

TEMA 11

SISTEMA DE REGISTROS DE ENFERMAGEM

PLANO ASSISTENCIAL E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

* Lygia Paim

RBE_n/05

PAIM, L., — Plano assistencial e prescrições de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 29 : 66-82, 1976.

INTRODUÇÃO:

1. Tema e Problema

Tratar de aspectos relativos ao controle do cuidado do paciente, mais particularmente da prescrição de enfermagem, constitui-se mais um motivo de especial esperança e grata satisfação.

Nesses mais recentes tempos em que impressionante tem sido a luta de muitos em busca de definições para as situações próprias da enfermagem, não poderíamos deixar de cumprimentar calorosamente aos organizadores deste XXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, bem como a todos os que aqui vieram partilhar os assuntos profissionais com a intenção de renovarem suas disposições e dimensionarem suas perspectivas em torno do que é mais apropriado, do que é melhor, do que é mais verdadeiro para a conjugação de uma metodologia científica a uma disposição de cada vez melhor servir à comunidade.

O tema proposto, prende-se a um dos grandes problemas do momento atual a desafiar os enfermeiros em sua prática profissional junto aos pacientes.

Os estudos sobre formas de registro e documentação das ações de enfermagem vêm sendo clamados por todos e então, mais que oportuna, profundamente feliz e propositada, foi a sua colocação dentre os demais temas, neste conclave.

Ainda que se possa perceber a abrangência do subtema a nós proposto — plano assistencial e prescrições de enfermagem — não temos a pretensão de esgotá-lo, ou mesmo tratar dos inumeráveis aspectos colaterais da questão.

A grande intenção deste trabalho está na tentativa de um enfoque específico, mais detalhado na prescrição de enfermagem, esta, reconhecida como a estrutura básica dos planos de cuidados.

2. Argumentações para a colocação de um ponto de vista

* Prof. Adjunto — E. Ana Néri — UFRJ. — Assessor do Grupo Setorial da Saúde — MEC/DAU.

Ao colocar desse modo este assunto, queremos tornar enfático que, vemos neste trabalho a informação de um estudo que consideramos muito sério porque ele se volta para aquilo que, a nosso ver, corresponde à atividade principal do enfermeiro e, portanto, corresponde àquela unidade de trabalho que, uma vez assumida, projetará toda a nossa autonomia de enfermeiros no desempenho profissional.

Quando associamos o assumir da prescrição de enfermagem com a projeção de uma autonomia no desempenho profissional, é porque acreditamos na unidade de prescrição de enfermagem, como aquela carregada de valor para mobilizar as reações comportamentais dos pacientes; em consequência, essa unidade valorativa do plano de cuidados é aquela que, exige do enfermeiro o mais alto teor de responsabilidade com a assistência direta ao paciente.

Assim, fica entendida a prescrição de enfermagem como a ordem registrada pelo enfermeiro, com vistas ao cuidado direto do indivíduo sob sua responsabilidade profissional.

A prescrição de enfermagem significa, portanto, medidas de solução para os problemas de um indivíduo, indicadas e registradas previamente pelo enfermeiro com a finalidade última de atender as necessidades humanas desse mesmo indivíduo sob sua responsabilidade profissional.

O total de prescrições de enfermagem de cada paciente resulta em muito mais que um simples somatório de alternativas de solução para os problemas identificados porque ele forma uma composição determinante de um plano de cuidados, no qual é assegurada a inter-relação das ações prescritas numa combinação útil e harmoniosa, definindo por isso mesmo, o uso independente de cada prescrição isolada.

Essa afirmativa encontra apoio em D. Brodt quando escreve sobre teoria sinérgica de enfermagem e esclarece que a combinação de duas ou mais atitudes do enfermeiro produz um resultado diferente de uma atitude tomada isoladamente.

Ora, quando se acredita haver uma grande complexidade na prática de enfermagem é, sobretudo, porque há uma composição de elementos que interagem lançando uma resposta a qual deve ser antevista pelo conhecimento. Essa resposta esperada depende do grau de envolvimento dos próprios enfermeiros na assistência que prescrevem e executam utilizando continuamente a avaliação, o julgamento. Sim, porque a sinergia que precisa estar prevista, precisa também, por isso mesmo, ser analisada em termos de efeitos a fim de não se afastar do que é desejável em propósitos de enfermagem para cada paciente.

