

# Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo\*

A PARADIGMATIC GLANCE ON THE NURSING CARE - A TO WALK FOR THE COMPLEX CARE

UNA MIRADA PARADIGMÁTICA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA – UN CAMINAR PARA EL CUIDADO COMPLEJO

Ana Lúcia da Silva<sup>1</sup>, Maria Helena Trench Ciampone<sup>2</sup>

## RESUMO

*O texto aborda os paradigmas cartesiano (moderno) e o da complexidade (pós-moderno de Edgar Morin) objetivando aprofundar a reflexão sobre o tema e a compreensão do modo de assistir predominante na enfermagem. Para tanto, as autoras põem em discussão o modelo de assistência de enfermagem pautado no paradigma cartesiano definindo-o como produtor de uma assistência autoritária, fragmentada e linear. Apontam a necessidade de repensar esse modelo pelo fato de restringir a autonomia das pessoas/pacientes, caminhando na direção de um assistir pautado na complexidade, que proporciona condições de participação dos clientes/atores no planejamento dos cuidados à sua saúde.*

## PALAVRAS-CHAVE

*Assistência de enfermagem. Pesquisa qualitativa. Metodologia.*

## ABSTRACT

*The text addresses the Cartesian paradigms (modern) and the complexity paradigm (post-modern of Edgar Morin) aiming to deepen reflection on the theme and understanding to improve nursing. To this end, the authors discuss the model of care of methodical nursing in the Cartesian paradigm defining it as producer of an authoritarian, fragmented and linear care. They point the need to rethink that model because it restricts the autonomy of the people/patient moving in the direction of complex care that provides for customers/actors' participation in their health care planning.*

## KEYWORDS

*Nursing Care. Qualitative research. Methods*

## RESUMEN

*El texto aborda los paradigmas Cartesiano (moderno) y el de la complejidad (post-moderno de Edgar Morin) con el objetivo de profundizar en la reflexión sobre el tema y en la comprensión del modo de asistir predominante en enfermería. Para esto, los autores discuten el modelo de asistencia de enfermería pautado en el paradigma Cartesiano, definiéndolo como productor de una asistencia autoritaria, fragmentada y lineal. Señalan la necesidad de repensar sobre ese modelo por el hecho de restringir la autonomía de las personas/pacientes, caminando en dirección de un asistir basado en la complejidad, que proporciona condiciones de participación de los clientes/actores en la planificación de los cuidados a su salud.*

## PALABRAS CLAVE

*Atención de enfermería. Investigación cualitativa. Métodos.*

\* Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada "A vida por um fio - a doença que ataca silenciosamente: desvendando as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronária e repensando a assistência de enfermagem", Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), 2000.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora Científica III do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - Secretaria de Estado da Saúde/SP. [nadji@ig.com.br](mailto:nadji@ig.com.br)  
2 Enfermeira. Professora Livre Docente em Enfermagem do Departamento de Orientação Profissional da EEUSP. Orientadora.

Não basta unir o saber à alma; é preciso incorporá-lo àquela; não basta regá-lo, é indispensável com ela tingi-lo.

Michel de Montaigne

## A QUESTÃO DO PARADIGMA NAS CIÊNCIAS

O sentido do termo grego *paradigma* oscila, para Platão, em torno da exemplificação do modelo ou regra. Para Aristóteles, é o argumento que, baseado num exemplo, se destina a ser generalizado.

O paradigma é um grande norteador do sentir, pensar e agir humanos. Orienta, dirige, controla a organização dos raciocínios individuais e dos sistemas de idéias. Institui as relações primordiais que constituem os axiomas, determina conceitos, comanda os discursos e/ou as teorias. Organiza a sua organização e gera a sua geração ou regeneração. É inconsciente, mas irriga o pensamento consciente, controla-o e, neste sentido, é também sobreconsciente. Tem caráter nuclear e generativo, podendo ser colocado no coração dos sistemas de idéias. Nesse sentido, Thomas Kuhn contribuiu originalmente ao detectar um fundo coletivo de evidências escondidas e imperativas a que chamou de paradigma, defendendo que as grandes transformações na história das ciências eram constituídas por revoluções paradigmáticas<sup>(1)</sup>.

O paradigma controla também o campo cognitivo, intelectual e cultural onde nascem as teorias e os raciocínios. Controla, além disso, a epistemologia que controla a teoria e a prática que decorre da teoria. Esta noção encontra-se profundamente imersa no inconsciente individual e coletivo, no saber científico, mas também em todo o conhecimento, todo o pensamento, todo o sistema psicológico. Assim, os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo os paradigmas inscritos culturalmente neles<sup>(1)</sup>.

O paradigma é invisível por sua própria natureza porque é sempre virtual. Nunca é formulado como tal; só existe nas suas manifestações. Não se pode falar dele senão a partir de seus reflexos, os quais, como diz o sentido grego da palavra, *exemplificam*: ele só aparece mediante seus exemplos.

O paradigma dispõe de um princípio de exclusão: exclui, não só os dados, enunciados e idéias que não estão conformes com

ele, mas também os problemas que não reconhece. Assim um paradigma de simplificação (disjunção ou redução) não pode reconhecer a existência do problema da complexidade. O paradigma da simplificação reinante obriga-nos a optar entre matéria ou espírito, substância ou forma, análise ou síntese, mecânica ou orgânica, determinismo ou acaso, unidade ou pluralidade, permanência ou mudança, aparência ou essência.

