

**Fernanda Lúcia Tavares de Almeida**

**A Essência do Processo de Enfermagem**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto,2011**



**Fernanda Lúcia Tavares de Almeida**

**A Essência do Processo de Enfermagem**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto,2011**

**Fernanda Lúcia Tavares de Almeida**

**A Essência do Processo de Enfermagem**



*Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de Licenciatura em Enfermagem*



## Sumário

A elaboração deste trabalho de investigação “Essência do Processo de Enfermagem” surge no âmbito do plano de estudos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e está inserida na disciplina Projecto de Graduação, a decorrer na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, com vista à obtenção do grau de licenciatura.

O objectivo geral deste trabalho consiste em conhecer e compreender a essência do processo de enfermagem. Como objectivos específicos, procura-se responder a uma exigência curricular, para a obtenção do grau de licenciatura; aprofundar conhecimentos na área de investigação em enfermagem; aprofundar conhecimentos sobre o tema escolhido; desenvolver a capacidade de crítica, reflexiva e de análise, bem como aprimorar o conhecimento e a formação profissional.

Para se alcançarem os objectivos supramencionados, este trabalho seguiu uma abordagem metodológica analítica de revisão bibliográfica. Este tipo de pesquisa envolve o estudo e a avaliação crítica da informação decidida a analisar.

Através deste aprofundar de conhecimentos, concluiu-se que o processo de cuidar é a essência do trabalho e do saber da enfermagem, e o processo de enfermagem é um recurso metodológico que possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que caracterizam sua prática profissional. O processo de enfermagem é a base científica que sustenta às acções de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto dos doentes. Representa, cada vez mais, uma conquista para a prática profissional. A sua implementação tem como vantagens: facilitar a recolha de dados, subsidiar o levantamento de problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática, bem como elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação e desenvolva os meios de avaliação das intervenções efectuadas.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Cuidar; Relação de Ajuda, Processo de Enfermagem.

## **Abstract**

The preparation of this survey “Essence of the nursing process” scope the 4th year study plan of the nursing degree and it is inserted on the graduation project of Fernando Pessoa University – Science and Health Faculty.

The aim of this study is to know and understand the nub of the nursing process. The specific aim was to answer to a curricular demanding to achieve the degree grade, as such to improve the knowledge in nursing research, to build up critical analysis and rigorous assessment and occupational training.

To achieve the previous goals this study was based in a systematic and rateable bibliographic review.

Through this study was concluded that the caring process is the nub of this profession and the process of nursing is a methodological resource that allows the nurse to apply technical and scientific know-how. The nursing process is the scientific base that supports the practice in a way to solve the patient issues. It represents a huge achievement to the professional practice. The idea, in itself, has advantages as such as: to make data research easier, to subsidize the problem survey, to prepare the nursing interventions in a systematic way and also to elaborate a nursing common language that easy allows the communication and the development of the proper means to evaluate all interventions done.

**Keywords:** Nursing; Caring; Relation of Aid; Nursing Process.

Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu amigo Miguel, porque acreditaram em mim e não me deixaram fracassar.

## **Agradecimentos**

A concretização deste Projecto de Graduação foi possível graças à colaboração de várias pessoas. Agradeço em especial:

À minha Orientadora, Mestre Esmeralda Barreira, não só pelo rigor científico com que sempre me orientou ao longo deste trabalho, mas também pela disponibilidade, dedicação e incentivo que sempre me transmitiu em todos os momentos. A minha incondicional gratidão pela ajuda preciosa na concretização deste trabalho.

À minha mãe e ao meu amigo Miguel, pois, o sentimento de gratidão que tenho por eles não tem descrição possível. Ainda assim arrisco a dizer que junto deles aprendi a ser quem sou. São a minha referência, o meu chão!

A uma amiga que me apoiou nesta caminhada e me apresentou, em momentos de algum desânimo, uma visão mais “doce” da vida.

## Índice Geral

Introdução.....	12
Capítulo I – Metodologia.....	15
1. Justificação Metodológica.....	15
i.i. Objectivos.....	16
Capítulo II – Evolução da Enfermagem.....	18
1. História da Enfermagem.....	18
2. Teorias de Enfermagem.....	21
Capítulo III – Competências dos Enfermeiros.....	32
1. O Cuidar.....	32
2. Relação de Ajuda.....	35
3. A Comunicação na Enfermagem.....	39
4. Identidade Profissional.....	45
iv.i A Construção de Saberes.....	47
Capítulo IV – Processo de Enfermagem.....	52
1. Definição do Conceito.....	52
2. Fases do Processo de Enfermagem.....	54
ii.i. Apreciação Inicial.....	55
ii.ii. Diagnóstico.....	57
ii.iii. Planeamento.....	59
ii.iv. Implementação.....	60
ii.v. Avaliação Final.....	61
Capítulo V – Essência do Processo de Enfermagem.....	65

Conclusão .....	68
Bibliografia.....	69

## **Índice de Figuras**

Figura 1: As cinco fases do processo de enfermagem.....	54
---	----

## **Introdução**

A elaboração deste trabalho de investigação “Essência do Processo de Enfermagem” surge no âmbito do plano de estudos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e está inserida na disciplina Projecto de Graduação, a decorrer na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, com vista à obtenção do grau de licenciatura.

As motivações que presidiram a escolha do tema em estudo prendem-se, em primeiro lugar, com a pertinência do tema, que contribuirá indiscutivelmente para o desenvolvimento e aquisição novos conhecimentos, novos comportamentos, novas actuações; por outro lado, ao percorrer-se novos caminhos, estar-se-á a aperfeiçoar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, na tentativa de promover maior satisfação profissional e melhorar a resposta ao crescente aumento das exigências profissionais e sociais, na futura prática profissional.

Mas, é preciso saber valorizar e utilizar os resultados da investigação, o que exige que o enfermeiro seja capaz de integrar a responsabilidade científica ao lado do humanismo, actuando e tomando decisões fundamentadas em conhecimentos científicos, sem nunca esquecer a diversidade e complexidade humana, uma vez que cada pessoa tem uma personalidade própria, é influenciada pelo meio social em que se insere, possui capacidades intelectuais próprias, tem valores e formas de viver diferentes.

Enquadra-se este trabalho, de natureza teórica, na competência profissional que consiste na capacidade de agir eficazmente num tipo de situação, bem como na capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, sem que se reduza a eles, considerando que o saber fazer e as aptidões e qualidades são instrumentos inerentes ao profissional na construção da sua competência (Madureira *et al.*, 2007). Os elementos que a constituem estão associados intrinsecamente com o contexto e com as circunstâncias em que sucede a intervenção de enfermagem, incluindo-se o saber mobilizar.

A partir desta reflexão focalizada na natureza específica dos cuidados de enfermagem, onde assume importância as transições que as pessoas vivenciam perante os acontecimentos de vida, parece que se está em condições, conforme refere Petronilho

(2009, p. 38), “de identificar um conjunto de focos de atenção que promovam, por um lado, as disposições integradoras da nova condição de saúde e, por outro lado, o processo de enfermagem face à necessidade de mudança, gerada por esses acontecimentos de vida, quer decorram de transições de saúde/doença, quer decorra de transições associadas ao ciclo de vida e, a partir dos quais, devemos produzir indicadores de enfermagem, fazendo estes parte do nosso Resumo Mínimo de Dados”.

A investigação científica, como sendo um processo metódico e sistemático, surge da imensa necessidade do Homem em analisar e procurar a resolução de diversos problemas, compreendendo desta forma o universo de fenómenos do mundo em que vive. No que respeita ao método de aquisição de conhecimentos, a investigação científica destaca-se por ser o método mais rigoroso e o mais aceitável, visto que assenta num processo racional, permitindo a obtenção de respostas para questões precisas que carecem uma investigação (Fortin, 2003).

Segundo Fortin (2003, p.40), no quadro de uma investigação, “o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

Deste modo, o objectivo geral deste trabalho consiste em conhecer e compreender a essência do processo de enfermagem, como foco representativo e significativo na relação de ajuda, de acordo com a disciplina de enfermagem e em consonância com a acção profissional dos enfermeiros. Como objectivos académicos, procura-se responder a uma exigência curricular, para a obtenção do grau de licenciatura; aprofundar conhecimentos na área de investigação em enfermagem; aplicar conhecimentos relativos à metodologia científica em investigação. Os objectivos específicos são: aprofundar conhecimentos sobre o tema escolhido; desenvolver a capacidade de crítica, reflexiva e de análise, bem como aprimorar o conhecimento e a formação profissional, que resultarão no desenvolvimento de habilidades de investigação que permitam contribuir para a actualização de conhecimentos, os quais facultarão uma maior qualificação como profissional da saúde.

Salienta-se que o conceito de cuidados de enfermagem pressupõe cada vez mais uma estreita ligação entre os vários agentes envolvidos no processo de cuidar. Daí ser fundamental que os enfermeiros tenham em consideração a importância de agir e de

partilhar, para melhor cuidar (Brito, 2008). A mesma autora acrescenta que “o utente mais do que o ‘centro’ do hospital, deve ser o elemento justificador de todas as actividades e todos nós sabemos como é importante estarmos atentos às necessidades dos utentes” (p. 43). Como tal, e ainda na opinião da autora citada, o enfermeiro, ao pensar no processo, deve fazer uma abordagem centrada não apenas nas necessidades fisiológicas, mas nos aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural do utente.

O estudo centrar-se-á numa pesquisa analítica de revisão bibliográfica. Este tipo de pesquisa envolve o estudo e a avaliação crítica da informação que se decidiu analisar. Assim, segundo este método de pesquisa, pretende-se analisar, avaliar e integrar a literatura publicada e estabelecer eventuais relações, pontos de concordância e pontos divergentes.

Em termos estruturais, este trabalho começa com o Capítulo I, onde se apresenta a metodologia seguida. Segue-se a revisão bibliográfica, que inicia com o Capítulo II, no qual se faz uma resenha histórica da enfermagem. No capítulo III, aborda-se as competências dos enfermeiros, aludindo-se à relação de ajuda, ao acto de cuidar e à comunicação, a identidade profissional e a construção dos saberes teóricos e profissionais. No capítulo IV, descreve-se o processo de enfermagem, referenciando-se as suas fases. No Capítulo V, essência do processo de enfermagem, faz-se uma súpula de todo o trabalho.

Por fim, em jeito de conclusão e com base no enquadramento teórico efectuado, serão tecidas algumas considerações de jaez reflexiva. Deste modo, procurar-se-á explicitar, de forma naturalmente sumária, o testemunho das ilações mais relevantes que deste trabalho se considerem pertinente extrair.

## Capítulo I – Metodologia

### 1. Justificação Metodológica

Este trabalho centra-se numa pesquisa analítica de revisão bibliográfica. Este tipo de pesquisa envolve o estudo e a avaliação crítica da informação decidida a analisar.

Assim, segundo este método de pesquisa (pesquisa analítica de revisão bibliográfica) pretende-se analisar, avaliar e integrar a literatura publicada, e estabelecer eventuais relações, pontos de concordância e pontos divergentes, entre as diferentes abordagens acerca do processo de enfermagem e a sua evolução.

O referencial bibliográfico tem por base o que já existe sobre o tema, utilizando-se, fundamentalmente, as contribuições dos diversos autores e estudos sobre o objecto de estudo (Bell, 2003).

A análise documental ajuda o investigador a perceber, segundo Bell (2003, p. 102), “se o projecto que o investigador se propõe é realizável e para este se informar acerca do contexto e da natureza do assunto”. Na perspectiva do mesmo autor, a revisão crítica de teorias e pesquisas é um aspecto essencial à construção do objecto de pesquisa e como tal deve ser tratado.