Em recente estudo realizado sobre este mesmo assunto, foi verificado que da literatura existente pode-se extrair algumas questões a serem apreciadas. Todas elas levantam como tônica, a investigação de impeditivos para o pleno assumir do enfermeiro no que diz respeito a suas atividades de maior independência profissional. Parece que reside nessa atitude, de assumir tal nível de autonomia, o resolver de dificuldades relativas ao progresso da prática profissional na área de assistência direta aos indivíduos. Esse pensamento, está baseado em análise de situações observadas e se sustenta no que R. Etave chama de inteligência profissional; diz o autor citado que um profissional assume com maior autonomia as suas atividades quando ele demonstra antes de tudo ter inteligência profissional, isto é, a capacidade de ter eficiência no trabalho e que esta depende basicamente de 3 condições:

1. do ajustamento da pessoa a ela mesma e ao contexto sócio-histórico onde vive;

2. da cultura geral que possua, e que é, como o ajustamento, fator essencial à adaptação da pessoa a circunstâncias ou situações novas;

3. dos conhecimentos específicos que a pessoa possua dentro da sua área de atuação.

Nas questões que aqui se colocam, estão implícitas as posições relativas a uma busca constante dessa autonomia não integralmente assumida, até então, pela maioria dos enfermeiros na prática profissional. Assim pode-se entender e deixar claro que à medida em que o enfoque central das atividades dos enfermeiros passe a ser o fortalecimento de sua responsabilidade com a prescrição no plano de cuidados, cresce uma convicção de que, somente a partir desse modo, estará fortalecida a autonomia desses profissionais em campo de prática e então iniciar-se-á o discernimento sobre aquilo que realmente cabe ao enfermeiro, como atividade exclusiva, ao tempo em que ajudará na colocação do enfermeiro em sua adequada posição dentro da equipe de saúde, desde que o ajustamento dele como pessoa e à sua cultura geral, assim o permitam.

O problema ressaltado agora reside no fato de que o enfermeiro é na prática, o que deve ordenar, executar, e/ou delegar a execução de parte dos cuidados dos pacientes sob sua supervisão e que muitos desses cuidados se caracterizam tanto como próprios de enfermagem, que transcendem o nível de execução de prescrições médicas, portanto exigem do enfermeiro a responsabilidade de defini-los e indicá-los. Ocorre entretanto que persiste na maioria das Instituições de Saúde, a inexistência e/ou insuficiência de documentos que registrem tais ordens de modo formal e escrito, caracterizando-as como procedentes dos enfermeiros e servindo de fonte de consulta a todos da equipe de saúde.

Em consequência sobrevém um relativo desvalor para todo um processo anterior

à própria execução, processo que é, sem dúvida alguma, desenvolvido por todo aquele enfermeiro que se responsabilize pelo cuidado. O que vem acontecendo faz com que todo um processo que vai do levantamento de problemas, medidas de solução e avaliação, fique reduzido, em termos de documentação, a nível de relatório, o que equivale apenas a registro de execução.

Acrescente-se a essas considerações a de que a maioria dos registros de execução a nível de relatório está presa tão somente a execução de ordens prescritas pelos médicos.

Parece-me, que daí decorrem implicações de várias ordens, entre as quais vale destacar:

— Implicações éticas relativas a registro correspondente a responsabilidade de consequência da ordem para a execução de todo e qualquer cuidado de enfermagem.

— Ausência de documentação para estudos e pesquisas de qualidade da assistência de enfermagem.

Buscando algumas fontes de referência para maior apoio deste trabalho, alguns pontos para reflexão foram positivamente registrados:

● Desde 1949 a literatura internacional trata sobre uso de planos de cuidados em outros países.

● Desde 1960 que, no Brasil, algumas Escolas vêm se preocupando com o aspecto do ensino de planos de cuidado.

● Desde 1965, que o Congresso Brasileiro de Enfermagem recomendou a utilização de planos de cuidados de enfermagem.

Por que, a partir de tais fatos, os enfermeiros até hoje não resolveram assumir como prioritário no desempenho de suas funções, a elaboração de tão importante documento de enfermagem?

Em recente trabalho sobre este assunto, buscamos saber de enfermeiros de Escolas e de hospitais-escolas de um estado brasileiro quais os mobilizadores de

impeditivos à plena utilização de planos de cuidados de enfermagem, puderam ser agrupadas as seguintes respostas:

1. As próprias escolas com 3 impeditivos:

a. "deficit" qualitativo do ensino de plano de cuidados aos alunos.

b. "deficit" do ensino — aprendizagem de conceitos chaves para a segurança ao elaborar planos de cuidados.

c. "deficit" de aproximação com as Instituições de Saúde da Comunidade.

2. As Instituições de Saúde com 3 outros impeditivos.

a. sistema centrado em tarefas (produção)

b. "deficit" de participação de administradores na provisão de condições para a realização de trabalhos dessa natureza, por enfermeiros.

c. "deficit" de aproximação com as escolas.

3. A falta de consenso da equipe de enfermagem com 2 impeditivos:

a. "deficit" de estudos em grupo sobre aspectos qualitativos do cuidado.

b. "deficit" de liderança dos próprios enfermeiros em sua área de autonomia.