Um grande paradigma determina, *via* teorias e ideologias, uma mentalidade, uma *mindscape*, uma visão de mundo. É por isso que uma mudança no paradigma se ramifica pelo conjunto do universo. Nesse sentido, Gregory Bateson diz que se um indivíduo realiza ou sofre uma mudança nas premissas profundamente mergulhadas no seu espírito, aperceber-se-á de que os resultados dessa mudança se ramificarão pelo conjunto do seu universo. Um grande paradigma comanda a visão da ciência, da filosofia, da razão, da política, da decisão, da moral e de todas as nuances da vida humana<sup>(1)</sup>.

Entendemos que valorizar um aprendizado reflexivo sobre esse tema nos auxilia a compreender em profundidade nosso modo de pensar, sentir e fazer enfermagem. Avançar neste sentido é contribuir para a Ciência em Enfermagem e uma prática verdadeiramente humana.

É válido lembrar que vários paradigmas podem coexistir, belicosa ou pacificamente no seio de uma mesma cultura. Nesse texto, optamos por discutir o cartesiano e o da complexidade e alguns de seus desdobramentos em relação à assistência de enfermagem.

## O PARADIGMA CARTESIANO E O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE

A ciência moderna consagrou o homem enquanto sujeito epistêmico, mas expulsou-o enquanto sujeito empírico. O modelo cartesiano ortodoxo não tolera a interferência de valores humanos e religiosos, bem como qualquer variável relacionada à subjetividade. Esse modelo, denominado também de *reducionismo*, consolidado pelo matemático francês René Descartes, divide o todo em partes e as estuda em separado, de forma isolada.

Estamos hoje no início do século XXI e na transição para uma ciência pós-moderna

tal e qual está postulada por Santos<sup>(2-3)</sup>. Nessa transição há uma tendência em valorizar os estudos humanísticos, dando origem ao que Santos<sup>(3)</sup> denominou de ciência pós-moderna e Morin<sup>(4)</sup>, ciência do complexo.

Para Santos<sup>(3)</sup>, neste novo paradigma, denominado também de paradigma emergente, há a valorização do conhecimento do senso comum, do conhecimento vulgar e prático com que no cotidiano orientamos nossas ações e damos sentido à nossa vida. A ciência pós-moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em auto-conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida.

Este novo paradigma tende a um conhecimento não dualista do tipo vivo *ou* inanimado, mente *ou* corpo, subjetivo *ou* objetivo, coletivo *ou* individual. A superação desta dicotomia tende a valorizar os estudos pautados nas ciências humanas e sociais que resistiram à separação, à cisão sujeito *ou* objeto. Rios<sup>(5)</sup> acrescenta que acostumamo-nos a raciocinar usando alternativas exclusivas (*ou.../ou...*), quando a realidade nos obriga a tomar consciência de que a conjunção correta é aditiva. A realidade não é *sim ou não* – ela é *sim e não*.

Morin<sup>(4)</sup> denomina este paradigma dominante de paradigma da simplificação, da redução, defendendo o ponto de vista de que desponta para o novo milênio um paradigma onde a distinção dicotômica entre Ciências Naturais e Ciências Humanas começa a deixar de ter sentido e utilidade e onde os conceitos de ser humano, cultura e sociedade passaram a ser evidenciados. Defende a perspectiva de que o conhecimento só pode ser desenvolvido se apreendidos os julgamentos de valor e obedecida uma ética do conhecimento, uma consciência moral e intelectual, ou seja, uma Ciência com Consciência.

Morin<sup>(6)</sup> acrescenta ainda que a supremacia do conhecimento fragmentado em função das disciplinas impede, frequentemente, de operar o vínculo entre as partes e a totalidade, e deve ser substituída por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto. Continua dizendo que o ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíqui-

co, cultural, social e histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano. É preciso restaurá-la, de modo que cada um, onde quer que se encontre, tome conhecimento e consciência, ao mesmo tempo, de sua identidade complexa e de sua identidade comum a todos os outros humanos.

## HOLISMO, PENSAMENTO SISTÊMICO E COMPLEXO

Antes de explorarmos uma situação concreta sobre o processo de enfermagem na prática, julgamos pertinente retomar conceitos largamente encontrados na literatura sobre o tema, com o propósito de reduzir lacunas ao máximo, facilitando uma apreensão ampla sobre a matéria em questão.

É importante pontuar que as considerações que se seguem não pretendem condenar o reducionismo, o holismo e o pensamento sistêmico e exaltar o pensamento complexo. Seria uma contradição, sob ponto de vista do pensamento complexo, exercer este tipo de julgamento, pois ao adotar esta postura estaríamos sendo inflexíveis e intolerantes em relação às formas de pensar. Todavia, é claro que ao escrever sobre o tema fazemos uma opção e tentamos torná-la persuasiva, desejando mostrar algumas consequências práticas desses modos de pensar em enfermagem e fazer um convite à reflexão e à crítica saudável.

