graduação em enfermagem.

Trata-se de um hospital de pouco mais de mil leitos, com dezoito unidades de internação, atendendo a quase todas as especialidades médico-cirúrgicas.

As estudantes acima mencionadas, quando em estágio da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, são orientadas a implementar o plano de cuidados de enfermagem como instrumento administrativo, nas unidades de internação onde estiverem desenvolvendo suas atividades curriculares.

Tratando-se de uma experiência onde, devido a orientação direta da docente, como observador participante, permite o controle e avaliação quase que diária do andamento da implementação, algumas vezes o envolvimento de todo o pessoal da unidade de internação é conseguido.

Embora o período maior de observação assistemática tivesse sido junto às estudantes, tivemos oportunidade de reunir os resultados de duas tentativas de implementação do planejamento da assistência de enfermagem em várias unidades de internação do mesmo hospital, por iniciativa da chefia de enfermagem, e não por parte das estudantes da escola.

Nessas oportunidades conseguimos apenas coletar os resultados do preenchimento e uso do impresso e da impressão que a experiência deixou junto às enfermeiras das unidades.

As observações que permitiram realmente a análise proposta do estudo tiveram origem nas experiências vividas pelas estudantes.

Para a determinação da amostra, utilizamos apenas um único critério, ou seja, as unidades de internação que tivessem vivenciado a implementação do planejamento da assistência de enfermagem.

Essas unidades variam quanto ao tratamento dos pacientes e especialidades. Há paciente de clínica médica, cirúrgica ou especialidades.

Quanto aos recursos humanos existentes nessas unidades vamos encontrar uma diretora de área, uma enfermeira chefe, uma ou mais enfermeiras de cabeceira, dois ou mais auxiliares de enfermagem, quatro ou mais atendentes de enfermagem, uma escriturária e os demais elementos da equipe de saúde -- nutricionista, assistente social, médicos e estudantes das várias categorias profissionais.

Sobre os recursos materiais, o requisito exigido foi a existência de um impresso próprio para o preenchimento do plano de cuidados.

Técnica de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de observação assistemática participante.

O uso de tal técnica possibilitou-nos assumir, até certo ponto, o papel de um membro do grupo de implementação.

O fato de encarar a observação assistemática, em princípio, como uma técnica exploratória, a compreensão do assunto sofreu modificações, na medida que fomos introduzindo os resultados positivos na orientação das novas tentativas. A partir da terceira ou quarta experiência na qual pudemos acrescentar a orientação decorrente de vivência, passamos a coletar os dados baseados na tese e na antítese.

A tese baseou-se na proposta teórica ideal e tem como finalidade demonstrar a viabilidade do ideal teórico proposto.

A antítese baseou-se na negação do ideal teórico proposto, originada na vivência da prática do pesquisador com o real que serviu de base para o processo de análise e construção da síntese.

Dessa forma, a tese forneceu subsídios para a observação e participação.

Por ser usada a técnica de observação assistemática participante, mesmo nas tentativas do pesquisador de orientar o processo de implementação para as propostas teóricas ideais, os participantes do tal processo sentiram-se suficientemente à vontade para direcionarem, de alguma forma, as atividades para os pressupostos da antítese, o que dá ao processo de pesquisa, a natureza de uma ação teórica prática (práxis), que fornece subsídios para um reexame e reestruturação dos ideais propostos.

Instrumento de coleta de dados

Por tratar-se de uma observação assistemática, decidimos pela enumeração de alguns itens que consideramos importantes para orientar o processo de observação, evitando com isso, uma provável dispersão. Entre esses itens, destacamos aqueles que acreditamos possibilitar o controle da implementação do planejamento da assistência de enfermagem.

