

PROCESSO DE ENFERMAGEM ORIENTADO PARA OS PROBLEMAS DO PACIENTE: INICIAÇÃO DE ENSINO EM FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

Autoras, *

Dra. Nara Sena de Paula **

Maria Margarida da Cunha Gonçalves ***

Tamara Iwanov Cianciarullo ***

Rosa Áurea Quintella Fernandes *

Maria Romana Friedlander ***

Maria Coeli Campedelli *

Edna Aparecida Moura Arcuri ***

Neide Valdez dos Santos *

RBEEn/12

PAULA, N.S. e colaboradoras — Processo de enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação de ensino em fundamentos de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 31 : 101-113, 1978.

O COFEN está elaborando um anteprojeto de lei que regulamentará a Enfermagem e, segundo este, as enfermeiras terão que desempenhar sua função de assistência ao paciente com utilização de uma metodologia própria que é o Processo de Enfermagem.

Esta metodologia já tem sido ensinada aos alunos da EEUSP, porém neste ano, 1977, desenvolvemos em Fundamentos de Enfermagem uma nova abordagem ao assunto, iniciando o ensino do Processo de Enfermagem orientado para os problemas do paciente. Este ensi-

no teria que ser continuado nas outras disciplinas de enfermagem do currículo, porém, como iniciação, achamos oportuno publicar a nossa experiência para que possa ser testada e desenvolvida em outras situações de ensino.

As enfermeiras vêm sendo assediadas por idéias e pelo próprio desenvolvimento tecnológico e científico para melhorar a eficiência das suas atividades junto ao seu cliente.

Aqui no Brasil, Dra. Wanda de Aguiar Horta (1971) vem estudando e aprofundando uma metodologia do processo de

(*) Equipe de Fundamentos de Enfermagem da EEUSP.

(**) Doutora em Enfermagem.

(***) Mestres em Enfermagem.

enfermagem baseada nas necessidades humanas básicas que tem influenciado e estimulado outros profissionais a desenvolverem suas idéias.

Outros estudos têm sido desenvolvidos no Brasil a respeito da sistematização da assistência de enfermagem como os de PAULA e colab. (1967), FRIEDLANDER (1973), CIANCIARULLO e colab. (1974), PAIM, (1975).

No exterior inúmeros trabalhos têm sido feitos sobre o assunto como: CARRIERI (1971), CARLSON (1972), YURA (1973), MITCHELL (1973).

Atualmente verifica-se a tendência a se dar ênfase aos problemas do paciente, mais do que a seu diagnóstico ou qualquer outro enfoque à sua problemática. Surge na literatura média a abordagem dos prontuários orientados para os problemas dos pacientes como o faz WEED (1971) chamando-os de POMR ou seja, "Problem Oriented Medical Record".

Ao elaborarmos o planejamento da utilização do Processo de Enfermagem em Fundamentos de Enfermagem, partimos do pressuposto de que é uma atividade muito complexa, desenvolvida gradativamente no aluno de Enfermagem e, portanto, precisando ser iniciada como um primeiro passo na escala desse desenvolvimento.

Consideramos que seria por demais difícil para o aluno de Fundamentos de Enfermagem, baseadas em experiências anteriores, classificar os problemas do paciente em termos das necessidades afetadas, fazer o diagnóstico de enfermagem global do paciente e dar assistência de enfermagem a partir deste enfoque. Pareceu-nos que seria mais fácil ao aluno iniciante registrar os problemas básicos de enfermagem que surgissem com a aplicação do Histórico de Enfermagem simplificado, dar assistência direta a cada um destes problemas de "per si" e acompanhar a evolução e

resolução de cada um destes problemas isoladamente. Como o aluno iria cuidar individualmente de cada paciente, seria capaz de relacionar os problemas entre si e perceber as implicações de uns sobre outros.