O *holismo* é o ponto de vista oposto à abordagem cartesiana e estuda o todo sem dividi-lo, ou seja, examina-o de modo sistêmico, em sua totalidade. Agrega as partes em um conjunto sem, contudo interligá-las, mas correlacionando-as, Morin<sup>(6)</sup>. No processo de enfermagem isso se traduz pela assistência de enfermagem holística, onde, por exemplo, a prescrição de enfermagem é feita contemplando todas as áreas, da biológica à espiritual, todavia não estabelece ligações ou interdependências diretas entre as mesmas. Atende ao conjunto, sem estabelecer correlação linear de causa e efeito entre as partes.

Mariotti<sup>(7)</sup> salienta que o *pensamento sistêmico* pode ser considerado como uma forma de apreensão da realidade, de base holística. A teoria sistêmica, contudo, não é nova. Foi apresentada em 1950 por Ludwig von

Bertalanffy. Nesta leva-se a harmonia, a síntese funcional contida no todo. Não considera que essa síntese se faz às custas de repressões e antagonismos. Apesar disso, um sistema não é apenas harmonia. A harmonia sistêmica repousa sobre a conflituosidade e a desarmonia, que também fazem parte do sistema e nele permanecem latentes. Bertalanffy chegou a reconhecer que um sistema se constrói à custa dos antagonismos entre as suas partes, mas não se deteve nesse particular. Centrou-se na idéia da totalidade. Um sistema não é harmônico nem desarmônico: é as duas coisas ao mesmo tempo – é complexo. É por isso que Edgar Morin sustenta que o sistema é o conceito básico da complexidade. Não pode ser reduzido a unidades elementares, a conceitos simplificadores nem a leis gerais. Por outro lado, não se pode reduzir tudo a ele.

Para Mariotti<sup>(7)</sup>, o que se coloca é que existe uma pendularidade na cultura do pensamento linear que transparece no reducionismo ou no holismo. Ambos prometem certezas. Ambos evitam lidar com a incerteza, que é parte do pensamento complexo.

Lidar com incertezas deve ser um exercício diário na enfermagem. É exemplo de holismo/pensamento sistêmico na enfermagem: o cuidado integral, ou seja, assistir a todas necessidades humanas básicas, à sua totalidade: as necessidades bio-psico-sócio-espirituais.

Para Morin, 2000, o *pensamento complexo* integra os modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas. É uma atividade mental que procura integrar os modos de pensar linear e sistêmico, simplificadores e totalizantes da era moderna, num esforço do pensamento para promover a união, operando com diversidades de pensamentos: o simples e o complexo. A grande questão do pensamento complexo é combinar a simplicidade com a complexidade, exercitando a contextualização. Evidentemente, a precariedade de conhecimento gera a dificuldade de contextualização. Contextualizar e globalizar são exercícios necessários para a vida cotidiana e imprescindíveis em nossa era planetária, em que não há problemas importantes de uma nação que não sejam ligados a outros de natureza mundial.

Cientes das fortes influências do paradigma moderno nas Ciências, na Enfer-

magem e no cotidiano em geral, mas atentas aos norteadores emergentes pós-modernos, passaremos a tratar de alguns dos reflexos do paradigma moderno no cuidar em enfermagem e do como poderemos caminhar para um cuidar mais flexível e humano, ou seja, um cuidar complexo.

## REFLEXOS DO PARADIGMA DETERMINISTA NO ASSISTIR/CUIDAR

No paradigma determinista o *modus operandi* da assistência de enfermagem tem o homem como um ser somativo total cuja natureza é uma combinação de aspectos bio-psico-sócio-espirituais.

Para assistir/cuidar do indivíduo como um ser somativo total, na sua integralidade foi elaborado um método de trabalho que norteasse a assistência de enfermagem. A operacionalização desse método concretizou-se no processo de enfermagem. Esta expressão foi proposta pela primeira vez em 1961<sup>(8-9)</sup>.

O processo de enfermagem proposto por Horta<sup>(9)</sup> está fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas contempladas na Teoria da Motivação Humana de A. H. Maslow e na classificação de João Mohana. Consiste em um conjunto de etapas sistematizadas e interrelacionadas de ações visando a assistência ao ser humano de forma integral (porém de modo diferente do cuidar complexo), pois, ainda, numa perspectiva determinista. Isto porque a visão sobre a assistência de enfermagem que predomina, nesta abordagem, é a do profissional, sendo pouco considerada a vivência, expectativas e valores do paciente e de sua família. As fases do processo foram divididas em: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem.

Na cidade de São Paulo –SP, o processo de enfermagem de Wanda Horta foi implantado, com adaptações, nas seguintes instituições: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) em 1979 conforme Maria et al.<sup>(10)</sup>; Maria<sup>(11)</sup>; Farias<sup>(12)</sup> e Hospital Universitário da USP-SP, em 1981, Campedelli; Gaizinsky<sup>(13)</sup>; Campedelli<sup>(14)</sup>. Cruz et al.<sup>(15)</sup>; Fernandes<sup>(16)</sup>; Ozawa<sup>(17)</sup> também relatam pesquisas sobre o processo de enfermagem de Horta na prática.

No IDPC as fases contempladas foram: histórico, mapa de problemas, evolução e prescrição de enfermagem. Este primeiro modelo passou por avaliações em 1980, 1984 e 1986. De 1979 a 1989 o modelo de Wanda Horta foi utilizado nas quatro fases já citadas. O diagnóstico de enfermagem no modelo proposto por ela não foi colocado em prática, por ter sido considerado complexo e inviável para a realidade da instituição, apesar de ser a autora mais conhecida no Brasil em relação ao tema. Acredito que teria sido viável se Dra. Wanda pudesse ter monitorado sua aplicação, o que não aconteceu em função de seu falecimento precoce. Optou-se então pelo modelo da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), associação norte americana que congrega estudos e pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem.