Destacamos os seguintes:

1. Sondagem do conhecimento que as enfermeiras têm sobre o assunto;
2. Discussão sobre as idéias contidas no processo de implementação (com as enfermeiras);

3. Elaboração do impresso, levando em consideração as necessidades da enfermagem (participação de todas as enfermeiras, inclusive as chefias);

4. Preenchimento de alguns planos para teste;

5. Orientação de todos os funcionários que irão utilizar o plano;

6. Elaboração dos planos para os pacientes mais graves, pelo menos;

7. Utilização das informações contidas nos planos para a distribuição diária de tarefas aos funcionários;

8. Utilização das informações contidas nos planos para o controle das atividades desenvolvidas pelos funcionários (por meio da observação e da leitura das anotações feitas no prontuário do paciente);

9. Atualização das informações contidas nos planos por meio da avaliação das necessidades dos pacientes;

10. Participação das enfermeiras de outros turnos na elaboração e atualização do conteúdo dos planos;

11. Avaliação do impresso em si e da sistemática de uso, por meio de reuniões periódicas com os funcionários.

Procedimento

A coleta de dados foi feita durante e após a implementação do planejamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação utilizadas na prática de campo das estudantes da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem.

No ensino teórico da referida disciplina, as estudantes são orientadas sobre o assunto e estimuladas a introduzir na prática, o uso do plano de cuidados, como um instrumento de administração na unidade de internação.

A orientação por parte das docentes envolve desde a elaboração do impresso que será utilizado, a correção individual do conteúdo dos mesmos e a avaliação da sistemática de utilização. Há um acompanhamento muito próximo de todas as ações que envolvem a implementação do plano, a atuação da estudante e a reação das pessoas que atuam nas unidades de internação.

Da repetição das experiências fomos incorporando novos itens para orientação e observação chegando a um estágio tal que possibilitou o uso da tese e antítese.

Foram cerca de trinta tentativas num período de dez anos de implementação, nas quais tivemos oportunidade de identificar os passos hoje consi-

derados por nós como controláveis na implementação do plano de cuidados de enfermagem como instrumento administrativo na unidade de internação.

ANÁLISE E SÍNTESE

A análise será constituída pelo processo de comparação do movimento e contradições existentes entre a proposta teórica ideal e o comportamento efetivo da realidade concreta, ou seja, a forma como as propostas ideais foram desenvolvidas em situações reais. Esse tipo de comportamento é, em sua essência, composto por elementos que confirmam certos aspectos do ideal e negam outros. O resultado advindo deste movimento possibilita a construção do quarto elemento do processo dialético: a síntese.

Segundo a metodologia proposta no estudo, a análise será elaborada pela discussão dos dados obtidos por meio da participação e observação, tomando por base a tese e a antítese.

De 1972 (ano em que iniciamos a observação assistemática participante com o uso do plano de cuidados) a 1976, quando a estudante de enfermagem tentava homogeneizar o conhecimento sobre o processo de enfermagem entre as enfermeiras das unidades de internação, havia muita dificuldade na própria aceitação do plano para a realidade do País. O "tempo de formada" estava diretamente relacionado ao programa de graduação. Somente as enfermeiras recém-formadas haviam sido orientadas sobre o uso do plano de cuidados, durante o curso de graduação, e mesmo assim, admitiam não ter segurança suficiente para enfrentar tão grande alteração na sua metodologia de trabalho.

Esse "tempo de formada", que atualmente não tem a mesma força que tinha há alguns anos atrás, devido aos muitos cursos sobre o "processo de enfermagem" promovidos pela associação profissional, representa um dos motivos pelos quais as enfermeiras não escrevem os planos no levantamento feito por HUCKABAY & NEAL¹⁴. Os outros motivos apresentados por eles são o "tipo de hospital" que a enfermeira fez estágio enquanto estudante (os hospitais de ensino estão mais propensos ao uso do plano) e o "tipo de unidade de internação" que está se analisando (há mais chance de haver planos escritos nas unidades onde os pacientes permanecem internados por longo tempo, do que nas que se observa baixa média de permanência dos mesmos).

A dificuldade em falar sobre “processo de enfermagem” era tão grande por volta de 1975, que a direção do Serviço de Enfermagem do hospital objeto do estudo achou por bem, promover um seminário com a participação de docentes e enfermeiras de várias instituições hospitalares, para conseguir maior familiaridade sobre o assunto.