4. Dificuldades na composição da equipe de enfermagem com 2 impeditivos:

a. "deficit" de líderes de equipe de enfermagem.

b. "deficit" de pessoal auxiliar qualificado na equipe de enfermagem.

5. Circunstâncias, com 1 impeditivo:

a. imposição de atividades inespecíficas ao enfermeiro.

Essa soma de mobilizadores de impeditivos pode, entretanto, uma vez identificada, representar apenas mais um desafio ao grupo profissional no sentido de superá-los, e criar novas condições de trabalho qualificado nas suas práticas diárias muito mais do que obstáculos intransponíveis à utilização de metodologias que busquem a qualificação do seu desempenho junto aos pacientes.

Por isso achamos que, um estudo da qualidade da assistência pode ter como base uma reorganização da área de prescrição e execução de cuidados de enfermagem, ponto de partida para muitos outros estudos que terão que surgir na área de Serviço, no desempenho mesmo do enfermeiro em prática com os pacientes.

3. Considerações em torno do ensino-aprendizagem

Até nossos dias o ensino-aprendizagem desse assunto parece ter ficado a nível de idéia geral sem atender mais profundamente para a estrutura básica, isto é, a preocupação de informar sobre plano de cuidado ocorre, sem que, muitas vezes a pessoa que aprende tenha domínio primariamente, a elaboração de prescrições de enfermagem. Talvez essa possa ser uma das razões pela qual tenha se deixado de utilizar plenamente os planos de cuidados de enfermagem. Parece-nos que caso fosse invertido o tratamento didático dessa matéria, caso os estudantes aprendessem um sistema de prescrições de enfermagem, entendendo-as como unidades valorativas dos planos de cuidados, essa aprendizagem ou domínio da estrutura básica seria transferida para a idéia geral, ou seja, para os planos de cuidados.

Nessa perspectiva está o fortalecimento de uma mentalidade científica a qual virá permitir a valorização do "saber agir" e não apenas "saber a respeito de uma coisa", de modo superficial, por vezes apenas ilustrativo e, portanto, não funcional.

Nessa ótica, compreende-se de imediato que algumas distorções curriculares precisam ser estudadas e resolvidas imediatamente, buscando incluir no ensino-aprendizagem conteúdos relativos ao domínio do ato de prescrever o cuidado de enfermagem ou seja, ensino à base de resolução de problemas; verifica-se também que, além disso, continua a

existir um desapoio, em alguns currículos, no que tange a conteúdos especificamente voltados à formação da pessoa do enfermeiro enquanto pessoa, a fim de que seja estimulado o ajustamento dela a si mesma e ao contexto sócio-histórico onde vive; por sua vez, os conteúdos não diretamente específicos de atuação como enfermeiro, mas aqueles que garantiriam cada vez mais a extensão da cultura geral, encontram-se quase sempre, em mínima proporção nos currículos plenos dos cursos de enfermagem.

SISTEMÁTICA

1. Um estudo preliminar:

Foram coletados, durante um determinado período, 102 ordens de enfermeiros para o cuidado de pacientes e visando uma sistematização das mesmas, foram analisadas todas, inicialmente, em relação aos resultados obtidos. Esses resultados, comparados dia a dia com a intenção mesma das ordens, correspondiam a uma avaliação dos objetivos contidos nessas ordens em razão dos problemas dos pacientes, identificados para emitilas. Esses resultados verificados diariamente, alimentavam o próprio plano em termos de manutenção de algumas dessas ordens, reformulação de outras, e ainda de introdução de outras tantas quantos fossem os novos problemas identificados.

A título de esclarecimento, cabe dizer que foi solicitado, então, que os enfermeiros utilizassem um cartão único para cada paciente contendo numa de suas faces todas as prescrições médicas e na outra face todas as prescrições de enfermagem de cada paciente. Essa solicitação, uma vez atendida, facilitaria a observação pretendida. Com grande surpresa, logo no início da observação, foi notada a quase ausência de registro de ordens para o cuidado de enfermagem na

face correspondente a esses registros na ficha própria. Quando digo surpresa, esta se prende ao fato de que os cuidados aos pacientes continuavam sendo prestados inas, o registro prévio das ordens para tais cuidados não eram feitos, o que redundava em continuar aparecendo registradas apenas as execuções que dependiam das prescrições médicas.

Em reunião com alguns enfermeiros, foi mostrado este aspecto do problema, e os registros das prescrições passaram a surgir, ocasião em que foram coletadas 102 delas para um estudo preliminar que ora tratamos de comentar.

Uma classificação de prescrições de enfermagem era a intenção maior do estudo, mas uma classificação que servisse de base a estudos posteriores da avaliação do cuidado de enfermagem.