Essa associação publicou em 1989 a Taxonomia I revisada, baseada em uma estrutura conceitual para classificar os Diagnósticos de Enfermagem que foram agrupados em nove categorias, denominadas de Padrões de Respostas Humanas<sup>(18-19)</sup>.

Estes padrões contemplam, de uma outra forma, as Necessidades Humanas Básicas de Horta, tidas como universais, mas com terminologia própria. São conceituados de forma sumária a seguir:

- Padrão trocar - envolve o processo de metabolismo do organismo, como a captação e eliminação de elementos e comporta as variáveis: nutrição, regulação física, eliminação, circulação, oxigenação e integridade física.

- Padrão expressar - envolve o envio de mensagens verbais e não verbais e comporta as variáveis: comunicação verbal e não verbal.

- Padrão relacionar - envolve a capacidade de estabelecer vínculos com outras pessoas e comporta as variáveis: socialização, papéis sociais e sexualidade.

- Padrão valorizar - envolve o julgamento sobre o significado ou a importância das coisas e comporta a variável: práticas religiosas e culturais.

- Padrão escolher - envolve a seleção de alternativas ou a tomada de decisão referentes à participação e à adaptação individual, familiar e comunitária.

- Padrão movimentar - envolve a atividade física e comporta as variáveis: atividade física e social, repouso, recreação, atividades da vida diária (manutenção do lar e da saúde) e atividades de autocuidado para a alimentação, a higiene, o vestir-se e o arrumar-se.

- Padrão perceber - envolve o reconhecimento e a interpretação das informações exteriores, através dos órgãos dos sentidos (imagem corporal, auto-estima e identidade); ao sentido da vida, no que se refere à esperança e poder para interferir nas situações da vida e os órgãos do sentido (audição, gustação, olfato, tato, visão e cinestésico).

- Padrão conhecer - envolve a compreensão correta de uma informação e comporta as variáveis: conhecimento, aprendizagem e o processo de pensamento.

- Padrão sentir - envolve a conscientização subjetiva de uma informação e comporta as variáveis: dor e respostas emocionais.

Estes padrões formam um universo a ser explorado pelas enfermeiras na busca de uma assistência de enfermagem integral e que ainda não pode ser denominada de assistência complexa, sob o ponto de vista do paradigma da complexidade, todavia valoriza aspectos psicossociais envolvidos na assistência ao paciente e seus familiares, deixando de focalizar, predominantemente, os aspectos biológicos e objetivos. Dos padrões citados, os padrões *trocar*, *movimentar* e *sentir* têm associações muito estreitas com a área biológica embora o padrão *sentir* esteja, também, diretamente relacionado à abordagem psicossocial e os demais, com a área de ciências humanas. A maior habilidade em assistir, desenvolvida como resposta à aplicação de conhecimentos das Ciências Biológicas gerou um vazio na assistência de enfermagem hospitalar e não hospitalar, quando centraliza o cuidado no modelo funcionalista, que é reducionista e fragmentado.

O processo de enfermagem desenvolvido, até o momento da realização do presente estudo, no Instituto Dante Pazzaneze, consta dos seguintes momentos: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de enfermagem. O Plano de Alta está em fase de implementação no pronto socorro e na pediatria. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta ainda guia as ações do processo, mas introduziu-se a classificação da

NANDA, mantendo-se a priorização das etapas de histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. O Anexo (Sistematização da Assistência de Enfermagem – Diagnósticos e Prescrições dos Padrões Mínimos de Enfermagem) traz exemplos dos diagnósticos de enfermagem identificados e aplicados nas enfermarias de adultos, com suas respectivas prescrições de enfermagem, e que passaram por revisão em 1999. Nota-se que dos treze diagnósticos dos padrões mínimos identificados, oito pertencem ao padrão trocar e os demais, aos outros padrões. As prescrições correspondentes aos treze diagnósticos são feitas após visita diária da enfermeira ao paciente. Contudo, os pacientes e familiares, ainda são pouco participantes nesse processo. Em geral, são submetidos a uma prescrição de enfermagem pré-determinada, pautada nos diagnósticos dos padrões mínimos de assistência, atendendo a um quesito de racionalização do tempo.

Chama a atenção que a maior habilidade da enfermeira na coleta de dados para o histórico, elaboração dos diagnósticos e prescrição de enfermagem está relacionada ao padrão trocar, que inclusive é o mais desenvolvido, conforme pode ser apreciado no Anexo 1. Este padrão privilegia o enfoque do conhecimento das Ciências Biológicas, que por sua vez, tem bases na Fisiologia, na Anatomia, na Farmacologia, na Bioquímica, na Microbiologia e na Fisiopatologia, entre outras. Merece atenção também o fato de que na maioria das publicações científicas geradas dessa prática exploram esses mesmos referenciais<sup>(20-27)</sup>.

Outro fato interessante que temos percebido ao longo de nossas práticas profissionais é que as enfermeiras têm dificuldades em operacionalizar o histórico de enfermagem, diagnosticar, evoluir e prescrever, principalmente, para alterações relacionadas à área psicossocial.