Nessa ocasião foram discutidos vários modelos de impressos e introduzidos no hospital, mesmo sem a devida convicção por parte da chefe de unidade que iria introduzir tal instrumento e sem a orientação da equipe de enfermagem que iria ter suas atividades de assistência aos pacientes direcionadas pelo conteúdo do plano. Tal experiência foi interrompida três meses após o seu início.

Para nós que, nessa situação, fomos apenas observadores, os motivos que saltaram aos olhos foram a falta de orientação das enfermeiras que iriam utilizar os planos e, principalmente, a falta de avaliação da experiência. Os impressos foram distribuídos às enfermeiras e não foram recolhidos para serem analisados no conteúdo e sistemática de utilização.

Da visão que temos atualmente do assunto, os motivos da relutância no uso do plano, por parte das enfermeiras, citados por POPE²², serviriam para explicar o malogro daquela experiência. Para esse autor, as enfermeiras, cujo tempo é empregado em estar ao lado dos pacientes, não elaboram os planos de cuidados, por: 1) falta de tempo; 2) medo de empregar terminologia errada; 3) não estar convencida de que é importante planejar, e 4) falta de coragem diante da responsabilidade da tarefa.

Ainda hoje a falta de tempo é a melhor resposta encontrada pelas enfermeiras para justificar a ausência do plano. Ao acompanharmos as atividades de uma enfermeira de unidade de internação, constataremos realmente que ela não tem tempo para elaborar os planos. Porque determinar as necessidades de enfermagem dos pacientes e prescrever o cuidado necessário toma tempo da enfermeira: requer algum grau de criatividade, opiniões, idéias e sugestões originais (POPE²²).

Mas a situação real é que a enfermeira está fazendo “tudo” para “todas” as pessoas, sem avaliar a distribuição do seu tempo, as atividades que estão sendo desenvolvidas e o que está sendo considerado prioridade (LITTLE & CARNEVALI¹⁶).

O que observamos é a não delegação das atividades que poderiam ser desenvolvidas por outras pessoas da equipe de enfermagem, liberando a enfermeira para a sua atividade de planejar.

O “medo de empregar terminologia errada” e “não estar convencida da importância de planejar” são justificativas que permanecem até às experiências mais recentes. Elas poderiam estar ligadas ao grau de conhecimento que as enfermeiras possuem sobre o planejamento do cuidado em si ou ao lento desenvolvimento da nossa consciência profissional da contribuição individual da enfermagem ao bem-estar do paciente. Esta última constitui a razão apresentada por LITTLE & CARNEVALI¹⁶ para explicar a “baixa prioridade que a função paralela de planejamento de cuidados recebe”.

Conhecimento envolve, de acordo com HUCKABAY & NEAL¹⁴, “a capacidade adquirida, que torna possível o sucesso no desempenho de um grupo de tarefas que não podem ser desempenhadas antes de serem entendidas”. De acordo com o esse conceito, a enfermeira deve ter o conhecimento, ou o domínio, do plano de cuidados se estiver objetivando os planos de cuidados de enfermagem de maneira consistente.

Há relação entre a profundidade do conhecimento que a enfermeira tem sobre o planejamento de cuidados e o número de planos que escreve.

As dúvidas que comumente decorrem da falta de conhecimento são, quase sempre, sobre o que registrar nas ordens de enfermagem contidas no plano. O impasse sobre o que é “problema da enfermagem”, o que é “problema do paciente” e o que é “rotina da unidade” fazem com que tanto as enfermeiras quanto as estudantes, levem muito tempo para elaborar pequeno número de planos.

Além da falta de conhecimento sobre a teorização do plano, há o desconhecimento sobre as necessidades do próprio paciente, em decorrência da falta de disponibilidade em interagir com o mesmo (BUTHERUS²). E a condição primeira de elaboração dos planos é a identificação das necessidades do paciente.

Para nós, a quebra desse círculo de não-elaboração dos planos por falta de conhecimento das necessidades dos pacientes, e desconhecimento dessas necessidades por falta de tempo, poderia ser efetuada pela delimitação de funções entre os elementos da equipe que presta assistência aos pacientes, o que resultaria em maior disponibilidade de tempo para a enfermeira planejar os cuidados que deveriam ser prestados aos pacientes.