A justificativa para tal adoção é a de que foi verificado que cada prescrição podia ser ela mesma, em seu conteúdo, entendida como o objetivo do cuidado prescrito. Encontrei fortalecimento para essa idéia num texto de DU GAS em seu livro *Tratado de Enfermeria Practica*, no capítulo em que discorre sobre estabelecimento de objetivos na ação do enfermeiro, e a autora referida exemplificava: “manter o braço e a perna direitos em posição anatômica continuamente”, e ela acrescentava — “este tipo de objetivo proporciona material para a prescrição de medidas definitivas de enfermagem” — e é ela mesma que diz — “um objetivo assim expresso dá a forma de avaliar os progressos dos pacientes e os efeitos das atividades dos enfermeiros”.

Num estudo dessa natureza, foram a princípio determinados 3 elementos básicos das prescrições de enfermagem: *domínio, propósito e dependência*.

O domínio, equivalente à ênfase da incidência da prescrição em termos de necessidades do paciente. A que grupo de necessidades ela deve se referir mais destacadamente:

- domínio 1 — psicobiológico
- domínio 2 — psicossocial
- domínio 3 — psicoespiritual

A consideração desses 3 elementos, permite verificar, de imediato, se um plano de cuidados contém em suas prescrições os 3 (três) domínios, ou se as prescrições estão limitadas somente a um ou dois deles. Esse indicador de domínio alerta o enfermeiro para o fato de encarar, como sua, a responsabilidade para o atendimento de todos os tipos de necessidades humanas do paciente e não continuar, como o que se tem observado até aqui, a formular as prescrições de enfermagem com ênfase unilateral nas necessidades psicobiológicas.

Uma classificação dos propósitos, à semelhança do agrupamento de ações, de Brodt, e em acordo com a estrutura teórica proposta por Horta, foi estabelecida, como segue, e poderá favorecer a determinação da intenção última de cada prescrição. Assim:

- I. preservar o equilíbrio
- II. prevenir desequilíbrio
- III. detectar sinais e sintomas de desequilíbrio
- IV. reintegrar o equilíbrio
- V. promover o equilíbrio
- VI. implementar a terapêutica médica.

Ocorre que, se adotado um sistema de registro de prescrições capaz de levar a pessoa que prescreve à identificação de um entre os seis propósitos determinados, pode-se com isso, em última análise, evitar a dificuldade de alguns na redação de objetivos para os planos de cuidados. Esses objetivos estariam implícitos no total de prescrições de cada paciente.

Como último elemento, foi adotada a classificação de dependência do paciente, já estudada por Horta, como segue:

T — dependência total; A — dependência de ajuda; O — dependência de

orientação; S — dependência de supervisão; e E — dependência de encaminhamento.

A compatibilização entre estudos anteriores de enfermeiros e os estudos das prescrições já mencionadas, serviram de base a esta classificação que ora apresento por completo. As prescrições de enfermagem se agrupam:

Quanto ao domínio em: 1 — psicobiológicas, 2 — psicossociais e 3 psicoespirituais.

.. Quanto ao propósito: I — preservação do equilíbrio; II — prevenção do desequilíbrio; III — detecção de sinais e sistemas de desequilíbrio; IV — promoção do equilíbrio; V — restabelecimento do equilíbrio; VI — implementação da terapêutica médica prescrita.

Quanto à dependência: T — dependência total; A — dependência de ajuda, O — dependência de orientação, S — dependência de supervisão e E — dependência de encaminhamento.

Ao classificar, desse modo as prescrições, surgem de pronto 2 resultados:

1.º) a possibilidade de avaliar a assistência através da prescrição de enfermagem.

2.º) a possibilidade de codificar as prescrições e então a abertura para o registro de programações em computador visando a auditoria de enfermagem.

Não que se saiba, agora, como isso se dará, mas porque as esperanças de todos devem estar no amanhã da enfermagem, ao lado do amanhã em que avançam todas as outras áreas profissionais. Assim também são as nossas esperanças. E é por isso mesmo que continuamos a pensar em classificações, codificações, sistematizações e registros, na certeza de que em dado momento, os enfermeiros estarão todos envolvidos com esses aspectos importantes da vida de hoje, para a história do amanhã. Queremos dizer que a classificação proposta requer um sistema de registro de enfermagem simples mas intensamente

objetivo, capaz de representar dados científicos, plenos de utilização em termos de avaliação da qualidade de assistência prestada ao paciente.

Ousamos trazer aqui sugestões para a elaboração de um sistema de registro de enfermagem em prontuário, tentando encontrar nele uma adequação ao aproveitamento da classificação proposta para as prescrições de enfermagem.

Confessamos e assumimos que nessa idéia estão presentes muitos desejos, entre eles os de que:

— a enfermagem brasileira queime etapas diante das referências de trabalhos internacionais e adquira um “know-how” muito próprio na área de assistência de enfermagem.