Hoje, passadas três décadas do nosso ingresso na graduação, em que tivemos o privilégio de termos sido alunas de Dra. Wanda Horta, de termos trabalhado com o planejamento da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, utilizando a classificação da NANDA e, após cursar disciplinas em Psicologia Social na pós-graduação, é que compreendemos o sentido mais profundo de sua teoria. Detectamos também, como a nossa formação na graduação

foi essencialmente voltada para as Ciências Biológicas. Desse modo é possível estabelecer hipóteses sobre o porquê as enfermeiras, assim como nós, têm tido dificuldades em apreender a extensão e complexidade desse modelo conceitual.

Todavia, nesse momento, estamos em busca de conhecimentos que propiciem avançar no processo de enfermagem na prática. Sentimos que, apesar dos esforços, somos ainda normativas, impositivas no planejamento e no cumprimento da assistência de enfermagem. Constatamos a força da formação cartesiana, na busca da correlação linear das causas e respectivos efeitos, norteados o julgamento clínico. Acreditamos, contudo, que não podemos permanecer assim. Defendemos uma *assistência de enfermagem complexa e flexível*. Hoje, percebemos que caminhamos na direção de uma enfermagem mais próxima de uma assistência *holística cartesiana*, ou seja, em que pese o paradoxo de privilegiarmos um cuidado integral, porém ainda autoritário, isto é, centrado na percepção do profissional.

Consideramos que processo de enfermagem, como é aplicado hoje com a classificação da NANDA, embora englobe as esferas bio-psico-sócio-espiritual, ainda tem como pressuposto a enfermeira pré determinando os cuidados ao paciente. Tem uma tendência ao holismo, na perspectiva de atenção ao todo do indivíduo e não apenas ao órgão doente, mas seu *modus operandi* aceita poucas interferências ou opiniões deste mesmo paciente nas intervenções de enfermagem. É muita pretensão inferir que só nós sabemos *o que, o porque, o como e quando* determinados cuidados deverão ser planejados e realizados. Nessa perspectiva, devemos considerar que o paciente vem de um meio sociocultural próprio, para ele voltará e continuará recebendo influências deste meio constituindo-se também em força propulsora para modificá-lo. Neste processo, somos profissionais que cruzamos a vida desses sujeitos, momentaneamente enfermos e que, acreditamos, não temos o direito de impor verdades pautadas naquilo que aprendemos e aprendemos da academia e que julgamos ser o melhor para a recuperação deste outro ser. Acreditamos que as escolhas do que fazer devem ser discutidas e negociadas com os nossos clientes. Isso não significa omissão ou negligência profissional, mas implica acreditar que o outro é sujeito comunicativo,

pensante, dotado de consciência, de autonomia e desejos, não apenas *pessoa-paciente-passiva* em nossas mãos.

A fundamentação teórica, a taxonomia e a visão de um *ser humano holístico* (diferente da visão de *ser humano complexo*) que de modo geral as enfermeiras têm seguido, direcionam para uma assistência integral, portanto, estamos melhorando. Contudo, é fato que mantemos viéses da visão determinista e fragmentada.

Segundo Ribeiro<sup>(28)</sup>, o modelo biomédico, utilizado habitualmente na assistência à saúde, privilegia uma abordagem cartesiana do paciente, ou seja, o paciente é visto como um conjunto de órgãos que podem adoecer e, quando isto acontece, prevalece uma intervenção isolada objetivando o tratamento e/ou a cura do órgão afetado, desvalorizando a globalidade da pessoa. Estudos tem demonstrado que, por outro lado, os modelos de enfermagem devem apoiar-se também em teorias oriundas das ciências humanas e sociais, consideradas mais consentâneas com a especificidade do cuidado em enfermagem.

Hoje, apesar do tempo transcorrido, temos a compreensão do como são complexas as dimensões que influenciam o planejamento da assistência de enfermagem à pacientes hospitalizados e não hospitalizados. Acreditamos na valorização do nosso saber profissional, que tem evoluído, mas também, no saber próprio das pessoas, com suas crenças, valores e universo cultural que tem que ser valorizados e considerados na assistência de enfermagem.

Quando tecermos juntas as teias desses saberes, caminharemos um passo na direção do horizonte a ser conquistado: *uma assistência de enfermagem complexa, plena e flexível* e, conseqüentemente, de um paradigma de humanização da assistência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto, buscamos apontar reflexões sobre os paradigmas cartesiano (moderno) e da complexidade (pós-moderno) relacionados ao cuidar em enfermagem a partir de saberes oriundos das Ciências Naturais, Humanas e Sociais tendo como finalidade a melhoria da assistência que como enfermeiras, e docentes desenvolvemos e ensinamos. Assim, identificamos que nosso processo de formação acadêmica baseou-se, predominantemente, nos co-

nhecimentos oriundos das Ciências Biológicas, em disciplinas estanques, incorporados de forma simplista e fragmentada. Cientes dessa limitação teórica restrita, estamos à busca de subsídios que fundamentem um ensino diferenciado, isto é, que não reitere nossas vivências. Almejamos mudanças que favoreçam a formação profissional de futuros enfermeiros capazes de apreender e praticar um cuidado pautado no pensamento complexo, privilegiando no centro da cena do cuidado o ser humano complexo capaz de fazer escolhas e participar ativamente da assistência que lhe é prestada.