A pesquisa documental, segundo Ketele e Roegiers (1993), perspectiva que o objecto é a literatura científica relativa ao objecto de estudo e cuja finalidade é a exploração da literatura com vista a elaboração de uma problemática teórica. A pesquisa documental envolve a procura em livros, revistas, teses, monografias, actas, artigos, internet, registos académicos, estatísticas e outros documentos das informações que interessam ao propósito do estudo.

Na opinião de Bell (2003, p. 83), qualquer investigação “seja qual for a sua dimensão, implica a leitura do que outras pessoas já escreveram sobre a sua área de interesse, a recolha de informações que fundamentem ou refutem os seus argumentos e a redacção das suas conclusões”.

A escolha dos livros e/ou artigos foi realizada de forma intencional, tendo em consideração as sugestões de profissionais especializados na área e os itens que se pretendem analisar, definidos *a priori*.

Inicialmente, foi realizada uma recolha bibliográfica com o objectivo de realizar uma análise temática de forma a verificar as diferentes abordagens acerca da história da enfermagem e do seu processo, bem como verificar a presença ou ausência de relação entre ambos os temas, as suas diferenças e semelhanças.

Após esta recolha bibliográfica procede-se a uma análise temática delimitada, que pretende “ouvir o autor, apreender, sem intervir nele, o conteúdo de sua mensagem. Praticamente, trata-se de fazer ao texto uma série de perguntas, cujas respostas fornecem o conteúdo da mensagem” (Severino, 1992, *cit. in* Bell, 2003, p. 84).

Desta forma, pretende-se analisar o que os diversos autores apontam sobre cada uma das abordagens, procurando a compreensão lógica do que é exposto, no sentido de identificar eventuais semelhanças ou diferenças entre os temas anteriormente referidos.

### **i.i. Objectivos**

Os objectivos são essenciais na elaboração de um estudo, pois introduzem o seu porquê. São enunciados declarativos que precisam a orientação de investigação, de acordo com o nível de conhecimentos existentes (Fortin, 2003).

Partindo-se do pressuposto que a formulação do objectivo de um trabalho de investigação é um processo que possibilita ao investigador explorar, identificar, descrever ou, ainda, explicar e prever um determinado fenómeno, conforme argumenta a autora supracitada, devendo ser formulado com grande economia de palavras, este processo implica que se estabeleça uma relação de causa/efeito, para que se atinjam os objectivos propostos.

Objectivo geral:

- Conhecer e compreender a essência do processo de enfermagem.

Objectivos Específicos:

Além do objectivo geral, procura-se atingir os seguintes objectivos específicos que vão facilitar a compreensão do fenómeno:

-Adquirir ganhos de competências profissionais e pessoais, que servirão para aperfeiçoar as capacidades de planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem;

- Desenvolver a capacidade de crítica, reflexiva e de análise, bem como aprimorar o conhecimento e a formação profissional.

Estes objectivos assumem-se como relevantes, uma vez que a investigação em enfermagem incorpora um papel fulcral para o estabelecimento de uma base científica para conduzir a uma prática de cuidados responsável, fazendo parte integrante do dever da profissão (Fortin, 2003).

## Capítulo II – Evolução da Enfermagem

### 1. História da Enfermagem

A enfermagem surge praticamente ao mesmo tempo que o próprio Homem e deriva dos sentimentos de carinho e auxílio. Quando nas primeiras sociedades, os homens partiam para a caça, as mulheres ficavam a cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes. É aí que se vêem as primeiras manifestações de enfermagem já que, a par da educação dos filhos e amparo dos velhos, ter-se-ão desenvolvido algumas técnicas de cura e alívio (no seu próprio domicílio), em que a mulher assumia o papel central. Daí que a profissão de enfermagem, inicialmente, estivesse ligada durante muito tempo à figura feminina (Nunes, 2003).

Num salto temporal, importa referenciar que por volta do século V a.C., o cuidado se associa à prática religiosa, transformando-se numa prática mágico-sacerdotal. Contudo, no final do século V os progressos da ciência e da filosofia minimizam o sobrenatural e dão origem a novas diretrizes de pensamento, pelo que a prática de saúde passa a ser baseada no conhecimento da natureza, entendimento que se estende até os primeiros séculos da Era Cristã, depois dos quais as práticas de saúde voltam desenvolver-se sobre a égide da religião. Na base, estavam superstições e crenças religiosas associadas à mortalidade por grandes epidemias ou acidentes naturais, como se de castigos divinos se tratassem. Os locais de assistência proliferam junto dos mosteiros e os prestadores de cuidados são essencialmente mulheres ligadas à igreja que procuravam salvar a sua alma salvando a do próximo. Nasce, desta forma, uma filosofia de cuidados assente sobre os valores cristãos, em que o cuidado é entendido como um dever religioso. A herança deste período histórico fez incorporar, na enfermagem, um conjunto de valores conotados com o sacerdócio (Lemos, 2008).

Neste pressuposto, a enfermagem assume, desde sempre, uma faceta dupla: é, por um lado, um sentimento humanitário, e, por outro, a posse de um saber, ficando com essa marca até aos nossos dias.

Como refere Nunes (2003), a evolução histórica da enfermagem no mundo é paralela à evolução da medicina, dado que foi sempre vista como auxiliar dela, existindo

uma interdependência entre as duas profissões. Daí que tanto uma, como outra se tenham desenvolvido, posteriormente, à sombra da religião, por influência de doutrinas e dogmas das mais diversas correntes religiosas – do paganismo ao budismo, passando pelo judaísmo e pelo islamismo, até ao cristianismo – estando o acto de cuidar a cargo dos sacerdotes. Este menciona ainda que existem algumas diferenças que distinguem estas duas profissões e são notadas por qualquer um que se envolva com a enfermagem durante algum período de tempo.

Estas diferenças estarão principalmente centralizadas no objectivo principal de cada profissão. Em geral, a medicina preocupar-se-á com o diagnóstico e o tratamento das doenças e a enfermagem preocupar-se-á com os cuidados à pessoa numa variedade de situações relacionadas com a saúde.

Para a profissão de enfermagem, as práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas acções garantiam ao Homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nómadas primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Mas, como o domínio dos meios de cura passaram a significar poder, o Homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele (Nunes, 2003).

De acordo com o mesmo autor, quanto à enfermagem, as únicas referências ajustadas à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a actuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as actividades dos templos com os sacerdotes.

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico, que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças e, na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenómenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos (Nunes, 2003).

O autor anterior menciona ainda que essa prática individualista se volta para o Homem e para as suas relações com a natureza e leis imutáveis. Este período é considerado

pela medicina grega como o período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates que propôs uma nova concepção de saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspecção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de Enfermagem nesta época.

As práticas de saúde monástico-medievais focalizavam a influência dos factores socio-económicos e políticos da época medieval e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceites pela sociedade como características inerentes à enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à enfermagem não uma conotação de prática profissional mas de sacerdócio (Hesbeen, 2004).

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciam a evolução das acções de saúde e, em especial, do exercício da enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram um factor de crescimento para a enfermagem. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição.

“O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos colectivos” (Graça e Henriques, 2004, p. 25).

Sob a exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atractivos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a enfermagem, permaneceu por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente,

de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais (Lemos, 2008).

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as acções de saúde e, em especial, as de enfermagem, sob a óptica do sistema político-económico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como actividade profissional institucionalizada.

Esta fase inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX. O avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais. É na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que se encontram as raízes do processo de disciplina e os seus reflexos na enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então (Lemos, 2008).

Naquela época, as condições eram precárias, devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados nas suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objecto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada.

## **2. Teorias de Enfermagem**

Neste item abordam-se algumas teorias da enfermagem, cuja opção se deve à temática deste trabalho, ou seja, para se perceber qual a essência dos processo de enfermagem tem de se falar em algumas das teóricas que tiveram na sua génese, tais como: Florence Nightingale, Nancy Roper, Jean Watson, Madeleine Leininger e Patricia Benner.

Tal como noutras profissões, a evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos vários de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Os cursos de enfermagem de hoje procuram dar

uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma acção terapêutica a nível individual e familiar (Pfetscher, 2004).

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade motivou os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para a sua profissão. Esses modelos conceptuais orientam não só a prática do enfermeiro, proporcionando uma descrição, por exemplo, da meta que ela persegue ou das actividades de cuidados, mas também servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados (Pfetscher, 2004).

Precusores para a elaboração de teorias em ciências de enfermagem, os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática. Modelo conceptual é, portanto, uma imagem mental, uma maneira de representar a realidade, isto é, uma maneira de conceber a profissão (Carvalho, 2004).

Com Nightingale, uma pioneira da formação em enfermagem, acentuou-se duas concepções diferentes do trabalho: por um lado, o de responsabilidade delegada pelo médico acerca do estado clínico do doente, e por outro, uma margem de autonomia consubstanciada na responsabilidade autónoma pelo bem-estar físico, psicológico e social do doente (Graça e Henriques, 2004).

Este progresso vai transformar o hospital num local de investigação, onde o corpo do doente passa a ser o objecto de estudo, ou seja, a máquina que deve ser reparada, acentuando-se a orientação para o tratamento da doença do modelo biomédico. Desta forma, a enfermagem moderna nasce como uma actividade profissional complementar da prática médica, que começa por ter como competências profissionais um conjunto de tarefas simples, necessárias à recuperação do doente (Lemos, 2008).

Florence Nightingale, nascida a 12 de Maio de 1820, em Florença, era filha de ingleses. Possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança, o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo

prevalecer as suas ideias. Decidida a seguir a sua vocação, procura completar os seus conhecimentos que julga ainda insuficientes. Visita o Hospital de Dublin dirigido pela Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na *Maison de la Providence* em Paris (Pfetscher, 2004).

Florence dedica-se, porém, com ardor, a trabalhos intelectuais. Pelos trabalhos na Crimeia, recebe um prémio do Governo Inglês, graças ao qual consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da enfermagem, fundando uma Escola de Enfermagem no Hospital *Saint Thomas*, em 1859, seguindo a disciplina rigorosa, do tipo militar, sendo esta uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos. Nas primeiras escolas de enfermagem, o médico foi de facto a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia, então, decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras (Tomey e Alligood, 2004).

Assim, a enfermagem deixa de ser uma actividade empírica, desvinculada do saber especializado, passando a uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica. Apesar das dificuldades que as pioneiras da enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas espalharam-se pelo mundo, a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos a primeira escola foi criada em 1873. Em 1877, as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços ao domicílio em Nova Iorque (Pfetscher, 2004).

As escolas deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale, baseada em quatro ideias-chave: a formação de enfermeiras deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e ser mantido pelo dinheiro público; as escolas deveriam ter uma estreita associação com os hospitais, mas manter a sua independência financeira e administrativa; as enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino no lugar de pessoas não envolvidas em enfermagem; as estudantes deveriam, durante o período de formação, ter residência à disposição, que lhes oferecesse um ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital (Pfetscher, 2004).

Para Carapinheiro (1998, p.41), “Florence Nightingale entra na história da humanidade como a Dama da Lanterna, a fundadora da Enfermagem Moderna, ao revolucionar as estruturas básicas da saúde comunitária”. Refere ainda que é a partir da fundação da escola de Nightingale que surgem quatro princípios básicos na profissão de enfermagem: espírito de servir ou ideal, habilidade manual e arte, ciência, qualidades físicas. Destacando-se também quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Estes conceitos, considerados revolucionários para a época, segundo o mesmo autor, ainda hoje se identificam com as bases humanísticas da enfermagem.