Assim, em linhas gerais, o esquema de ensino seguido foi o de fundamentação teórica sobre o assunto, manuseio e preenchimento em classe dos instrumentos de trabalho sob a forma de impressos que seriam utilizados na prática e estágio supervisionado de 9 semanas com aplicação sistemática da metodologia proposta.

COMO FOI INTRODUZIDA A PARTE TEÓRICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA OS ESTUDANTES

Fundamentos de Enfermagem sendo a primeira disciplina do tronco profissional oferece aos alunos a oportunidade de estabelecerem e desenvolverem os primeiros contatos com pacientes hospitalizados. Aproveitamos, então, esta oportunidade para iniciar com o grupo de alunos o aprendizado sobre o processo de enfermagem.

Nas aulas iniciais desta disciplina, os estudantes receberem noções sobre o processo de enfermagem num total aproximado de 10 horas aula. Neste período foram organizados pequenos grupos de estudo para leitura e discussão de bibliografia escolhida e pertinente ao assunto. Nas duas últimas horas aulas, foi-lhes apresentado um resumo das vantagens, utilização e fases do processo. Ainda, nesta ocasião, foram discutidos, com a classe, os principais aspectos dessa metodologia e as dúvidas dos alunos. Verificou-se, pelo número de perguntas e pelo interesse nos debates, que o estudo motivou bastante o grupo.

Uma semana antes do trabalho de campo (estágio) ser iniciado, foram utilizadas 12 horas para preparar os estu-

dantes no manuseio dos impressos e desenvolvê-los na aplicação prática do processo de enfermagem. Nas primeiras 2 horas-aula deste período foi feita uma recapitulação da filosofia e etapas do processo pois houve uma defasagem de cerca de dois meses entre as aulas iniciais e a utilização prática do mesmo. Nas 4 horas-aula seguintes foram apresentados os impressos que seriam usados durante o estágio e as normas de preenchimento e utilização deles. Nas 6 horas finais foram apresentados históricos de enfermagem preenchidos hipoteticamente e, em reuniões de pequenos grupos, os alunos desenvolveram todas as demais etapas baseados nos dados apresentados nestes históricos.

As normas de preenchimento e utilização dos impressos foram o produto de várias reuniões da equipe de docentes desta disciplina para discussão, estudo e tomada de posição da forma de como se iria orientar o estudante, durante todo o período de trabalho de campo. Estas reuniões permitiriam, também, uma certa homogeneidade da atuação da equipe, indispensável à segurança da própria docente e ao aproveitamento do estudante.

MATERIAL E MÉTODO

A aplicação do processo de Enfermagem orientado para os problemas dos pacientes foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da U.S.P., no período de 2/5/77 a 30/6/77, em clínicas médicas e cirúrgicas.

Participaram 7 docentes na supervisão direta dos 78 alunos, uma docente responsabilizou-se pela coordenação geral do trabalho, dos estudos paralelos e do acompanhamento dos Estudos sobre Paciente apresentados em classe.

No estágio, cada aluno cuidou de 1 a 3 pacientes usando o Processo de Enfermagem orientado para os problemas do

paciente, com supervisão diária e direta de um docente para cada 6 ou 7 alunos.

Para ser possível a formação destes pequenos grupos de alunos, condição indispensável para o sucesso do programa, a classe de 78 alunos foi dividida em dois grupos que se alternavam em estágio: um dos grupos (grupo X) foi para o campo às 2.^{as} e 5.^{as} feiras e o outro grupo (grupo Y) às 3.^{as} e 6.^{as} feiras. Cada um destes pequenos grupos foi acompanhado por uma docente.

As docentes de Fundamentos de Enfermagem, ficaram fixas e numa unidade do hospital, com a qual já estavam habituadas e foram ao estágio às 2.^{as}, 3.^{as}, 5.^{as} e 6.^{as} feiras. Durante as nove semanas a docente recebeu o mesmo sub-grupo às 3.^{as} e 6.^{as} feiras, as 4.^{as} feiras foram reservadas para reuniões das docentes da disciplina.