Ainda nos motivos de relutância no uso do plano por parte das enfermeiras, citados por POPE²², a “falta de coragem diante da responsabilidade da tarefa” pode ser identificada unicamente

diante da necessidade de analisar os muitos instrumentos de comunicação sobre a assistência do paciente (dezesete tipos identificados num levantamento feito por nós, em 1979)⁵ e concluir que muitos deverão ser eliminados.

O que ocorre é que, ao eliminar o livro de exames de laboratório, por exemplo, a enfermeira deverá acrescentar na prescrição de enfermagem, o exame ao qual o paciente será submetido. Tal atitude implicará em que o plano deva estar atualizado e que seja seguido impreterivelmente, por que se o paciente não for submetido ao exame solicitado pelo médico, haverá reação negativa do mesmo, além do aumento da permanência do paciente no hospital, ou mesmo atraso no diagnóstico ou tratamento.

Ao assumir o uso do planejamento da assistência de enfermagem como um método de provimento do cuidado ao paciente, a tal "falta de coragem" de uma enfermeira precisa ser diluída entre as outras colegas. Sim, porque o que verificamos com frequência foi a reação positiva de uma entusiasta, que tentava dar continuidade ao trabalho iniciado pelas alunas, fazendo as prescrições de enfermagem fora do seu horário habitual de trabalho, sem qualquer apoio das colegas de unidade.

Segundo LITTLE & CARNEVALI¹⁶, todas as enfermeiras que participam da implementação do plano, têm a responsabilidade para com o autor do mesmo, de avaliar as respostas do paciente, prover o *feed-back* e colaborar nas revisões do conteúdo dos planos.

Sobre essa colaboração, o próprio modelo do impresso é definido sem levar em conta as necessidades da equipe que irá utilizá-lo. Muitas foram as vezes nas quais as enfermeiras foram tentadas a elaborar modelos de impressos tomando por base as patologias apresentadas pelos pacientes. Tal iniciativa levou, em princípio, à falta de individualização do plano, e posteriormente a constituir um "motivo" ao qual os elementos da equipe lançavam mão para não lerem o plano. "São sempre iguais, e tudo o que está escrito, já sabemos" constitui uma frase conhecida e utilizada sempre que essa situação se repete.

O detalhamento das ações de enfermagem contidas nos planos vai variar de acordo com o preparo apresentado pela equipe que irá utilizá-lo. Quanto mais orientados sobre os procedimentos de enfermagem forem os funcionários, menor número de palavras poderão ser utilizadas para redigir as prescrições de enfermagem.

O que se observa com frequência é o emprego de uma terminologia essencialmente médica a ponto de contribuir para o desestímulo que gira em torno do assunto.

A apresentação do conteúdo sob a forma de conclusões, sem mostrar as linhas de raciocínio para chegar a elas (STEVENS²⁵), é tão desestimulante à leitura por parte dos funcionários de enfermagem quanto os planos amplamente explicativos e, portanto, excessivamente longos.

A idéia de STEVENS²⁵, de que a enfermeira deve reconhecer que diferentes métodos podem chegar aos mesmos resultados esperados, e portanto, muitos planos podem ser desenvolvidos para encontrar as mesmas necessidades de enfermagem, deve ser lembrada sempre que deparamos com a idéia de que há somente um plano certo (um problema conceitual de planejamento).

Uma dificuldade vivenciada de maneira diferente por parte das estudantes foi a duplicação do impresso que seria utilizado. Raríssimas vezes, foi conseguido um grande número de cópias no próprio hospital, e quando ocorreu, possibilitou, de certa forma, o uso do plano por maior espaço de tempo. Inúmeras vezes o impresso terminou e as estudantes ficaram sem dar continuidade à experiência.

Convencer as enfermeiras das unidades sobre a importância do planejamento levava boa parte do estágio, e esperar a falta de vontade por parte das chefias em possibilitar a rápida tiragem das cópias levava outra boa parte do estágio, fazendo com que a predisposição inicial, por parte das enfermeiras da unidade, se diluísse na espera.