— a enfermagem brasileira eleve cada vez mais a qualificação de sua assistência aos pacientes e, por isso mesmo, consiga, cada vez mais, o respeito à profissão e à verdadeira dignidade de seu status.

Para nós, e cremos que para quase todos os participantes, tudo isso acontecerá tão logo os enfermeiros assumam como área de independência ou autonomia: a prescrição, muito da execução e toda a avaliação do cuidado de enfermagem, e partam para uma verdadeira revolução de formas de registro e documentação de enfermagem.

Visando controlar o nível de subjetividade no modo redacional de uma prescrição estudamos na prática como isto poderia ser instituído.

Assim, algumas regras de redação, foram também estudadas as quais poderiam ser úteis para facilitar o reconhecimento imediato do tipo de prescrição indicado.

Uma regra básica prende-se ao verbo que se vai usar, o qual poderá traduzir o nível de dependência do paciente diante da ação de enfermagem proposta no conteúdo da prescrição. Assim, quando a dependência for total, os verbos utiliza-

dos deverão indicar o fazer tudo pelo paciente: fazer, ministrar, lubrificar, aplicar, medir, pesar, transportar, retirar, colocar, massagear, lavar, limpar, banhar, mobilizar, mudar, escovar, posicionar, trocar, elevar, baixar, exercitar, executar, etc.

Ex.: mudar de posição alternadamente na seguinte sequência: D.V., D.L.D.; D.L.E.; D.D. q. 2 horas

2: 4: 6: 8: 10: 12: 14: 16: 18: 20: 22: 24:
Prescrição 1/II/T.

Quando a dependência for correspondente a *AJUDA* o verbo deverá indicar uma ação de auxílio ou ajuda, isto é, uma dependência parcial do paciente para o enfermeiro. Podem ser escolhidos verbos como: ajudar, auxiliar, apoiar, oferecer, providenciar, permitir, facilitar, fornecer, acompanhar, favorecer, etc.

Ex.: Auxiliar na mudança de posição alternada na seguinte sequência:

DV; D.L.D; D.L.E; D.D. q. 4 h.

2: 6: 10: 14: 18: 22:

Prescrição: 1/II/A.

Quando a dependência do paciente for a nível de *ORIENTAÇÃO*, considerada a execução do cuidado prescrito, o verbo a ser utilizado deverá indicar essa dependência:

-- Orientar, explicar, conversar, esclarecer, falar, transmitir, educar, discutir, informar, palestrar, debater, questionar, abordar, entrevistar, etc.

Ex.: Orientar sobre a mudança de posição alternada para D.V., D.L.D, D.L.E, D.D. o.d.

Prescrição: 1/II/O

Quando a dependência do paciente for a nível de *SUPERVISÃO*, ou seja, depender do enfermeiro em termos de observação e/ou controle, o verbo a ser utilizado deverá corresponder em significado, a tal dependência:

— Supervisionar, observar, controlar, avaliar, fiscalizar, verificar, inspecionar, supervisionar, averiguar, confirmar, investigar, etc.

Ex.: Controlar a mudança de posição alternada na sequência: D.V, D.L.D, D.L.E, D.D q. 4 h.

2: 6: 10: 14: 18: 22:

Prescrição: 1/II/S

Por fim quando a dependência do paciente for a nível de ENCAMINHAMENTO a prescrição deverá, em sua redação, conter o verbo que signifique tal ação: Assim: Encaminhar, dirigir, conduzir, guiar, levar, etc.

Ex.: Encaminhar ao Nutricionista 10: (3/01/75)

Prescrição: 1/V/E.

Diante desse estudo, não foi difícil concluir que, em sua redação, uma prescrição de enfermagem pode ser considerada completa quando contiver:

1.º — Domínio — prévia indicação da incidência da prescrição em termos de área de necessidade predominante afetada:

Domínio 1 = psicobiológica

" 2 = psicossocial

" 3 = psicoespiritual

Para tanto a pessoa que prescrever deverá se perguntar: — Qual a área de necessidade que a prescrição atenderá mais incisivamente?

2.º — Propósito — prévia indicação do objetivo último da prescrição.

Propósito I — preservar o equilíbrio

" II — prevenir o desequilíbrio

" III — detectar os sinais e sintomas de desequilíbrio

" IV — promover o equilíbrio

" V — restabelecer o equilíbrio

" VI — implementar a prescrição médica.

Para tanto o enfermeiro deverá se indagar:

— Para que serve essa prescrição? ou qual a intenção última dessa prescrição?

3.º — Dependência — prévia indicação da dependência do paciente para o enfermeiro em termos de execução da prescrição, o que fica explícito através do verbo operacionalizado na redação.

Dependência: T — total

A — ajuda

O — orientação

S — supervisão

E — encaminhamento

A pergunta que o enfermeiro deve se fazer será:

— Por que esta e não outra forma de operacionalizar o cuidado? ou, qual a dependência do paciente para a execução deste cuidado?