As atividades diárias no campo tinham a duração de 5 horas, reservando-se a última hora para avaliação e troca de experiência de cada sub-grupo com a respectiva docente. Além disso, cada docente reunia os seus 2 sub-grupos no final de cada semana para discutirem os problemas dos pacientes a fim de assegurarem a continuidade da assistência de enfermagem.

Foram previstos estudos dirigidos, leituras e pesquisas no campo, para os alunos que se alternavam em estágio. Aos sábados eram realizadas reuniões de toda a classe para discussão, orientação e apresentação de relatórios finais desses estudos paralelos, com a participação das docentes responsáveis pelos assuntos.

Considerando o fato da classe ter sido dividida em dois grupos e os alunos alternarem-se no estágio, levantou-se o problema da possibilidade de ser descontinua a experiência do aluno e a assistência ao paciente. Esta forma de descontinuidade do aluno em estágio foi bastante discutida, porém a decisão fi-

nal baseou-se no pressuposto de que o Processo de Enfermagem garante uma continuidade de cuidados ao paciente ainda que o elemento da equipe de enfermagem não seja o mesmo todos os dias. Para assegurar ao paciente o mínimo de mudanças de pessoas responsáveis por ele, os alunos cuidavam dos pacientes aos pares, sempre que possível, isto é, um aluno do grupo X e outro do grupo Y eram responsáveis sempre pelo mesmo paciente e, portanto, de todo seu prontuário de enfermagem.

A escolha dos pacientes procurou atender as oportunidades para execução de cuidados, motivação dos alunos e facilidade de supervisão.

Instrumentos utilizados

Para facilitar o manuseio dos impressos utilizados no cuidado de cada paciente, os mesmos foram colocados em uma pasta que foi denominada "prontuário de enfermagem do paciente".

Cada prontuário constou dos seguintes impressos:

- 1 — História de Enfermagem III (HORTA, 1976)
- 2 — Mapa de problemas do paciente
- 3 — Plano de Cuidados
- 4 — Evolução do paciente

Para uso das docentes foi utilizado o impresso "Relação de pacientes com Histórico de Enfermagem I" (Anexo 1).
Histórico de Enfermagem III (Anexo 1)

Em linhas gerais constou dos dados de identificação do paciente; percepções e expectativas; atendimento das necessidades básicas; exame físico; o que gostaria de perguntar; impressões do entrevistador e dados clínicos de interesse para a enfermagem.

O preenchimento deste impresso foi orientado seguindo as normas:

- Identificar o impresso com nome e número do leito do paciente.

- Procurar levantar todos os dados indicados pelo impresso.
- Registrar as informações colhidas no lado direito da folha.
- Utilizar uma linguagem objetiva e concisa.
- Coletar os dados no primeiro contato formal com o paciente. Completá-los durante a execução dos cuidados ou sempre que surgissem novas informações.
- Fazer o exame físico durante o banho no leito ou durante cuidados de higiene. Caso não haja essa oportunidade, examinar detalhadamente o paciente em ocasião específica para isto.
- Sublinhar todos os problemas do paciente identificados no histórico.

Mapa de Problemas (Anexo 2)

Este impresso constou dos dados de identificação do paciente; número do leito, data de internação, e colunas para data, número e listagem dos problemas levantados, ação da Enfermagem, data da abordagem, data da solução.

Para o preenchimento e utilização deste mapa as normas estabelecidas foram:

- Preencher imediatamente após os primeiros problemas terem sido identificados.
- Listar os problemas identificados no histórico e numerá-los de acordo com a ordem de identificação.
- Determinar uma ou mais ações de enfermagem para cada problema levantado na coluna correspondente.
- Repetir no mapa o problema do paciente, caso tenha que ser revisado ou acrescentadas novas ações de enfermagem, conservando o mesmo número que o caracterizou na primeira vez.