De acordo com LITTLE & CARNEVALI¹⁶, o sistema de planejamento de cuidados não surge ou não cresce sem investimento e envolvimento genuíno, tanto por parte da enfermeira, individualmente, quanto por parte do pessoal da administração do Serviço de Enfermagem.

A enfermeira individualmente pode funcionar numa área limitada de planejamento de cuidado, sem o apoio da administração, se ela sinceramente acredita nele. Mas, administradores do Serviço de Enfermagem não podem introduzir um efetivo sistema de plano de cuidados sem o autêntico envolvimento do *staff*. Essencialmente cada grupo depende um do outro para sustentar e facilitar o processo.

Mesmo sendo utilizados os impressos fornecidos pelo hospital, os mesmos nunca foram arquivados após a alta dos pacientes, ficando sempre com quem tivesse algum interesse.

O maior número de experiências foi, realmente, com os impressos duplicados pelas próprias estudantes, com subsídios financeiros próprios. Tais impressos nem chegaram a ser arquivados no hospital, para posteriores estudos sobre a validade da utilização do planejamento da assistência de enfermagem como método de provimento de cuidados de enfermagem.

Essa duplicação por parte das próprias estudantes, que até alguns anos atrás era uma alternativa corrente, hoje constitui um empecilho forte para a introdução do impresso, tendo em vista a situação financeira pela qual atravessa o País.

Direcionados por nós, os planos iniciais são feitos para os pacientes mais graves, para evitar a longa espera de elaboração dos mesmos para todos os pacientes.

Segundo POPE²², quando a enfermeira não tem tempo de escrever um plano para cada paciente, deve concentrar seus esforços naqueles pacientes que apresentam maior número de problemas ou nos que estão hospitalizados por mais tempo.

A falta de tempo por parte da enfermeira não justifica a elaboração do "plano semanal" observada nos últimos três anos para cá. Nesse plano, as ações de enfermagem são listadas de maneira a serem cumpridas durante uma semana, propiciando a não obrigatoriedade por parte da enfermeira em avaliar as condições dos pacientes, diariamente.

Além de observar tal situação, presenciamos também a padronização do conteúdo dos planos, via de regra pouco pertinentes. São exemplos comuns, os pacientes estarem em véspera de cirurgia e não haver qualquer anotação de enfermagem referente a orientação, ou o paciente já ter sarado de qualquer distúrbio gastrintestinal e haver prescrição de enfermagem para ministrar um anti-diarréico.

Quanto à falta de envolvimento por parte das chefias temos a dizer o seguinte: ou ignoram totalmente e atrapalham transmitindo seu descrédito,

ou impõem a implementação sem nem mesmo criar uma situação de orientação.

Por fim, o não uso do plano como instrumento de comunicação da equipe constitui o maior fator contributivo para o malogro da experiência. O ponto chave da sistemática é formar o hábito de ler o plano antes de dar uma orientação; de ler o plano ao passar o plantão; de ler o plano ao distribuir atividades; de ler o plano ao checar a assistência prestada; de ler o plano ao checar o registro das atividades desenvolvidas.

"O plano de cuidados de enfermagem não pode ser tratado como um guia opcional" (STEVENS²⁵).

RECOMENDAÇÕES

Da análise desenvolvida, poderíamos registrar algumas recomendações segundo MANTHEY¹⁹:

1. Estabelecer claramente o propósito dos planos de cuidados como instrumento de comunicação entre enfermeiras;

2. Rever o instrumento de acordo com as necessidades do *staff*, deixando espaço suficiente para a informação adequada;

3. Encorajar as enfermeiras a utilizar a linguagem dos planos todos os dias;

4. Colocar como prioridade a informação pessoal do paciente e instruções para que o cuidado seja dado para todos os pacientes.

De HUCKABAY & NEAL¹⁴ para as chefes de serviço:

5. Estimular as enfermeiras a elaborarem os planos. Elogiar, citar nas avaliações e participar da sistemática.

CHACUR, M. I. B. Nursing care planning analysis in a school hospital nursing units. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 218-227, Jul./Dec. 1984.

BIBLIOGRAFIA

1. ANGERAMI, E. L. S. et alii. Ensaio clínico do processo de enfermagem. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 4 (5): 291-6, set./out. 1978.
2. BUTHERUS, G. C. The nursing process. Part I: Assessment and planning. *J. Pract. Nurs.*, New York, 28 (10): 15-8, Oct. 1978.