Carapinheiro (1998) alude que a enfermagem moderna surge em função da síntese proposta por Nightingale, ou seja, entre a laicização da actividade de enfermeira nos seus pressupostos técnico-profissionais, a educação profissional, ultrapassando o empirismo; a obediência aos médicos (semelhante ao papel da esposa no seu ambiente doméstico), ultrapassando os vínculos de obediência à hierarquia religiosa e a vinculação a um conteúdo ético-deontológico que engloba os valores inerentes à moral cristã e aos códigos de deontologia médica.

Nightingale utilizou o raciocínio indutivo para extrair das suas observações e experiências leis de saúde, doença e enfermagem. A sua educação, em especial em filosofia e matemática, pode ter contribuído para o seu pensamento lógico e para as capacidades de raciocínio indutivo (Lemos, 2008).

Por exemplo, as suas observações sobre as condições no hospital de Scutari levaram-na a concluir que o ambiente contaminado, sujo e escuro conduzia à doença. Não só podia evitar que a doença se propagasse em tais ambientes, como também reconheceu que a prevenção da doença seria obtida através do controlo ambiental. Com o seu próprio treino de enfermagem, a sua breve experiência enquanto superintendente em Londres e das suas experiências na Crimeia, foi capaz de fazer observações e de criar os princípios para a sua formação de enfermagem e para os cuidados ao doente (Pfetscher, 2004).

Os princípios de enfermagem de Nightingale permanecem aplicáveis hoje em dia. Os aspectos ambientais da sua teoria (ventilação, calor, dieta e limpeza) permanecem componentes integrantes dos actuais cuidados de enfermagem. Para os enfermeiros que iniciam a prática no século XXI, estes conceitos continuam a ser relevantes. Na verdade, a

sua importância aumentou na medida em que a sociedade global enfrenta novos problemas no controlo da doença (Pfetscher, 2004).

Nightingale acreditava que a enfermagem significa ter responsabilidade pela saúde de alguém. Na maior parte das suas obras, esta teórica referiu-se à pessoa como um doente, cabendo aos enfermeiros executar tarefas para e pelo doente. Defendia a manutenção da saúde através da prevenção da doença pelo controlo ambiental. A forma como ela descreveu a enfermagem de saúde pública moderna assenta no conceito mais moderno de promoção da saúde. Distinguiu estes conceitos de enfermagem como sendo diferentes da prestação de cuidados de enfermagem a um doente para apressar a recuperação ou de viver melhor até morrer (Lemos, 2008).

Uma outra teórica que merece destaque é Nancy Roper, que em 1970 iniciou um projecto de investigação, com o intuito de averiguar a presença de uma essência da enfermagem. A sua filosofia compreende um sistema de existência do enfermeiro profissional e inclui também uma procura de conhecimentos. Por conseguinte, a sua existência e a sua compreensão determinam a sua forma de pensar sobre um fenómeno ou uma situação, e a forma de pensar define a maneira de actuar. O seu principal propósito foi pensar que os doentes recuperam a saúde (Tomey, 2004).

Roper propôs um modelo de enfermagem baseado no modelo de vida, com os seguintes fundamentos básicos: a vida descreve-se como uma mescla de actividades vitais; é próprio do indivíduo nascer marcado para a realização das actividades vitais; o ser humano é valioso em todas as suas fases da vida, e vai-se tornando progressivamente mais independente, até ser adulto; a dependência que uma pessoa pode ter não limita a sua dignidade (Tomey, 2004).

Roper refere que há factores que influem no conhecimento, nas atitudes e a conduta do indivíduo, sendo eles: os biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Nesta medida, expõe que a actuação dos profissionais de enfermagem assenta no pressuposto de que devem ser, de certo modo, educadores da saúde e a sua actuação baseia-se na colaboração com o doente, que normalmente possui autonomia na hora de tomar decisões. Assim, para ela o papel específico da enfermagem é prevenir, investigar, resolver de forma positiva os problemas relacionados com as actividades vitais. A principal

função da enfermagem centra-se basicamente na prevenção dos problemas potenciais (George, 2000).

Para Roper, a pessoa denomina o centro do modelo de enfermagem, havendo a necessidade de olhar cada pessoa com um ser individual, dentro de um contexto onde interferem os factores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, político e económicos (George, 2000).

No modelo de Roper, cada pessoa caracteriza-se pelas actividades vitais: preservação de uma vida saudável, comunicação, respiração, alimentação e bebida, eliminação, higiene pessoal, controlo da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e ócio, expressão da sexualidade e sono. Estas actividades vitais variam completamente de uma pessoa para outra, porque são formadas por numerosos elementos que destacam a prioridade que estabelecemos. Esta ideia de prioridade de umas actividades vitais, sob as outras é essencial na prática de enfermagem, uma vez que o enfermeiro tem de ter em conta a relevância que tem cada função vital para o doente (Tomey, 2004).

No desenvolvimento da vida, as pessoas requerem assistência de enfermagem. Como tal, os enfermeiros devem estar conscientes desta individualidade vital antes de avaliar o doente. Assim, Roper é promotora de uma prática de enfermagem individualizada, assente nos seguintes pressupostos: prevenir os potenciais problemas que podem converter-se em problemas reais; resolver os problemas reais, lutar positivamente pelos problemas que não se podem resolver; prevenir o surgimento de novos problemas; lutar positivamente contra a morte e o estado agonizante do doente com dor oncológica (Tomey, 2004).

Este modelo pode adaptar-se a qualquer situação de enfermagem e aplicar-se com o objectivo de fomentar nas pessoas que lhes cabe também lutar por manter a saúde.

Enfatiza-se também a Teoria do Cuidado Humano de Watson que surgiu entre 1975 e 1979, período em que a Teórica ensinava na Universidade do Colorado. Emergiu da sua visão sobre enfermagem resultante dos estudos realizados. Para a autora, a ciência do cuidado inclui estudos da humanidade tanto quanto das ciências biológicas e tecnológicas, propondo sete suposições e dez factores básicos sobre a ciência do cuidado (Neil, 2004).

As sete suposições básicas baseiam-se no seguinte: o cuidado humano somente pode ser demonstrado e praticado através de relações interpessoais; o cuidado humano consiste

nos factores cuidativos que resultam na satisfação de certas necessidades humanas; o cuidado efectivo promove a saúde e o crescimento do indivíduo e da sua família; para cuidar é necessário aceitar a pessoa não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser; um ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial humano (auto-realização) e permite a liberdade de escolha; o cuidado possui maior capacidade de autogenia, quando comparado com a cura, ou seja, por ser autógeno, o cuidado gera cuidado; a prática do cuidado integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde para quem está doente; a prática do cuidado é o centro ou a essência da enfermagem (Pfetscher, 2004).

Essas suposições retratam o cuidado humano em todas as dimensões possíveis de serem trabalhadas por meio de relações interpessoais e subsidiam os dez factores básicos da prestação de cuidados: factores relacionados com a prestação de cuidados, organizados por Watson no seu trabalho original, em 1979, que se descrevem a seguir: Factor 1 – formação de sistema de valores humanista/altruísta; Factor 2 – a instauração da fé/esperança; Factor 3 – o cultivo da sensibilidade do próprio self e das demais pessoas; Factor 4 – o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança; Factor 5 – a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; Factor 6 – o uso sistemático de um processo criativo de solução de problemas; Factor 7 – a promoção do ensino e aprendizagem transpessoal; Factor 8 – a provisão de um ambiente de apoio, protecção e/ou neutralização mental, física e espiritual; Factor 9 – assistência com gratificação das necessidades humanas; Factor 10 – a permissão de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais (Neil, 2004).

Segundo esta teórica, o cuidado é reconhecido como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade. A essência da enfermagem requer sensibilidade e co-participação entre o enfermeiro e o doente. Defende que o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar autocontrolo, auto-conhecimento e a promover mudanças nos hábitos de saúde.

Apesar da utilidade dos factores relativos à prestação de cuidados originais, como base para pesquisas e guias de modelos na prática, é sugerido, como parte do

desenvolvimento e evolução da teoria, a sua transposição para o processo de cuidado clínico com amor/carinho (Honoré, 2004).

Assim, considerando a importância da compreensão desses factores para o trabalho com a Teoria do Cuidado Humano, expõem-se as propostas sugeridas: prática consciente com amor, bondade e serenidade; presença na relação com autenticidade, permitindo e mantendo pensamentos e a opinião própria e do outro, ou seja, um-ser-cuidado-para; o cultivo das suas próprias práticas pessoais na relação transpessoal e espiritual; desenvolvimento e manutenção de uma autêntica relação de cuidado de ajuda/confiança; presença verdadeira na relação, aceitando os seus próprios sentimentos positivos e negativos e do outro ser que está a receber cuidados; uso de práticas criativas e de todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidado (Honoré, 2004).

O cuidado transpessoal procura abranger o espírito ou a alma do outro através do processo do cuidado, saúde e da autêntica relação no momento do encontro, constituindo-se no fundamento do trabalho desta teórica.

Por fim, alude-se à *Teoria do Cuidar Cultural*, centrada na *Teoria da Diversidade e da Universalidade*, de Madeleine Leininger, autora da enfermagem transcultural e orientadora da teoria do cuidar humano, nos anos 50 do século XX (Welch, 2004).

Leininger definiu enfermagem transcultural como “uma área principal da enfermagem que se centra num estudo comparativo e numa análise de culturas e subculturas diferentes em relação aos seus valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e padrão de comportamento com a finalidade de desenvolver um conhecimento científico e humanista para fornecer uma prática de cuidados de enfermagem própria da cultura e/ou uma prática de cuidados de enfermagem universal” (Carvalho, 1996, p. 36).

Leininger determina uma distinção entre enfermagem transcultural e enfermagem através da cultura. A primeira corresponde às enfermeiras aptas pela enfermagem transcultural que estão empenhadas em desenvolver conhecimentos e prática em enfermagem transcultural, enquanto a enfermagem, através da cultura, corresponde às enfermeiras que empregam conceitos antropológicos ou médicos aplicados, com muitas enfermeiras que não estão empenhadas em desenvolver práticas baseadas na teoria e na investigação da enfermagem transcultural (Welch, 2004).

Durante mais de quatro décadas, Leininger advogou que o cuidar é “a alma da enfermagem e o aspecto dominante, distintivo e unificador da enfermagem. Salienta que o cuidar é complexo, ilusório e, constantemente, inserido na estrutura social e noutros aspectos da cultura. Defende que existem distintas formas, expressões e padrões do cuidar que são diferentes e alguns universais” (Carvalho, 1996, p. 38).

Leininger acreditava que, a seu tempo, tanto os aspectos diversos, como os universais do cuidar e da saúde, seriam fundamentados como a essência do conhecimento e da prática de enfermagem. Sustentando ainda que “a finalidade da teoria do cuidar é prestar um cuidar culturalmente congruente” (Carvalho, 1996, p. 38). A teoria de Leininger é descendente da antropologia e da enfermagem, mas é reformulada para ser a enfermagem transcultural com a perspectiva do cuidar humano.

Salienta-se também a teoria de Patricia Benner, cuja primeira publicação ocorreu em 1984, *De Principiante a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*.

Patricia Benner estudou a prática de enfermagem clínica numa experiência de deslindar e descrever o conhecimento presente na prática de enfermagem, ou seja, um conhecimento que acontece ao longo do tempo numa disciplina prática e a diferença entre conhecimento prático e teórico. Uma das primeiras exceções teóricas que Benner efectuou foi relacionada com a própria teoria. Segundo Brykczynski (2004), esta teórica acreditava que as enfermeiras estavam a ser negligentes na documentação da sua aprendizagem clínica e esta falta de registo das suas práticas e observações clínicas priva a teoria de enfermagem da singularidade e riqueza do conhecimento contido na prática clínica perita. Para a mesma teórica, a prática clínica abrange a noção de excelência, através da análise da prática, podendo os enfermeiros encontrar novos saberes.