- Anotar a data do início da execução da ação de enfermagem na coluna “Data da Abordagem” e a data de resolução de cada problema na coluna “Data da Solução”.
- Rever e atualizar, diariamente, o “mapa de problemas”.

Plano de Cuidados (Anexo 3)

Constou de identificação do paciente e colunas para data, cuidados de enfermagem e horário.

As normas para sua utilização e preenchimento foram:

- Datar o plano na coluna correspondente.
- Redigir o plano de cuidados após o preenchimento do mapa de problemas ou após a atualização deste e do histórico de enfermagem.
- Elaborar o plano de forma a individualizar o paciente.
- Elaborar o plano baseando-se nos problemas levantados e nas prioridades estabelecidas.
- Planejar cuidados que solucionem esses problemas e que previnam ou detectem outros problemas.
- Redigir a lista de cuidados a serem dispensados ao paciente seguindo a ordem:
 - 1.º — controles necessários
 - 2.º — cuidados referentes à higiene, alimentação, medicação e tratamentos
 - 3.º — observação de sinais e sintomas
 - 4.º — verificações sobre a eficiência dos tratamentos e cuidados
 - 5.º — orientações a serem ministradas
 - 6.º — encaminhamentos
- Colocar o horários conveniente após cada item da prescrição.

- Elaborar o plano com um número praticável de cuidados (quanto ao tempo e condições da unidade) para ser executado no período das 7 às 11 horas.
- Assinar o plano imediatamente após a prescrição do último cuidado.
- Estudar detalhadamente o plano antes do início da execução dos cuidados. No caso de qualquer dúvida, discuti-la com a docente.
- Modificar o plano, caso fosse necessário, e adaptá-lo às condições exigidas pelo paciente no momento da prestação dos cuidados.

Evolução do Paciente (Anexo 4)

Constou de identificação do paciente, colunas destinadas a data e a rubrica do aluno. A orientação ao seu preenchimento e utilização obedeceu às normas:

- Fazer, diariamente, a evolução do paciente após os cuidados terem sido prestados.
- Datar e assinar todas evoluções.
- Elaborar a evolução com o seguinte conteúdo:
 - 1.º — dados sobre a possibilidade de execução ou não do plano de cuidados e, se fosse o caso, as causas da não execução;
 - 2.º — itens que não foram executados e motivo;
 - 3.º — evolução dos problemas do paciente;
 - 4.º — novos fatos acerca do paciente;
 - 5.º — visão global do seu estado.
- Ler atentamente a evolução do dia anterior antes do início da execução da prestação dos cuidados.

Relação de pacientes com Histórico de Enfermagem III (Anexo 5)

Constou de colunas destinadas a ordem de entrada do paciente no estudo,

nome do paciente, número do leito, registro, data da entrada do paciente no estudo, data da saída do paciente do estudo, nome da aluna responsável e observações.

A docente deveria atualizar diariamente este impresso.

No desenvolver do estudo estabeleceu-se também que as docentes deveriam revisar diariamente o plano das estudantes para aquele dia, e sempre que possível revisar os prontuários de enfermagem discutindo-se com os alunos.

EXEMPLO DE PARTES DE UM PRONTUÁRIO DE ENFERMAGEM

Histórico de enfermagem:

Nome:; Registro:
.....; Diagnóstico médico: Estenose Cáustica do esôfago; 22 anos, sexo feminino; loira, solteira, ginásio completo; estudava e trabalhava em fábrica de caixas; católica praticante (missa aos sábados e domingos); nasceu no interior do estado de São Paulo e mora em Curitiba.

Foi admitida no dia 02-02-77. Começou o tratamento em um Hospital de Curitiba de onde foi transferida para o H.C.

Preocupa-se com sua cura e com a mãe. Tem medo da cirurgia. Não gosta muito de médico à sua volta. Há muita troca de médico. Sabe que tem que fazer esofagocoloplastia em dois tempos. Está informada de que corre grande risco na cirurgia. Em setembro completa três anos de tratamento. Passa mais tempo internada do que em casa.