3. BUTHERUS, G. C. The nursing process. Part II: Implementation and evaluation. *J. Pract. Nurs.*, New York, 28 (11): 31-2, Nov. 1978.
4. CASTELLANOS, B. E. P. Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 12 (3): 170-81, dez. 1978.

5. CHACCUR, M.I.B. Um estudo sobre a metodologia do planejamento da assistência de enfermagem em 14 hospitais do Município de São Paulo. São Paulo, 1981. 134 p. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da USP).
6. CIANCIARULLO, T.I. et alii. Prescrição de enfermagem: experiências de sua aplicação em hospital particular. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 27 (2): 144-9, abr./jun. 1974.
7. COZZUPOLI, C.A. & ISQUIERDO, N.G. Assistência de enfermagem à gestante com mola hidatiforme. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 3 (5): 306-9, set./out. 1977.
8. COLLINGWOOD, M.P. The nursing care plan as a basis for an information system based upon individualised patient care. *Nurs. Times*, London, 71 (12) suppl.: 21-2, Mar. 20, 1975.
9. FRIEDLANDER, M.R. Prescrição diária de enfermagem: condições para a sua implantação como atividade de rotina da enfermeira. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 7 (2): 177-86, set. 1973.
10. GUIMARÃES, R.M.M. Assistência a um paciente geriátrico: estudo de caso. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 31 (4): 542-6, out./dez. 1978.
11. GUTIERREZ, M.G.R. et alii. Aplicação do processo de enfermagem: tempo necessário. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 5 (2): 23-6, mar./abr. 1976.
12. HEGYVARY, S.T. Nursing process: the basic for evaluating the quality of nursing care. *Int. Nurs. Rev.*, Geneva, 26 (4): 113-6, Jul./Aug. 1979.
13. HORTA, W. de A. Aplicação do processo de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 9 (2): 300-4, ago. 1975.
14. HUCKABAY, L.M.D. & NEAL, M.C. The nursing care plan problem. *J. Nurs. Adm.*, Billerica, 9 (12): 36-42, Dec. 1979.
15. KELLY, N.C. Nursing care plans. *Nurs. Outlook*, New York, 14 (5): 61-4, May 1966.
16. LITTLE, D. & CARNEVALI, D. The nursing care planning system. *Nurs. Outlook*, New York, 19 (3): 164-7, Mar. 1971.
17. LUCKESI, M.A.U. et alii. Aplicação do processo de enfermagem no hospital Ana Nery. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 31 (3): 141-56, abr./jun. 1978.
18. MAJESKY, S.J. et alii. Development of a research tool: patient indicators of nursing care. *Nur. Res.*, New York, 27 (6): 365-71, Nov./Dec. 1978.
19. MANTHEY, M. Nursing care plans. *Nurs. Manage.*, Chicago, 12 (9): 28-31, Sept. 1981.
20. MIZUTANI, L.K. Plano de cuidados: elaboração e utilização de impresso em uma clínica de dermatologia. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 4 (4): 203-11, jul./ago. 1978.
21. PAULA, N.S. et alii. Ensino do plano de cuidados em fundamentos de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 20 (4): 249-63, ago. 1967.
22. POPE, S.S. The "problem" of nursing care plans. *Superv. Nurse*, Chicago, 8 (1): 25-7, Jan. 1977.
23. ROLIM, J.E. Aplicação da metodologia de enfermagem no cuidado de um paciente. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 4 (1): 81-95, mar./set. 1970.
24. SILVERTHORN, A. Nursing care plans: a vital tool. *Can. Nurse*, Montreal, 75 (3): 36-9, Mar. 1979.
25. STEVENS, B.J. Why won't nurses write nursing care plans. *J. Nurs. Adm.*, Billerica, 2 (6): 6-7, 91-2, Nov./Dec. 1972.
26. WOOD, M.M. Guide to better care a nursing plan. *Amer. J. Nurs.*, New York, 61 (12): 61-2, Dec. 1961.