Benner (2001) moldou o *Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus* à prática da enfermagem clínica. O padrão é situacional e descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Este padrão postula que as modificações, em quatro aspectos do desempenho, surgem em movimento através dos níveis de aquisição de competências.

Na perspectiva desta teórica, o nível de cumprimento pode ser determinado apenas por validação consensual de juízes especialistas e pela apreciação dos resultados da situação. A justificação de Benner (2001) sobre a prática de enfermagem vai para além do emprego sólido de normas e teorias e baseia-se no comportamento razoável que corresponde às exigências de uma dada situação. As competências adquiridas através da experiência de enfermagem e a consciência perceptível que as enfermeiras peritas desenvolvem enquanto decisoras da “gestalt da situação” levam-nas a seguirem as suas intuições, enquanto procuram provas para confirmar as mudanças subtis que observam nos doentes.

À medida que o enfermeiro ganha experiência, o conhecimento clínico torna-se numa fusão de conhecimento teórico e prático, cuja perícia se desenvolve à medida que o clínico experimenta e modifica probabilidades baseadas em princípios. Benner (2001) emprega este conceito-chave para descrever a prática de enfermagem clínica no que se refere ao facto de os enfermeiros delimitarem uma diferença evidente ao estarem na situação sob a forma do cuidar.

Benner (2001) orientou uma investigação interpretativa e descritiva que conduziu à utilização dos cinco níveis de competência de *Dreyfus* para descrever a aquisição de competência técnica na prática da enfermagem clínica. Ao descrever a abordagem interpretativa, a perspectiva de Benner (2001) procurou uma descrição rica da prática de enfermagem a partir da observação e de descrições narrativas da actual prática de enfermagem para fornecer o texto para a interpretação. Trinta e uma competências surgiram da investigação acerca das descrições pormenorizadas das enfermeiras sobre episódios de cuidados ao doente, incluindo as suas intenções e interpretações dos eventos. Destas competências identificadas a partir de situações da prática real, nasceram por inferência, com base na parecença de função e de interno, os seguintes sete domínios: o papel da ajuda; a função de ensinar-treinar; a função de diagnóstico e de vigilância do doente; a gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente; ministrar e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos; monitorizar e assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde e competências de trabalho organizacional.

Cada um destes domínios foi relatado com as competências comparadas a partir dos exemplos que descrevem a prática de enfermagem. Benner (2001) expôs os domínios e competências da prática de enfermagem como uma estrutura interpretativa de final aberto para melhorar a compreensão do conhecimento contido na prática de enfermagem. Tais adaptações têm sido promovidas em muitas instituições para o pessoal de enfermagem, nos hospitais mundiais. Estes domínios e competências têm sido também proveitosos para a pronúncia contínua do conhecimento contido na prática especializada de enfermagem.

Em consequência desta investigação, passou a existir uma mais clara compreensão das diferenças entre compromisso com um problema ou situação e as imprescindíveis competências de enfermagem de envolvimento com doentes e famílias se aprendem ao longo do tempo. A aptidão de envolvimento com os doentes e os familiares parece essencial para ganhar perícia na enfermagem.

Benner (2001) apreendeu presumíveis modelos do modelo de *Dreyfus*, que com a experiência e perícia a competência é modificada. O modelo pressupõe que todas as situações práticas são muito mais difíceis do que podem ser relatadas pelos modelos, teorias e descrições textuais formais.

Face a todas estas teorias, salienta-se similarmente que os avanços da medicina, acompanhando os progressos da ciência em geral e o desenvolvimento das tecnologias cada vez mais sofisticadas, têm descortinado possibilidades e perspectivas que nem mesmo os mais visionários poderiam prever.

Neste capítulo fez-se uma breve visão geral do desenvolvimento histórico da enfermagem, desde os seus primórdios até à actualidade. Na primeira metade do século XX, os profissionais de saúde começam a perceber que era necessária uma base de conhecimentos de enfermagem profissional, para que esta fosse reconhecida e para que se pudessem dedicar aos doentes, como profissionais.

## Capítulo III – Competências dos Enfermeiros

### 1. O Cuidar

Desde os primórdios que o Homem cuida e é cuidado. O percurso histórico de enfermagem, desenvolvido ao longo dos séculos, tem demonstrado que a enfermagem se sustenta nos cuidados desenvolvidos aos outros e que a capacidade de cuidar de si próprio é uma actividade que só o desenvolvimento e a maturidade podem proporcionar. Esta condição de fragilidade da espécie determinou que sempre houvesse necessidade de cuidados e que essa prática seja tão antiga como a própria humanidade, ou seja, o cuidar e o ser cuidado são imperativos de existência (Coelho, 2003).

O cuidar faz parte das necessidades humanas fundamentais para a sobrevivência da vida humana: o cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado. Para Collière (1999, p. 227), “Cuidar, é ajudar a viver”. De acordo com a mesma autora, o cuidar é uma característica humana, componente primordial do ser humano, comum e inerente a todos os povos, como um imperativo moral, relativo à dignidade e respeito pelo outro; como um afecto, sentimento de compaixão, ou como uma interacção, na qual a comunicação, a confiança, o respeito e o empenho estão subjacentes.

“Cuidar e ajudar caminham juntos numa relação interpessoal: - relação de ajuda; a qual constitui um pilar, à volta do qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem” (Dias *et al.*, 1995, p. 89).

Segundo Hesbeen (2000), o cuidar é uma atenção particular que se dispensa à pessoa em situação de desequilíbrio, tendo em vista ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde. O mesmo autor designa o cuidar como uma arte, “arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular” (p. 37).

A arte pode ser considerada um meio para o contacto de humano-para-humano, em que são transmitidos sentimentos. Logo, o cuidar pode ser encarado como uma forma de expressão artística, na medida em que através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos que, por sua vez, são também

experimentados pelo receptor da interação do cuidar. “A arte de cuidar surge, então, como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos” (Watson, 2002, p. 60).

De acordo com Honoré (2004, p. 17), cuidar “indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos”. O mesmo autor evidencia várias intenções da acção de cuidar: a intenção de reparar, de aliviar, de satisfazer, de contentar, de formar, de educar, de acompanhar um desenvolvimento.

Riley (2004, p. 16) afirma que o “cuidar não é um conceito abstracto, existem maneiras explícitas de os enfermeiros comunicarem mostrando que cuidam. Implícito nos cuidados está um cometimento público pela promoção da humanidade de cada indivíduo e estrito respeito pela singularidade e dignidade”.

Assim se depreende que o cuidar é similarmente um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que se é levado a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades humanas fundamentais.

Há, ainda, que salientar a destriça entre cuidar e tratar. Neste sentido, Collière (1999) afirma que não se devem confundir os termos porque, quando se confunde o cuidar com o tratar, todas as forças vivas da pessoa permanecem passivas, uma vez que não são estimuladas. Portanto, os cuidados que o enfermeiro presta devem centrar-se na pessoa, numa perspectiva holística.

Os actos de enfermagem, na perspectiva da autora supracitada, têm sido praticados desde o início da história da humanidade de forma mais ou menos explícita. Através de uma reflexão simplista poder-se-á verificar que a partir do momento em que uma pessoa se feriu ou adoeceu, logo outra cuidou dela, ou seja, desde sempre, se praticaram actos de enfermagem.

A assistência de enfermagem consiste em cuidar e manter o bem-estar físico, emocional, social, espiritual e cultural de um indivíduo, de uma família ou comunidade (Tomey e Alligod, 2004).

Prestar cuidados é uma atitude, uma forma de estar na vida, que induz a um verdadeiro olhar para o outro e também para o mundo. Este olhar será tão mais capaz de ver a pessoa na sua globalidade, quanto mais formos capazes de incorporar na nossa vida profissional e pessoal os valores que, sendo universais, devem ser implementados nas nossas práticas.

Henderson (1978, *cit. in* Phaneuf, 2005) reforça a relação entre o corpo e a mente, quando afirma que a emoção tem um efeito físico e as alterações físicas afectam a mente. Na nossa prática profissional, devemos ter sempre presente que a enfermagem é arte de cuidar e, como nos diz Collière (1999), os cuidados de enfermagem situam-se na encruzilhada de sistemas, de crenças e valores que estão em interacção e se influenciam mutuamente. Refere que o cuidar é uma aprendizagem que se desenvolve com o desenrolar dos cuidados de Enfermagem. Os enfermeiros devem fazer coincidir as acções com as necessidades da pessoa, pois as suas acções favorecem a independência desta.

Proporcionar a cada indivíduo o seu bem-estar é a finalidade a atingir. Esta só terá verdadeiro significado se o mesmo for procurado pela equipa de saúde e pela pessoa, incluindo a própria família.

O enfermeiro deve estabelecer diálogo, atenção e acompanhamento da família, centrando os seus cuidados não só na pessoa, mas também na família. Deve considerar-se que a pessoa e a sua família constituem a unidade a cuidar, sendo a pessoa o elemento fundamental e a família o seu apoio. E, tal como reforça Marinheiro (2002, p. 21), “a família é o sistema natural mais importante na vida dos indivíduos, espaço privilegiado de suprimento de necessidades, de mediação entre o indivíduo e o meio”.

Assim, o cuidar encontra o seu verdadeiro significado pela encruzilhada da interacção enfermeiro/utente, num processo de constante desenvolvimento e mudança, exige um conhecimento científico que deve aplicar-se segundo um modelo em que se considera o homem inteiro e a sua natureza humana (Riley, 2004).

Tornar a pessoa autónoma não significa pressioná-la ou obrigá-la a fazer gestos que ela recusa, tais como, auto cuidar-se ou levantar-se, se ela não tem a força nem o desejo em fazê-lo. É necessário ter em conta que o respeito pela vontade da pessoa e pelas suas

capacidades deve ser primordial e, de acordo com Henderson (1978, *cit. in* Phaneuf, 2005), ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades visa motivá-la para a autonomia.

Partilha-se da opinião de Hesbeen (2004, p. 84), quando afirma que “preparar os nossos pacientes para a escolha, ajudá-los nas suas opções, faz parte do trabalho daqueles que cuidam. Respeitaremos suas decisões feitas livremente (...)”, de forma a satisfazer as necessidades da pessoa. Na realidade, o sujeito alvo de cuidados não é só um corpo, mas uma pessoa com todas as vertentes de âmbito psicossocial.

## **2. Relação de Ajuda**

A relação de ajuda consiste em promover uma mudança no comportamento do doente, isto é, uma mudança construtiva que o leva a entender, aceitar e colaborar na sua saúde, tendo como base um clima de confiança (Fernandes, 2003). Deste modo, o papel do enfermeiro é oferecer ao doente, sem lhe impor os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os seus recursos pessoais, que ele utilizaria, à sua maneira, no processo de resolução do problema (Dias *et al.*, 1995, p. 92).

Por conseguinte, o enfermeiro nunca deve resolver os problemas do doente, mas sim orientá-lo e ajudá-lo na sua resolução, conforme as suas possibilidades. O enfermeiro deve ter vontade de ajudar, ser capaz de criar um clima sustentador de confiança, de uma comunicação acessível e, para tal, o enfermeiro deve adquirir atitudes e habilidades na arte da comunicação, para se estabelecer uma relação de ajuda com sucesso, envolvendo o doente nos seus próprios cuidados de enfermagem (Brito, 2008).