Dorme cerca de nove horas por dia. Até 1972 fazia educação física na escola. Jogou basquete mesmo depois de sair da escola. Antes do tratamento comia arroz, bife, ovos, salada. Gosta de batata frita. Três lanches, almoço e jantar.

Agora não pode comer nada, só dieta líquida. Às vezes fica uma semana sem beber água. Evacua duas a três vezes por semana. Tomava banho de banheira duas vezes por dia. No hospital toma um banho de manhã e outro à noite.

Mora na cidade, casa de alvenaria, água encanada, luz elétrica, gás, quintal com jardim, cozinha, sala, três quartos, um banheiro. Possui cachorro (um). Tem na casa moscas e pernilongos.

Gosta de escrever e ler, educação física. Quer ser fotógrafa. Fazia bichinhos de lã. Gosta de trabalhos manuais.

Nunca teve relações sexual.

Tem mãe, nove irmãs (oito casadas) três irmãos (um casado). O pai morreu quando tinha oito anos. É a filha mais nova. A mãe trabalha como lavadeira e cuida de três sobrinhos, sendo que o que tem onze anos cuida dos outros dois menores que ele.

Não acredita no cuidado médico. Estudou num livro à respeito da doença. Quer ficar boa.

Observações: paciente com aparente boa vontade para responder às perguntas, expressando-se facilmente, com fluência e segurança no que diz.

Em abordagem posterior:

Deixaremos de transcrever literalmente a problemática que levou a paciente a tomar "Diabo Verde" por se tratar de relato confidencial que poderia levar à identificação da paciente e quebra do sigilo profissional.

De vez em quando fumava escondido da mãe. Teve varicela, sarampo e caxumba. Era vacinada todo ano na escola, mas não sabe para que. Foi vacinada três vezes para meningite. Depois da moléstia atual vai ao dentista de três em três meses. Antes tinha ido duas vezes ao médico.

Gosta de fazer amizades e ajudar os funcionários. Não gosta de alguns funcionários e pacientes, mas não dá de-

monstração disso. Não gosta da Enfermeira-chefe que não a deixou receber visitas de uma funcionária da ORL (Clínica de Otorrinolaringologia). É muito nervosa, (chora, grita, joga as coisas no chão quando pensa que não vai sarar). Fica nervosa às terças e quinta-feiras depois da visita médica, porque ouviu tudo, entendendo quase tudo que eles dizem, e não consegue deixar de ouvir. Preocupa-se em cortar o esterno e com as cicatrizes e cicatrização.

Exame físico:

Aspecto geral bom; expressão facial normal; conversa muito contactando bem como o meio, tem noção do tempo e espaço. Boa postura, locomoção normal. Vestuário próprio.

Peso: 55 400 kg.

Altura: 1,60 cm.

Sinais Vitais: PA: 9/5,5

T: 36.7 P: 78 R: 20

Cabeça: cabelos em bom estado de higiene, boa mobilidade.

Ouvidos: n.d.n. (nada digno de nota).

Nariz: fossa nasal semi-obstruída com saída de um fio-guia para dilatação do esôfago.

Boca: mucosa íntegra; possui prótese superior. Arcada dentária inferior com presença de cáries nos molares, pré-molares e incisivos.

Membros Superiores: pele íntegra em bom estado de limpeza. Pele áspera nos cotovelos e necessitando de melhor higiene. Pelos nas axilas (faz tricotomia toda semana). Músculos em boas condições e rede venosa regular. Possui cicatriz na face interna do braço, próxima à articulação, apresentando um ponto que, segundo a paciente, infecciona com freqüência.

Pescoço: mobilidade boa e sem lesões. Não possui gânglios infartados.

Mamas: n.d.n.

Tórax: n.d.n.