Identificadas com a abordagem moriniana, que não existe a dualidade, a polaridade, mas um todo complexo e articulado, porque o homem é um todo e não simplesmente soma de partes que formam um todo. Assim, nos remetemos à compreensão de uma dimensão onde condições bioantropológicas e sócio-culturais estruturam o conhecimento a ser construído. A visão de que o ser humano não pode ser disjuncto, partido, reduzido é inerente aos textos dos autores pós-modernos. A leitura compreensiva desses textos chega a ser difícil e complexa, porque envolve abstração do pensamento, reflexões sobre idéias que, até então, foram trabalhadas de formas disjunctas, simplificadas, reduzidas e materializadas durante décadas vividas sob a égide do paradigma cartesiano. Nesse momento, buscamos compartilhar essa necessidade de repensar a correlação todo/parte, visando alguma coerência na busca de uma assistência de enfermagem ao ser humano onde este seja considerado por inteiro, isto é, capaz de produzir sentidos e significados.

Seguramente podemos dizer que hoje as enfermeiras têm maior conhecimento na área das Ciências Biológicas, decorrência natural e histórica da ênfase dada às disciplinas dos cursos de graduação tais como: Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Farmacologia, Fisiopatologia e Biofísica; entre outras do ciclo básico, e as disciplinas cursadas em enfermagem médico-cirúrgica, ainda com enfoque predominantemente voltado para as patologias. Os cursos de especialização existentes também contemplam, em sua maior parte, disciplinas destas áreas e, conseqüentemente, a maior habilidade da enfermeira em aplicar conhecimentos teóricos no assistir em enfermagem, está centrada na área do biológico. A área das Ciências Humanas nas suas interfaces com a Psicologia, a Sociologia, a Lingüística, a Antropologia, a

Filosofia e a Teologia, por exemplo, tem sido pouco exploradas nos cursos de graduação em enfermagem, incluindo também as especializações e, conseqüentemente, as enfermeiras continuam encontrando dificuldades em aplicar esses conhecimentos de modo a integrá-los no planejamento da assistência.

Parafraseando Montaigne:

não basta unir o saber à alma; é preciso incorporá-lo àquela; não basta regá-lo, é indispensável com ela tingi-lo,

ou seja, não basta unir a ciência à consciência; é preciso incorporá-la, cultivá-la e mais que isto, é preciso transportá-la para práticas assistenciais conscientes em via de mão dupla, visando uma assistência de enfermagem complexa, e menos linear.

Finalizamos formulando questões que devem nortear nossa prática diária nessa via de mão dupla. Nós aprendemos a aprender? Quais os caminhos possíveis? Também não temos respostas prontas, estamos construindo um caminho. Todavia, alguns mecanismos nos parecem muito claros neste momento:

1. Ser tolerante em relação ao saber e à autonomia do outro;
2. Escutar o outro. Escutar é uma arte que deve ser aprendida e apreendida;

3. Exercer o diálogo. Dialogar também é uma arte que deve ser aprendida e aprendida;

4. Não ser determinista em relação ao planejamento da assistência de enfermagem, onde quer que o assistido esteja: em seu domicílio, na comunidade ou hospital. Concretamente, isto significa: colher dados, analisá-los, levantar diagnósticos de enfermagem, conversar com os clientes e familiares expondo nosso ponto de vista profissional e, somente a partir da escuta do outro e de seus desejos e significações singulares traçarmos um planejamento de cuidados de forma conjunta.

Assim, entendemos que deve ser conduzido um planejamento de assistência numa visão complexa. Todavia, estamos iniciando o caminho nessa abordagem, portanto, temos um longo caminho que, oxalá, seja construído a muitas cabeças e mãos.

É importantíssimo que tenhamos claro que caminhar rumo a uma assistência complexa depende, fundamentalmente, de uma reforma do pensamento, como diz Morin, uma reforma do pensamento simplificado e linear para um pensar complexo e multidimensional, onde o outro também é copartícipe nas decisões que o envolvem.

## REFERÊNCIAS

- (1) Morin E. O método IV: As idéias: a sua natureza, vida habitat e organização. Trad. de Emílio Campos de Lima. Sintra: Europa-América; 1992. (Coleção Biblioteca Universitária, 63).
- (2) Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados 1988; 2: 46-71.
- (3) Santos BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
- (4) Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996.
- (5) Rios TA. Ética e competência. 10ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- (6) Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
- (7) Mariotti H. Reduccionismo, holismo e pensamentos sistêmico e complexo: suas conseqüências na vida cotidiana. Disponível em: <<http://www.palathena.org>> Acesso em: 25 jun. 2001.
- (8) Orlando IJ. Relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente. São Paulo: EPU; 1978.
- (9) Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- (10) Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CN, Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. Rev Esc Enferm USP 1987; 21(nº esp): 77-87.
- (11) Maria VLR. Preparo de enfermeiras para utilização de diagnósticos de enfermagem: relato de experiência. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.