O comportamento verbal e não verbal tem uma grande influência na relação de ajuda. A aceitação, por parte do utente, de si, enquanto profissional, depende, frequentemente, da imagem humana e profissional que lhe transmite. O aspecto profissional, o comportamento e a maneira de proceder, são relevantes para demonstrar credibilidade e competência. Estes aspectos transmitem um profissional pronto a ajudar, com competência clínica, demonstrando, simultaneamente, que a sua preocupação é o utente. Não há nada mais negativo para a sua imagem que um aspecto ou um comportamento impróprios no cumprimento das suas funções (Potter e Perry, 2006).

Para além da capacidade de comunicação, os enfermeiros têm de possuir outras habilidades essenciais à relação de ajuda, que se passam a descrever.

#### Escutar e responder

A escuta activa é ouvir com atenção, como todo o seu ser – de corpo e alma, de forma holística. Designa estar atento às ideias fundamentais e de apoio; constatar e responder; reagir em conformidade; e prestar atenção a toda a comunicação da outra pessoa, abarcando o conteúdo, a intenção e os sentimentos expressos, são factores que têm de estar presentes no quotidiano dos profissionais de saúde (Potter e Perry, 2006).

As mesmas autoras referem que escutar com atenção possibilita apreender melhor a mensagem que está a ser transmitida, além de que é um meio excelente para se criar confiança. Em muitas situações, a pessoa apenas deseja ser ouvida. Para escutar atentamente, o enfermeiro deve estar de frente para o utente, eliminar as barreiras físicas, manter o contacto visual, adoptar uma atitude descontraída, inclinando-se ligeiramente para a frente, bem como pode acenar com a cabeça em sinal de assentimento, de modo a dar *feedback* e incentivo, à medida que o utente fala.

Fornecer informações: dar informações, sejam elas de natureza factual ou profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões. Ajuda para minimizar a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente, em termos de segurança. Ao dar sugestões, o profissional de saúde deve destacar que o utente tem o direito de decidir sobre que escolhas fazer, por forma a manter a sua autonomia. Deve falar em linguagem simples e explicar os termos técnicos (Potter e Perry, 2006).

Parafrasear a comunicação: parafrasear cifra-se na reformulação do que foi dito, por palavras do receptor, para que se possa certificar que a informação foi correctamente recebida.

Clarificar a informação: com a clarificação deseja confirmar-se se a mensagem foi decifrada correctamente. Assim, o enfermeiro deve reformular uma mensagem ambígua, ou pouco clara, bem como solicitar à outra pessoa que o faça, a fim de explicar melhor ou dar exemplo daquilo que desejava transmitir (Potter e Perry, 2006).

Centrar a comunicação: centrar a comunicação é também um factor importante, na medida em que norteia o diálogo para determinado tema ou questão, quando esta é confusa e confina o âmbito da resposta do emissor. Potter e Perry (2006) referem que deve ter lugar quando o emissor devaneia ou introduz no diálogo diversos temas sem qualquer relação entre si.

#### Silêncio

É imprescindível tempo e experiência para que o enfermeiro não fique incomodado com o silêncio. Geralmente, preenchem-se os espaços mortos com palavras. No entanto, o silêncio pode traduzir-se como uma preciosa ajuda para que o profissional de saúde tenha tempo para observar o utente, perscrutar sentimentos, reflectir sobre a forma de verbalizar as coisas, bem como para que possa reflectir sobre o que foi transmitido. Potter e Perry (2006) referem que a interrupção do silêncio cheio de significado pode ser visto como desrespeito, por parte do utente. Por exemplo, em momentos de profunda tristeza, reflexão ou pesar, quando não há palavras “certas”, o silêncio é terapêutico. Como tal, o profissional de saúde deve descontraír-se, tentar respirar vagarosamente e concentrar-se em mostrar que está presente mais do que se estivesse a proferir palavras. É que o silêncio pode significar muito para o utente (Brito, 2008).

#### Esperança e encorajamento

A esperança é fundamental para o restabelecimento da situação e transmite uma “sensação de possibilidade” (Benner, 2001). O encorajamento e o *feedback* positivos são indispensáveis para que haja esperança e autoconfiança, bem como para ajudar a alcançar ao máximo os objectivos. O profissional de saúde pode fomentar a esperança e o encorajamento, glosando os aspectos positivos do comportamento, do desempenho ou da resposta da outra pessoa. A esperança também é reforçada se este profissional partilhar uma visão do futuro e sublinhar os recursos e as potencialidades de que dispõe. Poder-se-á referir o exemplo de um utente que tenha recuperado de uma doença grave e realçar o facto de que as pessoas são distintas e que algumas fazem progressos excepcionais (Laubach, 2000).

### Assertividade e autonomia

A comunicação assertiva assenta na filosofia de protecção dos direitos e obrigações do indivíduo quer seja emissor, quer seja receptor. Passa pela capacidade de ter uma actuação autónoma na obtenção dos objectivos e na defesa de terceiros. As respostas assertivas estimulam a auto-estima e protegem os direitos pessoais e profissionais. A assertividade e a autonomia caracterizam-se por sentimentos de segurança, competência, poder e profissionalismo. As afirmações assertivas transmitem a mensagem, sem recurso a sarcasmo, lamúrias, ira, culpabilização ou manipulação (Potter e Perry, 2006).

As mensagens assertivas simples, geralmente, são apresentadas em três partes, referenciando o enfermeiro, o comportamento do utente e o seu efeito.

### Empatia

Empatia é a capacidade de apreender e aceitar realidade de outra pessoa, de identificação emocional, bem como é uma forma de o profissional de saúde comunicar essa compreensão ao utente (Potter e Perry, 2006).

Riley (2004) afirma que, no momento em que um utente ou um outro profissional de saúde está magoado, confuso, perturbado, ansioso com dúvidas ou incertezas acerca do mérito próprio ou da identidade, deve haver uma atitude compreensiva.

A empatia requer sensibilidade e imaginação, particularmente quando não se viveram experiências análogas. Não é possível demonstrar empatia perante todas as situações. Contudo, esta é um importante objectivo a atingir, porque é a base para se revelar preocupação e transmitir apoio emocional ao utente (Potter e Perry, 2006).

Alligood e May (2000, *cit. in* Potter e Perry, 2006) certificam que a empatia, sendo uma estrutura de percepções, faculta uma consciência do eu e do outro, amplificando a sensibilidade, bem como permite fomentar o respeito e objectivos recíprocos e a consciência social. Potencia também o desenvolvimento do conhecimento dos indivíduos num contexto histórico e social.

As expressões de empatia reflectem compreensão por aquilo que foi transmitido e demonstram à pessoa os sentimentos e que o teor factual da comunicação foi ouvido. As

expressões de empatia têm de ser neutras e destituídas de qualquer crítica. Além disso, podem ser usadas para erigir a confiança em situações excessivamente difíceis.

### **3. A Comunicação na Enfermagem**

No estudo da comunicação, existem várias correntes que, utilizando perspectivas diferentes, procuram todas elas o mesmo objectivo.

Etimologicamente, comunicar é tornar comum. A comunicação surge como uma forma de passagem do individual para o colectivo e é condição essencial de toda a vida social. A palavra comunicar deriva do étimo latino *comunicare*, que significa dividir alguma coisa com alguém, segundo Costa e Melo (1998).

Comunicar é uma actividade multifacetada inerente ao Homem. É universal e o seu estudo abrange uma grande complexidade. De acordo com Fiske (2005, p.14), “a comunicação é uma daquelas actividades humanas que todos reconhecem, mas que poucos sabem definir satisfatoriamente”.

A comunicação consiste também num grande conjunto de sinais, verbais ou não verbais, que permite exprimir algo aos outros, abrangendo e possibilitando o estudo do comportamento humano. Tudo o que se faz com a estrutura física, o corpo, para se comunicar com as outras pessoas, seja de uma forma verbal ou não verbal, constitui um comportamento social (Vaz Freixo, 2006).

De uma forma geral, a comunicação consiste numa troca de mensagens e de significados. Como refere Phaneuf (2005, p. 23), “a comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente e inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e, de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”. É fundamental o estudo sobre processos comunicacionais entre indivíduos, e segundo a mesma autora “por intermédio da comunicação chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa” (p. 23).

No seio da equipa de Enfermagem, a existência de falhas de comunicação poderá comprometer o processo de comunicação e, conseqüentemente, o processo do cuidar. O processo de comunicação domina as relações na equipa, manipulando os seus avanços e regressões. Na equipa, a comunicação é influenciada por diversos factores, como as diferenças pessoais, de estatuto e de papel, hierárquicas, entre outras. A cooperação é determinante para que se estabeleça uma rede de comunicação eficaz e eficiente. Esta consegue-se quando se reconhece a pessoa humana – utente – como um ser com todas as suas limitações, crenças e valores, e quando se consegue ter uma atitude de tolerância e respeito, aproveitando o contributo de cada elemento para a finalidade comum, ou seja, a reabilitação do doente (Riley, 2004).

Assim, há que tentar o aperfeiçoamento dos canais de comunicação, a revalorização da palavra, bem como o conhecimento das capacidades e limitações de cada um dos intervenientes. Para um enfermeiro, enquanto membro de uma equipa de Enfermagem, saber comunicar é essencial para o êxito de todo o trabalho de equipa (Phaneuf, 2005).

Comunicar consiste em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É necessário não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de si próprio, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as palavras suscitam no outro. Consubstanciada em Colette Portelance, Phaneuf (2005, p. 22) refere que “comunicar, é estar em relação com um outro, mantendo-se em relação a si próprio”.

Assim, a autora postula que a autenticidade da comunicação depende disso mesmo, uma vez que a comunicação é um processo que implica dois pólos: “o nosso enquanto prestadores de cuidados, e o da pessoa cuidada. Podem um e o outro influenciar-se mutuamente, mas só o nosso pólo está verdadeiramente sob o nosso controlo e nós não podemos nunca presumir o valor ou a influência que exercemos sobre o outro. Só a reacção da pessoa cuidada nos pode informar sobre o significado que ela atribui à nossa mensagem e, só a nossa reacção pode informá-la do que nós compreendemos sobre o que ela diz ou sente” (Phaneuf, 2005, p. 22).

Assim, para se poder cuidar necessita-se de dignificar, humanizar e personalizar cada vez mais os cuidados de enfermagem, dado que a comunicação é parte integrante de toda a actividade do enfermeiro, tornando-se impossível não comunicar, conforme o

primeiro axioma da comunicação humana. O enfermeiro surge quer como emissor, quer receptor de mensagens, adquirindo a capacidade de apreensão de mensagens significativas dos utentes, tentando responder às necessidades individuais de cada um através do seu contacto quotidiano. De acordo com Phaneuf (2005, p. 15), “a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração de uma relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem”.

Parece bastante simples pensar que a comunicação em enfermagem supõe apenas uma troca de informação. Na maioria das situações, todas as mensagens trocadas com os utentes apelam aos seus pensamentos, às suas atitudes, às suas crenças e aos seus valores, usando as dimensões da sua memória e das suas experiências até então vividas (Watson, 2002). Desta forma, a comunicação em enfermagem torna-se fundamental, fazendo parte de toda a actividade e de todos os actos do enfermeiro. Este, ao exercer a sua prática deve criar um clima de abertura em que toda a linguagem verbal ou não verbal, seja compreensível.

Em suma, toda a comunicação em enfermagem deve ser um processo de compreensão recíproca, permitindo uma troca de informações, opiniões e sentimentos num contexto pessoal e de profunda abertura. Assim, o enfermeiro exerce influência sobre os utentes de quem cuida, devendo fazê-lo promovendo uma comunicação o mais eficaz possível, numa relação aberta e de lealdade devendo ter em conta uma conduta que, de acordo com Phaneuf (2005, p. 25), permita:

- “Manter a confiança na pessoa e na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de ajudar;
- Manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre;
- Conservar a confidencialidade;
- Criar com a pessoa cuidada, uma aliança terapêutica onde os objectivos a perseguir são partilhados e testemunham confiança recíproca;
- Manter-se aberto a percepções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada;

- Honrar compromissos em relação à pessoa cuidada, não lhe falhando quando ela necessita de apoio;
- Manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança;
- Evitar desapontar por comportamentos de dominação, de neutralidade ou de falta de empenhamento”.