Abdomem: sujidade na região umbilical. Apresentando manchas que a paciente refere serem de esparadrapo por ser alérgica. Possui gastrostomia aberta.

Tronco-dorsal: torax- — n.d.n.
lombo-sacro — n.d.n.
região anal — n.d.n.

Nádegas: musculatura entrófica, manchas escuras que a paciente informa terem sido causadas por lesões na infância.

Membros Inferiores: pele ressecada, tricotomia uma vez por semana.

Genitais externos: aspecto normal.

Dados clínicos de interesse: infecção urinária por *Escherichia coli*, (cultura 16/04/77).

MAPA DE PROBLEMA DO PACIENTE

Nome do paciente N.º Leito Enf.
 Data de internação

Data	N.º	Problema levantado (observado ou relatado)	Ação da Enfermagem	Data da	
				Abordagem	Solução
2-5-77	1	Diagnóstico: Estenose Cáustica do Esôfago	Orientação quanto à doença e tratamento.	9-5-77	—
2-5-77	2	Paciente chora e se queixa por qualquer motivo.	Verificar a validade das queixas e procurar atendê-la e torná-la independente dessas queixas. Ter paciência com ela.	3-5-77 em diante	—
2-5-77	3	Nervosismo após as visitas médicas.	Verificar o motivo. Conversar com a paciente após a visita médica e deixá-la falar o que sente.	5-5-77 em diante	—
2-5-77	4	Medo da cirurgia.	Conversar sobre a cirurgia. Reforçar quanto a possibilidade de sair mais cedo do hospital e ficar boa.	5-5-77	20-5-77
2-5-77	5	Preocupa-se em cortar o esterno na cirurgia e com as cicatrizes.	Orientar quanto ao corte do esterno (não é necessário, é feito em túnel retro-esternal). Dizer que as cicatrizes ficam menos visíveis com o tempo.	5-5-77	6-5-77
2-5-77	6	Sente falta de recreação e de trabalhos manuais.	Verificar a possibilidade do serviço de Voluntariado fornecer material para recreação.	9-5-77	11-5-77 e outros (revistas)

Data	N.º	Problema levantado (observado ou relatado)	Ação da Enfermagem	Data da Abordagem	Data da Solução
2-5-77	7	Não gosta de alguns pacientes e funcionários.	Verificar as razões e quanto isso a afeta socialmente.	9-5-77	—
2-5-77	8	Pouca ingestão de água (chega a uma vez por semana apenas).	Orientação quanto à necessidade de maior ingestão de água (ver intestino e pele). Supervisionar a ingestão de água. Manter a garrafa e copos limpos e com água fresca.	3-5-77 em diante	10-5-77
2-5-77	9	Evacua 2 a 3 vezes por semana.	Verificar se está mantendo frequência.	3-5-77	—
3-5-7	10	Possui gastronomia fechada.	Curativo com gaze e microporo com solução de Dakin.	5-5-77	16-5-77
3-5-77	11	Pele ressecada nos membros inferiores e cotovelo.	Providenciar vaselina para lubrificação e forçar a ingestão de água.	3-5-77	10-5-77
3-5-77	12	Pelos crescidos nas pernas e axilas.	Providenciar material para tricotomia e acompanhá-la ao banheiro nesta atividade.	5-5-77	5-5-77
3-5-77	13	Infeção urinária por <i>Escherichia coli</i> .	Controle da temperatura e orientar quanto à higiene íntima.	3-5-77	9-5-77
6-5-77	14	Resistência ao exame de manometria.	Exemplificação quanto ao exame (calibre das sondas). Cirurgia depende desse exame.	6-5-77	12-5-77