- (12) Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem: como enfermeiros percebem o histórico de enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
- (13) Campedelli MC, Gaidzinsk RR. A metodologia assistencial de enfermagem na prática: hospital Universitário da USP. Rev Esc Enferm USP 1987; 21(nº. esp):62-7.
- (14) Campedelli MC, organizadora. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática; 1989.
- (15) Cruz DALM, Ribeiro FG, Dutra VO, Caracciolo LT. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação de saúde. Rev Esc Enferm USP 1987; 21(nº. esp): 68-78.
- (16) Fernandes MA. O processo de enfermagem: aplicação em uma unidade de hospital-escola do interior. Rev Esc Enferm USP 1987; 21(nº esp): 88-99.
- (17) Ozawa C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em UTI. In: Anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem; 1988 out. 29-31; São Paulo. São Paulo: (s.n.); 1988. p.46-53.
- (18) Cruz DALM. Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem: evolução e razões do uso. Acta Paul Enferm 1991; 4, n. 2/4: 28-34.
- (19) Nóbrega MML, Garcia TR, organizadoras. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do 2º SNDE. João Pessoa: União, CNRDE; 1994.
- (20) Silva AL, Amarin FS, Horta ALM. Proposta de implementação de histórico de enfermagem em unidade de cardiologia pediátrica. Acta Paul Enferm 1990; 3: 25-31.
- (21) Bittar E, Maria VLR. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório de um hospital especializado em cardiologia. RSCESP 1993; 3 (2 Supl A):3-7.
- (22) Galvão SRS. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem em circulação extracorpórea no processo de enfermagem. Rev Enferm UERJ 1995; 3: 63-70.
- (23) Maria VLR. Elaboração de diagnósticos de enfermagem do paciente em estado crítico. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1995.
- (24) Martins I. Identificação e validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem limpeza ineficaz de vias aéreas. [dissertação] São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; 1996.
- (25) Bersusa AAS. Validação do diagnóstico de enfermagem: alteração da perfusão tissular periférica em pacientes com vasculopatia periférica de membros inferiores. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
- (26) Guimarães HCQP. Intervenções de enfermagem propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem Excesso de volume de líquidos. [tese] São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- (27) Peixoto MSP. Nursing diagnosis: minimum standard nursing diagnosis in the emergency department of a cardiology hospital. In: Rantz MJ, Lemone P. Classification of Nursing diagnosis: proceedings of the thirteenth conference. Orlando: Cinahl Information Systems, 2000. p.575.
- (28) Ribeiro LF. Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: EDUCA; 1995.

---

Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo

Recebido: 29/05/2002  
Aprovado: 02/09/2003

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo  
 INSTITUTO DANTE PIZZANESE DE CARDIOLOGIA  
 DIVISÃO DE ENFERMAGEM - SERVIÇO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM III

**ANEXO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ D.I.: \_\_\_  
 Diag. Med. / antecedentes: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_ Quarto / Leito: \_\_\_\_\_  
 PROBLEMAS / DIAGNÓSTICOS (EVOLUÇÃO) PRESCRIÇÃO ANOTAÇÕES

Data:	h	h	h
Posição			
T <sup>o</sup>			
F.C./Ritmo			
F.R.			
P.A.			
<p><b>A - PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS DIAGNÓSTICOS DOS PME</b></p> <p>1.1. Verificar FC e Ritmo em região apical e PA em membro Registrar o horário e a posição em que foi verificado: sentido (S), deixado (D), em pé (P): ___/___/___ h.</p> <p>1.2. Observar e Comunicar sinais de baixo débito: sudorese, tontura, hipotensão, taquicardia e alteração do nível de consciência nas 24 horas ___/___/___.</p> <p>2.1. Verificar FR, Ritmo e Profundidade da respiração: ___/___/___ h</p> <p>3.1. + 7. Fazer curativo (local): _____ Horário(s): - ___ h com _____</p> <p>3.2. + 7. Observar (local): _____ e Comunicar a enfermeira, se presença de sinais flogísticos, secreção, edema: ___/___/___.</p> <p>4.1. Encaminhar: Banho de chuveiro: ( ) em pé ou ( ) sentado; que pode ser: ( ) sozinho ou ( ) com ajuda (especificar o tipo de ajuda): ___ h.</p> <p>4.2. ( ) Supervisionar / ( ) Ajudar (especificar o tipo de ajuda): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene oral: ___/___/___.</li> <li>Mãos e unhas limpas: ___/___/___.</li> <li>Tricotomia facial: _____.</li> </ul> <p>5.1. Registrar: tipo de dieta: ___/___/___ h. aceitação alimentar e/ou motivo de recusa: ___/___/___ h.</p> <p>6.1. Registrar presença ou ausência de evacuação e as características das fezes ___/___/___.</p> <p>7.1. Controlar Temp. axilar: ___/___/___ h.</p> <p>7.2.1. + 3. Trocar fixação da venopunção do (local): _____ h.</p> <p>7.2.2. + 3. Rodiziar venopunção do (local): _____ h</p> <p>8.1. Observar: localização no tempo e no espaço, resposta adequada a estímulos verbais e não verbais nas 24 horas: ___/___/___.</p>			
<p>O Paciente está: <input type="checkbox"/> estável <input type="checkbox"/> instável <input type="checkbox"/> semi - crítico <input type="checkbox"/> crítico</p> <p><b>A - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOS PADRÕES MÍNIMOS DE ENFERMAGEM (PME) DA ENFERMARIA</b></p> <p>1 - ( ) "Risco para Débito Cardíaco Diminuído": fatores de risco: alteração da ( ) FC; ( ) RC; ( ) PA / ( ) terapêutica medicamentosa:</p> <p>Evolução: ___ a ___ bpm, RC: ___ tenso, PA: ___ a ___ / ___ mmHg.</p> <p>2 - ( ) "Risco para Alteração no Padrão Respiratório": fatores de risco: ( ) dor (local): ___ / ( ) falha na bomba cardíaca / ( ) uso de medicamentos: ___ / ( ) barba. relação a: valorização dos hábitos de higiene. Evolução: ___ préco, FR: ___ a ___ rpm.</p> <p>3 - ( ) Integridade da Pele e Tecidos Prejudicada (local): ___ caracterizada por: ( ) hematomas / ( ) equimoses / ( ) erupções / ( ) solução de continuidade, relacionada a: ( ) procedimentos invasivos / ( ) medicamentos / ( ) adesivo. Evolução: _____</p> <p>4 - ( ) "Manutenção do Estado Adequado de Higiene": caracterizada por: executar: ( ) sem ajuda ou ( ) com ajuda: ( ) banho de chuveiro / ( ) higiene oral / ( ) limpeza das mãos e unhas / ( ) barba. relação a: valorização dos hábitos de higiene. Evolução: _____</p> <p>5 - ( ) "Risco para Alteração no Padrão Alimentar": fatores de risco: ( ) dieta hospitalar (tipo) ___ / ( ) aumento ou ( ) diminuição da ingestão de alimentos / ( ) alteração no paladar. Evolução: _____</p> <p>6 - ( ) "Risco para Constipação Intestinal": fatores de risco: ( ) jejum / ( ) repouso / ( ) banheiro hospitalar / ingestão diminuída de ( ) fibras e ( ) líquidos medicamentos: _____ Evolução: _____</p> <p>7 - ( ) "Risco para Infecção": fatores de risco: ( ) solução de continuidade da pele (local) ___ / ( ) procedimentos invasivos: ___ / ( ) extremos de idade / ( ) diminuição de imunidade / ( ) ambiente hospitalar / ( ) outros. Evolução: ___-febril. T<sup>o</sup> axilar: ___ a ___ °C. Secreção: _____ Cultura: _____</p> <p>8 - ( ) "Manutenção do Estado Consciente" caracterizada pela: ( ) orientação no tempo e espaço / respostas adequadas a estímulos ( ) verbais e ( ) não verbais, relacionada a: ( ) permissão tissular cerebral preservada. Evolução: _____</p> <p><b>A=AUSENTE P=PRESENTE Me=MANTIDO Me=MELHORADO Pi=PIORADO R=RESOLVIDO</b></p>			