Na relação que o enfermeiro estabelece com os seus utentes e familiares, ainda na esteira da mesma autora, torna-se importante a sua competência técnica aliada a uma atitude de atenção e de respeito. Se tal ocorrer, o utente sentir-se-á em segurança, diminuindo a sua ansiedade, estando aberto o caminho para o diálogo e para uma boa relação comunicativa.

A comunicação em enfermagem abrange diversas componentes, sendo a expressão verbal a mais utilizada mas nem sempre a mais eficaz. A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também a toda a vertente não verbal, a todos os sinais corporais emitidos, e ao contexto em que são emitidos. Como refere Phaneuf (2005, p. 24), “a comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afectiva, revelada ou oculta pelo comportamento não verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo. Refere, ainda, que “a razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende emoções mais furtivas ou veladas” (p. 24).

Torna-se importante que o enfermeiro adquira a noção de que a comunicação se situa em dois planos, o plano cognitivo, em que a abrangência é intelectual e afectiva, relacionando factos e acontecimentos que são transmitidos por palavras. E um plano afectivo, em que há partilha de emoções e sentimentos, traduzindo-se quer na comunicação verbal, quer no comportamento não verbal, que subentende as palavras.

A comunicação verbal é essencial para a prática de enfermagem, através do uso das palavras para a transmissão de mensagens. Pode ser conseguida, também, através da escrita, tornando-se eficaz desde que haja compreensão entre emissor e receptor (Phaneuf, 2005).

A linguagem torna-se o instrumento essencial da comunicação verbal, que deve ter significados compreensíveis dentro de um mesmo grupo. Entre enfermeiros e utentes uma

mesma palavra pode ter diversos significados, de acordo com cada indivíduo, o que, por vezes, não garante que esse significado seja interpretado do mesmo modo por todos. Esta situação pode conduzir a falhas que se apresentam como barreiras a uma comunicação eficaz.

Torna-se de suma importância que todo o enfermeiro deva centrar a sua atenção no comportamento do utente e em toda a vertente de comunicação não verbal. A expressão facial, a postura, os gestos, o contacto visual, a orientação do corpo do utente e a distância entre ambos, assumem grande relevo na transmissão de mensagens, no diálogo e na constituição de um ambiente de segurança psicológica, propício à divulgação e discussão de problemas. De acordo com Phaneuf (2005, p. 69), no domínio da saúde, onde as interações enfermeiro – pessoa cuidada se fazem frequentemente num clima de tensão, de medo e de sofrimento, o comportamento não verbal do doente, torna-se um elemento importante da comunicação, elemento que o enfermeiro deve observar”.

É através da linguagem não verbal que, na maioria das vezes, o utente exprime as suas sensações, as emoções, os sentimentos e que complementa o que verbaliza através das palavras (Potter e Perry, 2006).

Desta forma, o que na maioria das situações não se torna só por si explícito através das palavras transparece então nos gestos, nas emoções e nas expressões das pessoas. Como refere Phaneuf (2005, p. 69) citando Annick Oger-Stefanink (1987), “a informação não verbal é superior à informação verbal, o seu impacto é imediato. Quer seja consciente ou inconsciente, intencional ou não intencional, ela não pode ser anulada por palavras”. Mas, para o enfermeiro toda esta linguagem não verbal, pode criar dificuldades de decodificação, pois diversos sinais enviados pelo utente poderão tomar diversos significados, segundo as origens e a cultura de cada indivíduo, implícitos no processo comunicacional.

Para a mesma autora, existem diversas manifestações não verbais dos utentes para as quais os enfermeiros deverão estar atentos. A sua detecção e avaliação rigorosas indicarão muito acerca da comunicação estabelecida e do tipo de resposta mais adequada a dar, de uma forma humanizada e individualizada a cada pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. Essas manifestações são essencialmente os movimentos, os gestos e a

postura corporal, podem ajudar de modo útil a esclarecer os conteúdos verbalmente expressos pelas palavras.

Muitas vezes, o doente utiliza determinados gestos ou movimentos para expressar sentimentos e emoções. De acordo com Phaneuf (2005, p. 76), “os gestos que uma pessoa faz têm diversos significados. Alguns servem para ilustrar ou para amplificar o que ela diz ou o que ela sente (...) outros, indiscretos, vêm contradizer o que é afirmado”.

O enfermeiro deve estar atento aos gestos das pessoas de quem cuida, sendo importante compreender o que os gestos significam em diferentes culturas, a fim de evitar falhas na comunicação com pessoas de diferentes origens. Tal como os gestos e os movimentos, também a postura corporal e a posição do doente, nos podem fornecer indicadores sobre o seu estado físico e emocional.

Um doente que se apresente de postura erecta, pode corresponder a um sentimento de estar em boa forma, contrariamente um doente com uma postura curvada, com a cabeça baixa, de braços cruzados, pode ser indicador com um estado depressivo (Phaneuf, 2005).

As expressões faciais tornam-se um dos aspectos mais importantes de uma relação comunicativa, pois adquirem uma imensa variedade, com múltiplos significados, complementando ou não a comunicação verbal. Os olhos e a face geram comportamentos não verbais muito reveladores de mensagens, não expressas nas palavras. Quando se pretende dirigir a palavra a alguém, a primeira atitude, em geral, é o focar do olhar. Assim, o enfermeiro ao dirigir o seu olhar a um doente está a proceder a um primeiro contacto comunicativo, sendo na maioria das situações um ponto de influência para a relação que se estabelece posteriormente.

As fugas constantes no olhar, ou um olhar fixo, necessitam também elas ser interpretadas pelo enfermeiro. Não são à partida facilitadoras de uma relação, podendo ser um sinal de desinteresse ou de inibição. Também as expressões faciais, tomam uma verdadeira importância nos momentos em que o doente dirige o olhar ao enfermeiro, com a finalidade de descobrir no enfermeiro qualquer tipo de reacção às suas comunicações, de aprovação ou de negação, de aceitação ou de rejeição (Phaneuf, 2005).

Para a mesma autora, os comportamentos para-verbais, como a voz, o choro e os soluços, podem ser ruídos emitidos durante uma conversação, entre o enfermeiro e o

doente, que adornam e complementam toda a vertente comunicacional. Podem marcar sentimentos como admiração, espanto, tristeza, descontentamento, entre outros. Muitas são as teorias que se referem à voz como um indicador da personalidade dos indivíduos. Uma voz baixa, monótona e arrastada, será um indicador ou caracterizar uma pessoa triste e depressiva. Do mesmo modo, uma voz forte, pode ser indicadora de segurança pessoal e de vitalidade.

A distância ou proxémica surge como um factor determinante do nível de intimidade entre os interlocutores num processo comunicativo. O tamanho deste território parece ser influenciado e determinado culturalmente e variar de cultura para cultura. As pessoas de uma mesma cultura respeitam o território individual umas das outras e usam sinais de linguagem corporal culturalmente aceites. Na cultura ocidental, a maioria das pessoas mantêm distâncias semelhantes umas das outras, de acordo com as suas relações e com as actividades que desempenham.

De acordo com Phaneuf (2005, p. 79), “o tocar e a utilização de espaço de distância, estão ambos ligados ao conceito de territorialidade, conceito em função do qual, o ser humano estabelece as suas marcas, quer dizer os limites do espaço pessoal que ele entende para reservar para a sua protecção”.

É de grande interesse que o enfermeiro respeite e compreenda qual a distância física que deve manter, e que o doente quer conservar em relação a si, no sentido de facilitar toda a vertente comunicacional da relação de ajuda.

#### **4. Identidade Profissional**

A todo o ser humano está associada uma identidade social e profissional, que lhe tem subjacente um processo biográfico. Assim, o indivíduo tem necessidade de fazer a interiorização da sua própria identidade, permitindo-lhe um auto-conhecimento mais válido e operacional na sua relação com os outros (Abreu, 2001).

O conceito de identidade assume uma dinâmica abrangente, partindo da reinterpretação que o indivíduo faz da sua trajectória e do seu percurso de vida. Assim sendo, considera-se identidade como sendo “o resultado simultâneo estável e

provisório, individual e colectivo subjectivo e objectivo biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que conjuntamente constroem os indivíduos e definem as instituições” (Abreu, 2001, p. 23.)

Outros autores consideram que a identidade profissional é resultante de um processo de aprendizagem cultural em relação com a prática do poder no exercício quotidiano do trabalho em organização (Sousa, 1996).

Relativamente à enfermagem, a identidade do enfermeiro passa pela afirmação da evolução que esta profissão teve como ciência e com a prática profissional.

Assim, Abreu (2001, p. 57), baseando-se em investigações realizadas sobre a identidade sócio-profissional dos enfermeiros, salienta vários pontos considerados pertinentes para o presente estudo:

- “A identidade profissional possui um carácter provisório, sendo permanentemente interpelada pelas instâncias materiais e simbólicas inerentes ao contexto de trabalho;
- As realidades profissionais e a problematização das práticas referenciam-se sempre a um determinado contexto;
- A experiência social constitui-se como dinâmica fundamental do processo de socialização profissional. A heterogeneidade dos princípios constitutivos dos colectivos de trabalho não põe em causa o investimento na percepção de um sentido para as práticas profissionais;
- As opções e a construção profissional não são determinadas por princípios funcionalistas. Os comportamentos dos enfermeiros relacionam-se com a organização social de forma estratégica e devem ser compreendidos como comportamentos estratégicos;
- Os enfermeiros são alvo de um fluxo permanente de mensagens, por vezes contraditórias, que apesar de não lhes reconhecer um objectivo formativo deliberado, contribuem decisivamente para a transformação das práticas sociais;

- A formação e o trabalho articulam-se de forma contingente (...) o processo de desenvolvimento de competências coloca em jogo um conjunto de saberes que não se centram em operações isoladas, mas sim na recursividade entre a formação e o exercício do trabalho”.

É neste sentido que os enfermeiros têm a necessidade de desenvolver competências na área do “saber ser”, “saber estar”, “saber aprender” muito para além do “saber fazer”. O desenvolvimento das competências na área relacional é um factor muito importante.

#### **iv.i A Construção de Saberes**

Phaneuf (2001) menciona que o enfermeiro deve basear a sua prática sobre alguns elementos, de forma a poder explicar à sociedade, o serviço que presta e determinar o que lhe é particular, apontando cinco elementos fundamentais:

##### 1) Elemento

Conhecimento de um modelo conceptual de cuidados de enfermagem que permite aplicar a sua própria filosofia de cuidados.

##### 2) Elemento

Aquisição de um vasto conjunto de conhecimentos no plano científico, técnico, relacional, ético e legal. Os conhecimentos científicos ajudam à compreensão do ser humano nas dimensões psíquica, intelectual e afectiva. As noções e habilidades técnicas referem-se a procedimentos metódicos e cientificamente ordenados para preservar a saúde e combater a doença. Os conhecimentos relacionais apelam à capacidade de estabelecer relações com os utentes, de criar um clima próprio às relações próprias e significativas, estas servem para entrar em contacto e colaborar com os que rodeiam o utente no seio de uma equipa multidisciplinar.

Os conhecimentos éticos estão ligados ao conjunto de normas e princípios que relativamente aos valores morais da pessoa e da profissão regulam a boa conduta do enfermeiro.

Os conhecimentos legais concernem às regulamentações e directivas incluídas nas leis, com vista a proteger o enfermeiro, o utente e a família.