Data	N.º	Problema levantado (observado ou relatado)	Ação da Enfermagem	Data da Abordagem	Data da Solução
12-5-77	15	Escabiose.	Orientar quanto ao problema e ao uso de escabícida.	12-5-77	16-5-77
13-5-77	16	Reclama que não pode engolir a dieta líquida e foi observado que a paciente come escondido.	Verificar o motivo deste comportamento.	13-5-77	13-5-77
20-5-77	17	Gostaria de ser outra pessoa.	Realçar o que ela tem de bom e bonito (é valdosa). Fazer elogios quanto à sua aparência.	23-5-77	—
20-5-77	18	Gastrostomia aberta.	Fechar quando for ao banheiro e abri-la na volta.	20-5-77	—
20-5-77	19	Fístula intestinal com dreno de Penrose no hipocôndrio e com bolsa de colostomia.	Trocar a bolsa. Limpeza do local e anotar aspecto e quantidade de secreção.	20-5-77	—
20-5-77	20	Lábios e mucosa ressecados.	Lubrificar os lábios com vaselina e umidecer com água.	23-5-77	24-5-77
31-5-77	21	Infecção da incisão com deiscência de parede e resistência da paciente em ir para o isolamento (como paciente infectado)	Orientar quanto à necessidade disso.	31-5-77	2-6-77

PAULA, N.S. e colaboradoras — Processo de enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação de ensino em fundamentos de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 31 : 101-113, 1978.

Exemplos de Plano de Cuidados

Nome do Paciente:

Data	Cuidados de Enfermagem	Horários
5-5-77	Controles: T., P., R., PA e Peso	8.00
	Controle de Diurese	7.30
	Cuidados higiênicos — Providenciar material para tricotomia e vaselina para os cotovelos	8.30
	Fazer curativos ao redor da sonda de gastrostomia	10.30
	Verificar frequência das evacuações	7.40
	Atenção e orientação após a visita médica	10.00
Assinatura		
21-6-77	Controles de T., P., R., PA e Peso	8.00
	Controle de Diurese	7.30
	Verificar como aceita a dieta pela sonda, respeitar seu pudor e apoiá-la quanto a isso	8.00 e 11.00
	Verificar se tem recebido notícias em casa	9.00
Assinatura		

Exemplos de Evolução do Paciente

Data	Nome	Rubrica
5-5-77	Executados todos os itens do plano de cuidados, com exceção da vaselina para os cotovelos. Apresentar-se com bom estado geral. Refere ter dormido bem. Ficou nervosa após a visita médica. Aceitou a gema de ovo no desjejum e refere não estar conseguindo engolir os alimentos. Não evacuou ontem. Eliminação vesical normal (sic). Refere cefaléia.	
Assinatura		
21-6-77	Abordados todos os itens do plano de cuidado. Estava arrumando suas coisas para ser transferida para Suzano. Estava alegre e dizendo que voltaria em um mês. Referiu não ter recebido notícias de casa, mas que escreveu para sua mãe comunicando a sua transferência. Referiu ter vergonha de se alimentar pela sonda mas que se conformava pois iria se alimentar por ela só por um mês e depois voltaria para fazer nova cirurgia e a sonda seria retirada, mas nunca se acostumaria a se alimentar pela sonda. Não se queixou de ir para Suzano, estava bastante animada, não apresentando nenhum sinal de tristeza ou de ansiedade.	
Assinatura		

CONCLUSÃO

Uma experiência da aplicação do processo de enfermagem orientado para os pacientes vem ao encontro das aspirações maiores das docentes de Fundamentos de Enfermagem que em suas atividades de ensino vêm-se muitas vezes dicotomizadas em termos: estudante-paciente. Essa metodologia simples em seu contexto mais amplo já, que centra suas atenções nos problemas identificados pelo próprio estudante utilizando instrumentos e conhecimentos