ANOTAÇÕES

PRESCRIÇÃO

PROBLEMAS / DIAGNÓSTICOS (EVOLUÇÃO)

<p>9 - ( ) "Risco para Alteração no Padrão do Sono": fatores de risco: hospitalização/ preocupação com: ( ) doença; ( ) tratamento; ( ) família; ruídos/ ( ) iluminação. Evoluindo: _____</p> <p>10 - ( ) "Romplimento Parcial do Vínculo Familiar": caracterizado por: ( ) separação temporária do convívio familiar, relacionado à: hospitalização. Evoluindo: _____</p> <p>11 - ( ) "Risco para Queda ou Trauma": fatores de risco: ( ) diminuição na perfusão cerebral/ ( ) mobilidade física prejudicada/ <i>fatores ambientais</i>: ( ) piso derrapante; ( ) falta de corrimão; ( ) camas de roda e ( ) sem grades. Evoluindo: _____</p> <p>12 - ( ) Déficit de Conhecimento (especificar): _____ caracterizado por: ( ) verbalização do problema, relacionado à: ( ) limitação cognitiva/ ( ) falta de orientação/ ( ) informação inadequada. Evoluindo: _____</p> <p>13 - ( ) "Risco para alteração emocional": fatores de risco: ( ) hospitalização/ ( ) doença/ ( ) tratamento/ ( ) relacionamento com equipe de saúde/ ( ) separação do convívio familiar e dos amigos/ ( ) ausência no trabalho/ ( ) falta de lazer/ ( ) outros: _____ Evoluindo: _____</p>	<p>9.1. Anotar características do sono: 22/24/2/4/6 h.</p> <p>9.2. Promover ambiente favorável ao sono como: diminuir ruídos; conversar em tom de voz baixo/reduzir a iluminação do quarto a partir das 22 horas: N.</p> <p>9.3. Evitar acordar o paciente durante ronda noturna no período de 22 às 6 horas: N.</p> <p>10.1. Anotar o grau de parentesco (cônjuge, filho; irmão; amigo,...) e as reações do paciente (alegria, tristeza, choro, nervosismo,...) frente ao: - ( ) visitante: _____/ _____ h e - ( ) acompanhante 24 horas: _____/ _____/ _____.</p> <p>11.1. Supervisionar para: ( ) usar escadinha; ( ) não se levantar subitamente da cama; apoiar-se na parede para deambular; usar chinelo antiderrapante e pedir ajuda quando se sentir enfraquecido: _____/ _____.</p> <p>12.1. Orientar o paciente sobre: _____/ _____ h.</p> <p>13.1. Atender o paciente com cortesia, explicando sempre os procedimentos a serem realizados: _____/ _____/ _____.</p>	
<p><b>B - DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS</b></p>		<p><b>B - PRESCRIÇÕES ESPECÍFICAS</b></p>