4.º — Especificações — de forma, de local, de aprazamento, cabíveis ao conteúdo da prescrição.

— Quais as especificações cabíveis neste cuidado prescrito?

2. Algumas implicações de alguns registros de enfermagem:

A tendência à resolução do problema de registros em enfermagem parece ter tomado uma direção extremada.

Em termos mais concretos houve 2 fatos que se disseminaram imediatamente. Um deles foi a abolição do relatório de enfermagem em razão da chamada folha única, cuja característica era agrupar toda e qualquer anotação da equipe de saúde, desde que se referisse ao paciente. Outro fato foi a supressão dos cartões de operacionalização de cuidados do paciente, ou mesmo de fichários tipo Kardex, dando lugar a utilização da folha de prescrição médica do prontuário, como guia direto para a execução de atividades de enfermagem.

No primeiro caso aconteceu algo grave. Como quem mais executava cuidados e mais se aproximava do paciente era o pessoal auxiliar, as folhas únicas começaram a se apresentar quase que somente com anotações também únicas, provenientes dos médicos, porque o pessoal auxiliar se poupava de exposição à constante crítica do que era anotado.

No segundo caso aconteceu algo tão ou mais grave ainda. É que o único guia para cuidados do paciente passou a ser, em alguns serviços, a prescrição médica. Vemos nessa situação muitos riscos que

atingem graus diferentes de gravidade considerados os aspectos: de cognição, legais e éticos.

De cognição — porque a interpretação e compreensão da ordem médica que deve ser feita pelo enfermeiro para o pessoal auxiliar, está sendo entregue diretamente a pessoal auxiliar.

De ordem legal — porque o enfermeiro desse modo está delegando uma parte de suas atribuições ao pessoal auxiliar, sem que este esteja preparado para assumi-la.

De ordem ética — porque desse modo estão os pacientes expostos a riscos de interpretação sem o devido conhecimento de quem interpreta, e portanto, as suas vidas estão sendo relativamente desvalorizadas.

Por esses e outros aspectos é que nos colocamos frontalmente contrários a adoção de sistemas de registros de enfermagem, quando voltados única e diretamente para a simplificação. Foram encontradas algumas Instituições de tal modo envolvidas com essa falsa economia que não mais podem ser reconhecidas as anotações de enfermagem porque essas quase inexistem, ou existem de tal modo pulverizadas no prontuário que, em geral, não são encontradas quando se pretende reconstituir a situação global de enfermagem de um paciente.

CONCLUSÃO

Um estudo para a determinação de uma metodologia das prescrições de enfermagem viria, entre outras vantagens, exigir um paralelo estudo de formas ou tipos de registro e documentação compatíveis com a crescente necessidade de qualificação de assistência demandada. Algumas outras reflexões são cabíveis neste momento.

Hoje é sabido que o progresso da ciência já tornou possível quase sempre transformar as observações qualitativas em medições quantitativas. Indaguemos agora o que aconteceria se os enfermei-

ros adotassem uma linguagem, uma codificação universal, observação qualitativa e medições quantitativas para as prescrições de enfermagem?

Para o futuro talvez venha a ser firmado um método graças ao qual possa ser medida a assistência de enfermagem. Contudo, ainda que tal método venha a ser adequadamente aplicado, ainda assim nos restará saber, por meio da observação direta, o que consideramos qualificação da assistência de enfermagem. Por outro lado, correríamos o perigo de medir outra coisa.

No presente, as preocupações com registros e documentação terão que ser muitas e intensas, principalmente porque quando alguns enfermeiros estudaram o despropósito de algumas detalhadas anotações sobre dados de aparente pouca significação, e tentaram formas de resolver o problema através da simplificação das anotações, tornou-se quase impossível reconhecer qualquer dado, significativo ou não, anotado em prontuários, pelo pessoal de enfermagem.

Caso pudéssemos ter imediatamente um sistema de prontuário orientado por problemas, para toda a equipe de saúde, não estaríamos direcionando este trabalho para uma posição aparentemente unilateral, qual seja, a de tratar de registros e documentação numa ótica particular de enfermagem. Certamente estaríamos falando de uma experiência com folhas unificadas de registro e documentação conjunta da equipe de saúde. Entretanto, por motivos vários, fartamente conhecidos de todos nós, teremos que agora tratar de estudar até dominar o que é particular de enfermagem, a fim de que, um dia, estejamos prontos a discutir formas de registros comuns à toda a equipe de saúde para condensação do arquivo de prontuários dos pacientes.

Em verdade, ainda não amadurecemos para tanto. Pouco nos voltamos para es-

tudos dessa natureza. Além disso, a formação da equipe de enfermagem no Brasil, ainda não é proporcional em níveis de qualificação, à necessidade já existente, a ponto de se esperar que um sistema de registro criado, vá dispensar, de imediato, a colaboração em termos de anotações de mais de 60% do pessoal que milita nas equipes de enfermagem sem a desejável qualificação profissional.