tos adquiridos previamente em salas de aulas, proporciona um sistema de retroalimentação que dinamiza o processo de avaliação do estudante. As docentes que não possuíam instrumentos tão precisos para avaliar o estudante em função de suas atividades para assistência das necessidades dos pacientes, durante o desenvolvimento deste trabalho no campo não precisariam preocupar-se com a dicotomia estudante-paciente, pois ambos eram mantidos sob controle pelo processo utilizado.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ARADINE, C. R. and GUTHNECK, M. — The problem oriented record in a Family Health Service. *The Amer. Jour. of Nursing*, 74 (6) : 1108-12, June, 1974.
- BROWNING, Mary — The nursing Process Practice. Contemporary Nursing Series New York. *The Amer. Jour of Nursing* 1974.
- CARLSON, S. — A practical approach to the nursing process. *Amer. Jour. of Nurs.* 72 (9) : 1589-1591, Sep. 1972.
- CARRIERI, V. K. and SITZMAN, J. — Components of the nursing process. *Nurs. Clin. N. Amer.*, 6 (1) : 115-124, Mar. 1971.
- CIANCIARULLO, T. I. et alii — Prescrição de enfermagem. Experiência de sua aplicação em hospital particular. *Rev. Bras. de Enf.*, 27 (2) : 44-45, Abr./Jun. 1974.
- FRIEDLANDER, M. R. — Prescrição diária de enfermagem. Experiência para sua implantação como atividade de rotina da enfermeira. *Rev. Esc. da USP*, 7 (2) : 177-86, 1973.
- HORTA, W. A. — A metodologia do Processo de Enfermagem. *Rev. Bras. de Enf.*, 24 (6) : 81, Out./Dez., 1971.
- — Aplicação do processo de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. da USP*, 9 (2) : 300-304, agosto, 1975.
- HORTA, W. A. — O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. *Enf. Novas Dimens.*, 1 (1) : 10-16, mar./abril, 1975.
- — O Histórico de Enfermagem simplificado. *Enf. Novas Dimens.*, 2 (3) : 131-138, julho/agosto, 1976.
- HORTA, W. A. — Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. Esc. Enf. USP.*, 8 (1) 7-15, 1974.
- KRAEGEL, SCHMIDT, SHUKLA, GOLD-SMITH, — A system of patient care based on patient needs. *Nurs. Outlook*, 20 (4) : 257, Apr, 1972.
- LEWIS, L. — *Planning patient care*. Iowa, Brown, 1971.
- MARRINER, An — *The Nursing Process*, St. Louis C. V. Mosby Co., 1975.
- MITCHELL, P. H. — *Concepts basic to nursing*. New York, McGraw Hill, 1973.
- PAIM, L. — A Prescrição de enfermagem — Unidade valorativa do plano de cuidado. Rio de Janeiro, 1975 (Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro).
- PANKRATZ and PANKRATZ — The nursing care plan: theory and reality. *Supervisor Nurse*, 4 (4) : 51, Apr, 1973.
- PAULA, N. S. de, et alii — Ensino do plano de cuidados em fundamentos de enfermagem. *Rev. Bras. de Enf.*, 4: 249-263, ago. 1967.
- ROLIM, E. de J. — Aplicação de Metodologia de Enfermagem no cuidado de um paciente. *Rev. Esc. Enf. da USP*, 4 (1-2) : 81, 95, mar-set. 1970.
- SJOBERG, D. — Unit Assigment — A patient centered system. *Nursing Clinics of North America*, 6 (2) : June, 1971.
- VIEIRA, A. et al. — Elementos básicos para o diagnóstico de enfermagem. *Rev. Paul. Hosp.*, 14 (4), Abr. 1971.
- YURA, H. and WALSH, M. B. — *The nursing process: assessing planning, implementing, evaluating*. 2nd ed. Meredith, 1973.
- WEED, L. L. — *Medical Records, Medical Education and Patient care*. Year Book Medical Publishers. Inc. 1971. p. 297.

ANEXO 5

RELACÃO DE PACIENTES COM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM I

Ordem	Nome	N.º de Leito	Registro	Data da Entrada	Data da Saída	Nome da Aluna	Motivo da Saída