3) Elemento

Contempla o conhecimento da metodologia científica aplicada aos cuidados de enfermagem, a sua aplicação favorece a progressão lógica e sistemática do trabalho de enfermagem e confere um certo rigor científico. A metodologia científica em cuidados de enfermagem deve assentar sobre um quadro conceptual.

4) Elemento

É a competência complementar e visa a capacidade de aplicar conhecimentos aos diversos níveis de intervenção (prevenção primária, secundária, terciária e cuidados de saúde primários).

5) Elemento

Capacidade do enfermeiro de estabelecer uma relação enfermeiro/utente que seja calorosa e adaptada à condição dele. Compreende esta relação a comunicação funcional, que é aquela que facilita e torna eficazes as trocas quotidianas; a comunicação pedagógica que permite fornecer ao utente as informações necessárias quer para a prevenção da doença e tratamento, quer para a reabilitação, tanto física como mental, a comunicação terapêutica designada também por relação de ajuda, permite estabelecer uma relação significativa entre o enfermeiro e o utente. Esta relação tem como objectivo satisfazer as necessidades psicossociais do utente.

Hesbeen (2001, p. 67) refere que “as atitudes podem ser definidas como um estado de espírito que orienta as intenções da pessoa; os comportamentos são a expressão concreta de uma acção ou de uma reacção em determinada situação”. O mesmo autor menciona que “os comportamentos dos prestadores de cuidados não reflectem as suas atitudes, uma vez que são influenciados pelos vários ambientes ou porque sofrem momentos de fortes pressões internas que os fazem reagir de modo diferente daquele a que as suas atitudes os levariam” (Hesbeen, 2001, p. 68).

Hesbeen (2001) enumera alguns comportamentos/competências dos prestadores de cuidados:

- 1) Simplicidade que se exprime pela maneira de ser e pela utilização de uma linguagem acessível e compreensível, revelando um profissional consciente dos seus limites, que ao prestar ajuda ao outro, não pretende dominar tudo nem compreender ou saber tudo sobre a vida da pessoa a quem se dirige.
- 2) Respeito, vontade de considerar todas as pessoas como sendo dignas e que fazem parte da humanidade, pondo de lado os preconceitos e os juízos de valor.
- 3) Subtileza, característica essencial do profissionalismo, dada a complexidade das situações e as exigências impostas.
- 4) Escuta, permite que se aceitem as palavras dos outros, mantendo o silêncio. Permitir que o outro exprima o seu sofrimento, as suas dificuldades ou as suas incertezas. A escuta ajuda a pessoa a identificar e a verbalizar as respostas que encontra em si mesma.
- 5) Compaixão, alívio do sofrimento do outro, o que torna à partida, uma incontornável prática de cuidados.
- 6) Laicidade, implica a aceitação de todas as opiniões e de todos os comportamentos, as crenças pessoais do profissional não podem ser impostas àquele que cuida, nem constituir referência para julgar ou avaliar o outro.
- 7) Humor, delicado, subtil que permite relativizar as situações mais pesadas.
- 8) Capacidade de se indignar, manifestar a nossa indignação, ou espanto por tudo o que acontece no meio profissional, social ou familiar, que não respeite a pessoa.
- 9) Cuidar de si mesmo, implica que se preste uma atenção especial também à nossa pessoa, identificando os nossos limites e otimizando os nossos recursos, de modo a dar sentido à nossa prática quotidiana.

Um prestador que não cuide de si, não pode descontraír-se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida.

Deste modo existe uma competência ou comportamento próprio para cada experiência de vida bem como para cada situação profissional. Para Le Boterf (1997) a competência apresenta a forma de um triângulo, apontando para a acção. Os seus três níveis combinam:

- Saber agir, que exige os conhecimentos, as habilidades e os recursos do profissional;

- Poder agir, que depende do contexto organizacional em que ele se situa e que é determinado, nomeadamente, pelo tipo de gestão, meios disponíveis, circulação da informação e circuitos;

- Querer agir, que é a prova de que a acção faz sentido para o profissional, de que na sua actividade possui boa imagem profissional de si e auto-confiança e que sente que é reconhecido pelo seu trabalho.

Todo o profissional deve ser “um actor empenhado na qualidade do serviço oferecido à população” (Hesbeen, 2001, p. 75).

A prestação de cuidados a uma pessoa ou aos seus familiares, com vista a ajudá-los implica competências e qualidades aos profissionais de enfermagem.

Em suma, tal como o cuidar, a relação de ajuda também não deve ser encarada como exclusiva de uma determinada profissão. Na verdade, em todas as profissões em que há prestação de serviços, há interesse em estabelecer e manter uma relação de ajuda profissional – doente.

Neste sentido, constatou-se, através da elaboração do presente capítulo, que o enfermeiro deve utilizar quatro habilidades fundamentais na relação que estabelece com o utente/família: ser capaz de se centrar no doente e acompanhá-lo de uma forma eficaz; ter a capacidade de captar e de compreender as mensagens verbais e não verbais do doente; ter uma atitude empática, que lhe permita penetrar no universo do outro, de o compreender e de lhe comunicar essa compreensão; ter a capacidade de ajudar o doente a identificar e explorar as experiências, os comportamentos e os sentimentos.

Para que tais princípios se concretizem, o enfermeiro deve ter conhecimento de si próprio, ter a capacidade de se auto-analisar para poder ser um elemento terapêutico, contribuindo para uma relação de ajuda que se pautar por um cuidar holístico.

## Capítulo IV - Processo de Enfermagem

### 1. Definição do Conceito

Entende-se que o processo de enfermagem é a base científica que dá sustentação às acções de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto dos utentes. Representa e representará, cada vez mais, à medida da sua implantação e implementação, uma conquista para a prática profissional. A sua implementação tem como vantagens: facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática, elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação com a restante da equipa e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada (Aquino, 2004).

A procura de aperfeiçoamento dos cuidados de saúde foi, gradativamente, aprimorada, vinculando-se a estruturas conceituais para que se pudessem direccionar das acções, organizando-se como um processo e apresentando-se em diferentes etapas ou fases. Esse processo deve ser dinâmico, com as fases inter-relacionadas e interdependentes. Inicia-se sempre pela investigação, que inclui a colheita de dados e a sua análise. Depois, é realizado o levantamento de problemas e, então, elaborado o diagnóstico de enfermagem. Através do diagnóstico, é efectuado o planeamento dos cuidados e implementado o plano, analisando-se a efectividade das acções, modificando-se ou não o planeamento (Gordon, 2002, *cit. in* George, 2003).

O processo de enfermagem permite-lhe organizar e prestar os cuidados de enfermagem de que o utente necessita. Para que haja uma aplicação satisfatória do processo de enfermagem, necessita de integrar elementos do pensamento crítico para fazer juízos de valor e implementar acções racionais. O processo de enfermagem é usado para identificar, diagnosticar e tratar reacções humanas à saúde e à doença (Associação dos Enfermeiros Americanos, 1995, *cit. in* George, 2003).

De acordo com Lyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1986, *cit. in* Phaneuf, 2001, p. 92), as ciências de enfermagem baseiam-se numa enorme base teórica e “o processo de

enfermagem representa o meio de aplicar conceitos na prática”. É um processo lógico e deliberado, utilizado para a planificação das intervenções de enfermagem.

O processo abarca cinco fases/etapas interligadas, visando essencialmente a planificação de cuidados personalizados, segundo Potter e Perry (2006), apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, que lhe possibilita alterar os cuidados, à medida que se alteram as necessidades do utente. A utilização do processo de enfermagem promove cuidados de enfermagem individualizados e ajuda o enfermeiro a dar respostas às necessidades do utente, de forma atempada e consciente, para melhorar ou manter o nível de saúde do utente.

O processo de enfermagem evoluiu como ferramenta essencial e imprescindível para o desempenho das funções diárias do enfermeiro, em todos os locais de prestação de cuidados de saúde, facultando o enquadramento organizacional para a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados ao doente (Macphail, 2001). Por conseguinte, é através deste enquadramento que o enfermeiro se socorre dos seus conhecimentos teóricos e práticos para prestar cuidados adequados e personalizados à variedade de doentes.

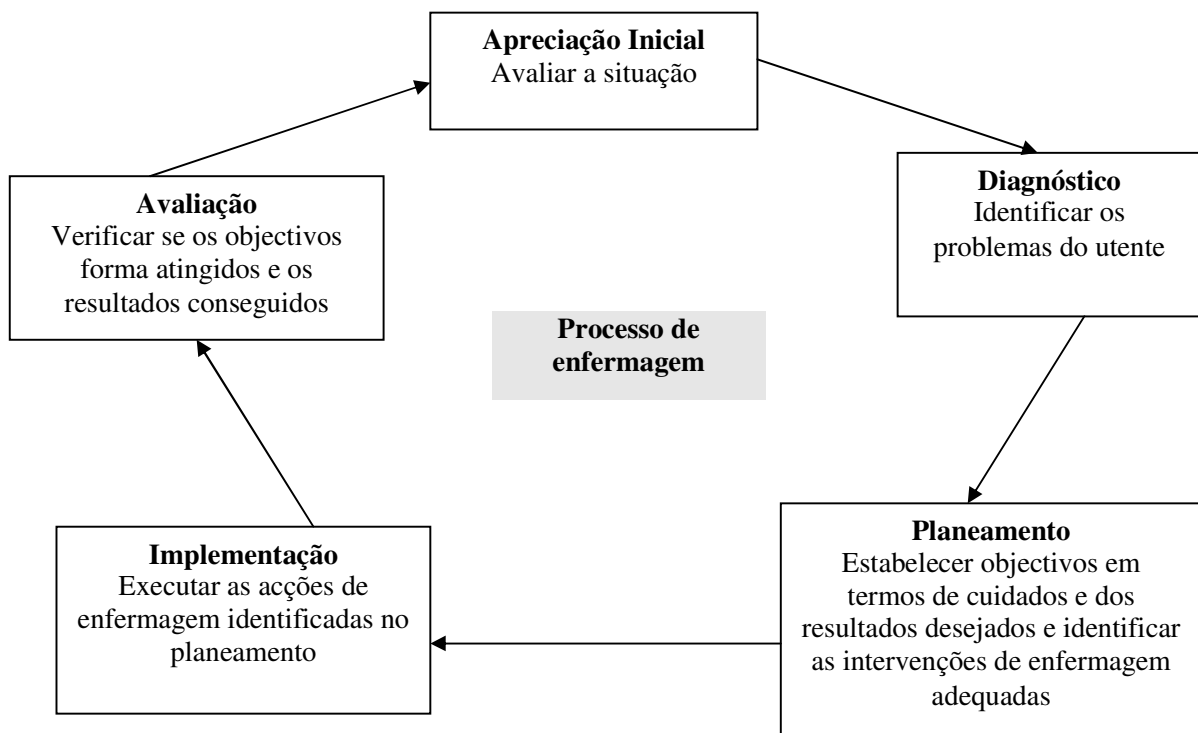
A proficiência com que o enfermeiro usa o processo de enfermagem faculta a base de todos os cuidados, que se pretendem eficientes e abrangentes em todas as áreas da prática quotidiana. O enfermeiro tem de assimilar dados relevantes para proceder à elaboração do plano de cuidados junto do doente, pelo que se torna indispensável ser especialista clínico e de diagnóstico, a fim de poder prestar cuidados ao doente (Sheehy's, 2001).

Para que o enfermeiro possa efectuar, de forma adequada, o processo tem de ter conhecimentos clínicos, técnicas psicomotoras diversificadas, conhecimentos científicos, criatividade e ter a capacidade de ser volátil. Isto porque “a natureza dinâmica do processo de enfermagem exige que o enfermeiro esteja continuamente a par das alterações no estado do doente, bem como atento a novos indícios que possam surgir no decurso da prestação de cuidados” (Sheehy's, 2001, p. 9).