Assim, pensando, e coerente com os conceitos aqui emitidos, ousamos propor um sistema de registro ainda particular de enfermagem, pois este, não tem sido um aspecto do alto domínio e interesse geral dos enfermeiros; mas, é preciso que venha a ser profundamente estudado, valorizado e sobretudo, que se integre na interpretação de anotações dos demais componentes da equipe. Para tanto, os enfermeiros precisam estar preparados e, no mais breve tempo possível, partirem para outros estudos de formas de registro conjunto em equipe de saúde.

Preocupamo-nos em sugerir formas básicas de registros simples, apenas por avaliá-los como condizentes com as etapas metodológicas de todo o processo de enfermagem e, longe de nós a intenção de entendê-los como os mais corretos, os mais adequados, ou os melhores a serem utilizados. Ao contrário, desejamos que estes possam servir de referência a sérios e mais delongados estudos entre enfermeiros de Escolas e de Serviços em busca de uma situação de fato para os enfermeiros, condizente com aquilo que lhes é próprio e, para o que terão que assumir o mais alto nível de independência, na demonstração de uma autonomia de ação na assistência ao indivíduo, à pessoa, às famílias e à comunidade, a partir dos valores do homem presente. Tudo isso requer de nós todos audácia e competência nova. É uma questão de opção o próximo acontecer profissional.

BIBLIOGRAFIA

1. AYRES, D.R. — Atuação da Enfermeira na Equipe de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 4: 253-255, 1965.
2. BACHAND, M. — Wanted: a definition of nursing practice. *The Canadian Nurse*. May, 1974.
3. BRODT, D. — A Synergistic of nursing. *American Journal of Nursing*. 69: 8b — Agosto, 1969.
4. BROWN, M.M. and FOWLER, R.G. — *Psychodynamic Nursing* W. B. Saunders Company — Philadelphia — 3th edition, 1966.
5. CAROLYN, E.C. — *Behavioral Concepts and Nursing Intervention* Lippincott Company, Philadelphia, Toronto, 1970.
6. CARVALHO, A. C. — Plano de Cuidados de Enfermagem Como Uma das Funções do Enfermeiro — Chefe — *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1: 108-117, Março, 1968.
7. CARVALHO, V. — Dos Princípios e Proposições da Observação Sistematizada na Enfermagem — *Revista Brasileira de Enfermagem* — 5: 30-45, Julho/Setembro, 1971.
8. CHERESCOVICH, G. — A Shared Nursing Care Plan — *The American Journal of Nursing* — 29: 202 — Feb, 1959.
9. CIANCARULLO, T. I. — KOIZIMI, M. S. — FERNANDES, R. A. — Prescrição de Enfermagem: experiência de sua aplicação em Hospital Particular.
10. CIUCA, R. I. — Over the years with the nursing care plan *Nursing Outlook* — 20: 706-711, March, 1972.
11. CARVALHO, A. C. — Considerações sobre o ensino de campo na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* — 5: 149-153, Out/Dez. 1972.
12. DAHLSTEDT, J. M. Rearrangements to enrich bedside nursing Changing patterns of nursing practice — *The American Journal of Nursing* Copyright, 1971.
13. DOURADO, H. G. — Funções do Enfermeiro — *Revista Brasileira de Enfermagem* 1, 2 e 3: Editorial, Junho, 1968.

14. DUGAS, B. W. — Tratado de Enfermeira Practica — Ed. Interamericana México — 2.^a ed., 1974.
15. ETAVE, R. — Uma pedagogia para o homem — Editora Vozes Ltda. Petrópolis, 1971.
16. FRIEDLANDER, M. R. — Prescrição Diária de Enfermagem — condições para a sua implantação como atividade de rotina da enfermeira — *Revista da Escola de Enfermagem da USP* — 2: 177-186, Setembro, 1973.
17. FORTUNE, G. — Nursing Care Plan — *The American Journal of Nursing* — 53: 1082-1084, September, 1953.
18. HARA, Y. — Consideração sobre o ensino da assistência de enfermagem no atendimento das necessidades básicas — *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1: 55-61, Março, 1969.
19. HENDERSON, V. — On nursing care plans and their history — *Nursing Outlook* — vol, 21, n.º 6 — June, 1973.
20. HORTA, W. A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos — *Revista Brasileira de Enfermagem* — 2:214-219 — Abril/Junho, 1974.
21. KELLY, C. N. — Nursing care plans — *Nursing Outlook* — 14: 61-64, May, 1966.
22. KRAMER, M. Team Nursing — means or an end? — *Nursing Outlook* — 19: 648-653, October, 1971.
23. LEINO, A. Organizing the Nursing Team — *The American Journal of Nursing* — Vol. 51, n.º 11 — November, 1951.
24. ———— Planning patient — centered care — *The American Journal of Nursing* — 52: 324-325, March, 1952.
25. MAUKSCH, I. G. and MAUKSCH, H. O. — The Value of the Nursing Care Study. *The American Journal of Nursing* — 50: 44-46, Jan, 1950.
26. PAIM, L. e Cols. — A importância dos objetivos operacionais no ensino de graduação em enfermagem — *Revista Brasileira de Enfermagem*: 1: 4 a 41, Jan/Mar, 1974.
27. PAIM, L. HOELZ, L. e CASTRO I. B. — Iniciação à Metodologia do Processo de Enfermagem — Publicação da ABEn, GB., 1974.
28. PAULA, N. S., HARA, Y. e HORTA, W. — Ensino do plano de Cuidados em Fundamentos de Enfermagem — *Revista Brasileira de Enfermagem* 4: 249-263, Agosto, 1967.
29. RIBEIRO, C. M. — Auditoria de Serviços de Enfermagem — *Revista Brasileira de Enfermagem* — 4: 91-103, Julho/Setembro, 1972.
30. RIBEIRO, C. M. e GARCIA, T. L. — Padrões mínimos para campo de prática de estudantes de enfermagem — *Revista Brasileira de Enfermagem* — 5: 371-374, Outubro, 1968.
31. ROCHA, D. N. — Comportamento terapêutico da enfermeira na hospitalização da criança — *Revista Brasileira de Enfermagem* — 1:89-100, Janeiro/Abril, 1972.
32. ROLIM, J. E. — Aplicações da Metodologia de Enfermagem no Cuidado de um Paciente — *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1: 81-95 Março /Setembro, 1970.
33. TRAVELBEE, J. Intervention in Psychiatric Nursing Process in the one-to-one relationship F. A. Davis Company — Philadelphia, 1969.
34. TROY, J. C. — Let's start with the patient — *The American Journal of Nursing* — 51.699-670 — December 1951.

COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM

Nome:..... Unid.:..... Lto.:.....
 Data nasc. / / Profissão..... E. civil.....
 End. atual..... (tel.)
 Parente/amigo (nome end.)

ENTREVISTA

N.º
 Data
 Ass./Enf.

TÓPICOS	SUMÁRIO DESCRITIVO
I. Entrevista e observações: — percepções — sentimentos — expectativas	
II. Est. físico e dados clínicos de interesse para enf.	
III. Impressões do entrevistador	

PLANEJAMENTO INICIAL DE ENFERMAGEM

Nome:..... Unid.:..... Lto.:.....

Data nasc. / / Profissão..... E. civil.....

Motivo hosp. Data hosp.

End. atual..... (tel.)

Parente/amigo (nome end.)

.....

Plan. N.º
 Data
 Ass./Enf.

MEDIDAS	PRESCRIÇÃO ENF.	APRAZAMENTO
1. Ajustamento da pessoa do paciente		
2. Educacionais do paciente e familiares		
3. Detecção de sinais e sintomas		
4. Implementação do plano terapêutico médico		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Unid.: Lto.:
 Data nasc. Mot. hosp.....
 Data hosp. End. atual (tel.).....

 Parente/amigo próximo

EVOLUÇÃO

N.º
 Data
 Enf. Resp.

Turno (M.T.N.)	Prob. N.º	Descreva sumariamente os dados S — O — J — Ap. (assine a anotação)
		<p><i>Dados de registro:</i></p> <p>S = subjetivos O = objetivos J = justificativa Ap = alteração do plano</p>

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

Nome:..... Unid.:..... Lto.:.....
 Data nasc. / / Profissão..... E. civil.....
 Motivo hosp. Data hosp.
 End. atual..... (tel.)
 Parente/amigo próximo (nome)
 end. Tel.

Folha N.º
 Data
 Enf./Chefe

Prob. N.º	ESPECIFICAÇÃO	Data detecção	Rubrica responsável detecção	PRESCRIÇÃO DE CUIDADO			REAÇÃO OBTIDA			Rubrica avaliador
				Dom.	Prop.	Depend.	+	=	-	

ATENÇÃO: Numere em seqüência continua todo e qualquer problema de enfermagem desde a entrada até a saída do paciente sob s/ responsabilidade profissional direta. Um problema é significativo quando a sua consideração merece preenchimento da prescrição de cuidado.

PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Nome Unid..... Lto..... Data nasc.
 Motivo hosp. Data hosp..... End. atual (ou tel.)

Presc. n.º
 Data:
 Rubr. Enf.

PRESCRIÇÃO DO CUIDADO				APRAZAMENTO	
Prob. N.º	Dom.	Prop.	Depend.	TÍTULO	
					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 Convenção Internacional