## 2. Fases do Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem não é mais do que “uma variedade do raciocínio científico, que lhe permite organizar os cuidados aos seus utentes, sejam eles um indivíduo, uma família, uma comunidade” (Potter e Perry, 2005, p. 86). Na mesma linha de pensamento, Carnevali e Thomas (1993) consideram que o processo de enfermagem é uma abordagem que possibilita aos enfermeiros fazer a distinção entre a sua prática da dos médicos e de outros profissionais que prestam cuidados de saúde.

**Figura 1:** As cinco fases do processo de enfermagem



Fonte: adaptado de POTTER, Patrícia A. e PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos. Capítulo V – *O Pensamento Crítico na Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência (2006), p. 86.

Assim, passam-se a descrever, de forma pormenorizada, cada uma das fases do processo de enfermagem.

### **ii.i. Apreciação Inicial**

O processo de enfermagem começa com a avaliação inicial, que acontece logo no primeiro contacto entre enfermeiro/doente e prossegue durante todo ao atendimento. Esta fase abrange outras duas: em primeiro lugar, colhem-se os dados de uma fonte primária (o utente) e de fontes secundárias (a família e profissionais de saúde); em segundo lugar, analisam-se esses dados para a elaboração do diagnóstico de enfermagem e para a realização do plano individual de cuidados de enfermagem (Potter e Perry, 2005).

Os registos elaborados, no momento da admissão do doente, para além da informação sobre dados biográficos e problemas de saúde anteriores e actuais, devem contemplar a identificação de problemas que requerem intervenção de enfermagem, assim como o planeamento dos cuidados a prestar (Horta, 1979). Estes registos são realizados, habitualmente, nas chamadas folhas de colheita de dados adaptadas e adoptadas pelas diferentes Instituições/Serviços, tendo em conta, essencialmente, o modelo teórico de enfermagem adoptado.

Partilhando da mesma opinião, Sheehy's (2001) refere que o objectivo da avaliação inicial é a elaboração da base de dados acerca das necessidades efectivas do utente, os problemas de saúde e as reacções que este possa ter face ao problema.

O enfermeiro, nesta fase, deverá reunir os dados em grupos, denominados de pistas de diagnóstico, que o orientarão para a elaboração do diagnóstico de enfermagem adequado. No decorrer do atendimento, o enfermeiro faz uma avaliação progressiva, visando a confirmação da eficácia das intervenções, se estão a surgir novos problemas ou que serão necessárias outras intervenções. Assim, os dados da avaliação do doente voltam a ser integrados no processo de enfermagem, tornando todo este procedimento cíclico. Contudo, a experiência dos enfermeiros permitem-lhe reunir e processar dados com celeridade, no momento da prestação de cuidados junto do doente (Vaz e Catita, 2001).

Este primeiro passo do processo de enfermagem consiste num roteiro sistematizado para o levantamento de dados, significativos para o enfermeiro, acerca do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas (Horta, 1979).

Importa também referir que se deve aplicar o pensamento crítico àquilo que se avalia. Deve igualmente determinar-se qual o momento certo para uma pergunta ou medição, com base nos conhecimentos clínicos e experiências e na reacção do doente. Assim, no primeiro contacto com o utente traça-se uma primeira panorâmica da situação. Por norma, é feito com base na situação do tratamento (Potter e Perry, 2005).

A primeira observação da situação do utente permite ao enfermeiro usar dados-chave de avaliação em resposta a prioridades, como o início da dor. É importante também que o enfermeiro reconheça que a situação do utente pode alterar-se durante qualquer momento na apreciação inicial. E que a recolha de dados deve ser rigorosa, relevante e adequada. Assim, deve avaliar permanentemente e interpretar as pistas que o utente lhe possa dar (Gomes, 1996).

Neste sentido, Carvenali e Thomas (1993, *cit. in* Carpenitto, 2002) referem que há alturas em que a avaliação inicial deve ser mais alargada. Assim, Carpenitto (2002) sugere duas abordagens: uma mais lata, por exemplo, os padrões funcionais de saúde de acordo com os seguintes padrões: padrão da percepção da saúde – gestão da saúde, padrão nutricional-metabólico; padrão de eliminação; padrão de actividade e exercício; padrão cognitivo e perceptual; padrão de auto-percepção; padrão de papéis relacionais; padrão de sexualidade; padrão de *coping* – tolerância ao stresse; padrão de valores. O modelo de apreciação inicial segundo o padrão funcional de saúde confere uma visão holística à avaliação e possibilita uma base de dados da qual se podem colher muitos diagnósticos de enfermagem.

Partilhando da mesma opinião, Potter e Perry (2005) mencionam que este modelo de apreciação inicial é uma abordagem centrada no problema. Uma apreciação inicial detalhada e rigorosa permite a identificação de diagnósticos de enfermagem exactos e a elaboração de objectivos adequados, resultados e intervenções de enfermagem junto do utente. Nesta fase, ganha muita relevância a interacção enfermeiro/utente, fomentando uma relação de confiança, que se deve estender também à família, o que ajuda a fazer-se uma apreciação inicial eficiente e abrangente.

Estes dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o diagnóstico de enfermagem, que consiste na identificação das necessidades do ser humano que necessita de atendimento.

### **ii.ii. Diagnóstico**

O diagnóstico do processo de enfermagem é a segunda fase, que dá significado aos dados recolhidos. Esta fase dá significado aos dados que o enfermeiro recolheu e organizou durante a apreciação inicial. O processo de diagnosticar é o resultado da identificação, que o enfermeiro fez, das reacções do utente a problemas nos cuidados de saúde (Potter e Perry, 2005).

Diagnosticar significa distinguir ou saber. Esta refere-se a um juízo clínico acerca das reacções individuais, familiares ou comunitárias, a problemas de saúde reais e potenciais, ou a processos de vida (Figueiredo e Vieira, 2006).

Com base nos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro selecciona as intervenções de enfermagem para atingir os resultados pretendidos com o utente (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, 2001). Esta Associação apresenta vários objectivos que tem cada um deles uma definição precisa que possibilita a todos os elementos da equipa de cuidados de saúde uma linguagem comum de entendimento das necessidades do utente. Estes lidam com as reacções do utente, com a doença e/ou com problemas de saúde, sendo estes factores que distinguem o papel do enfermeiro, centrando-se numa esfera mais prática.

A NANDA (2001) identificou vários tipos de diagnóstico de enfermagem: o real que descreve a reacção do utente a condições de saúde ou a processos de vida que há numa pessoa, numa família ou na comunidade; o potencial que descreve as condições do indivíduo face à saúde ou processos de vida, que se podem desenvolver na mesma, na família ou comunidade vulnerável; o de bem-estar que descreve as reacções do utente a nível do bem-estar numa pessoa, num grupo ou na comunidade que pode ir de um determinado nível a um mais elevado.

O diagnóstico de enfermagem está focalizado para a reacção, real ou potencial, do utente a um problema de saúde e não para o acontecimento ou complicação fisiológica, à qual o enfermeiro tem autorização e competência para tratar. Reflecte o nível de saúde ou de reacção à doença ou ao processo patológico do utente.

A fase do diagnóstico do processo de enfermagem afigura-se, para muitos enfermeiros, como a mais complicada. A este propósito, Taylor e Taylor (2001) referem que, em 1997, Yura e Walsh publicaram, pela primeira vez, uma edição intitulada *O Processo de Enfermagem*, na qual não estava contemplado o diagnóstico de enfermagem. Mais tarde, em 1973, a Associação Americana de Enfermagem (ANA) publicou as *Normas da Prática de Enfermagem*, fazendo com que Yura e Walsh adicionassem o diagnóstico de enfermagem como parte integrante do processo de enfermagem. A ANA inseriu o diagnóstico de enfermagem na prática, aclarando que os diagnósticos de enfermagem resultam dos estados de saúde e que o plano de cuidados de enfermagem abrange objectivos consequentes do diagnóstico de enfermagem.

Uma elaboração do diagnóstico de enfermagem correcta exige raciocínio de diagnóstico quanto à recolha, análise e interpretação dos dados. Esta aplicação do raciocínio do diagnóstico é indispensável para a elaboração do diagnóstico de enfermagem, para o qual o enfermeiro tem de estar na posse dos dados relativos ao contexto da situação específica do doente (Figueiredo e Vieira, 2006).

Salienta-se, ainda, que as pistas têm uma função dicotómica, ou seja, ou rejeitam ou confirmam o diagnóstico em questão. Assim, este só estará completo e será rigoroso no momento em que todas as pistas tiverem sido consideradas e postas de lado as que não proeminentes. Deste modo, ao colocar o diagnóstico de enfermagem por escrito requer-se conhecimentos sobre as ciências biológicas e capacidade de interpretação por parte do enfermeiro. Esta é a fase mais difícil, segundo os autores supracitados, do processo de enfermagem (Vaz e Catita, 2001).

O diagnóstico de enfermagem consiste, na opinião de Carvenali e Thomas (1993, *cit. in* Carpenitto, 2002), nas fases de tomada de decisões usadas para a elaboração de um diagnóstico. A validação e agrupamento dos dados recolhidos na fase inicial servem de primeira etapa seguidos de uma análise e interpretação dos dados, de identificação das

necessidades do utente e da formulação dos diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico analisado e avaliado levará ao terceiro passo: planeamento, ou seja, a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber face ao diagnóstico estabelecido.

### **ii.iii. Planeamento**

O planeamento, ou plano assistencial, é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamentos, supervisão (observação e controlo), orientação, ajuda e execução de cuidados (fazer), segundo Carvenali e Thomas (1993, *cit. in* Carpenitto, 2002). O planeamento é a componente do comportamento de enfermagem em que se fixam os objectivos centrados no utente e se programam intervenções para que se possam alcançar os objectivos. Esta fase requer do enfermeiro a utilização de ponderação na tomada de decisões e na resolução de problemas, ao planificar os cuidados de enfermagem para cada utente (Figueiredo e Vieira, 2006).

Durante o planeamento o enfermeiro estabelece prioridades, define objectivos, formula os resultados esperados e elabora o plano de cuidados. Para além de o enfermeiro, colaborar com o utente e família, este deve articular com outros membros da equipa de saúde, consultar a literatura pertinente, alterar cuidados e registar todas as informações relevantes acerca das necessidades do utente em termos de cuidados e de tratamento clínico.

O planeamento requer a elaboração de um plano que vá ao encontro das necessidades identificadas nas fases antecedentes. As possíveis acções de análise dos enfermeiros, põem-no na posição de decidir sobre quais as medidas mais convenientes para o utente que tem à sua frente. Neste ponto, Taylor e Taylor (2001) referem que não há espaço para o método de tentativas, dependendo, assim, dos conhecimentos técnicos que o enfermeiro tem, resultantes de experiências antecedentes e da sua capacidade para planear uma estratégia eficaz.

No estabelecimento de prioridades, o enfermeiro deve organizar os diagnósticos de enfermagem por ordem de importância. Como os utentes têm diversos diagnósticos de

enfermagem, o enfermeiro terá que optar por prioridades acordadas consensualmente, partindo da urgência do problema, da natureza do tratamento indicado, da interacção entre diagnósticos (Potter e Perry, 2005).

Assim, os autores supracitados comentam que o estabelecimento de prioridades adquire relevo, pois é uma das componentes mais indispensáveis da fase de planeamento. O enfermeiro pode conferir se o doente revela uma série de problemas, mas sem necessidade de intervenção. Porém, esses problemas não têm a mesma relevância. Então, é fundamental fazer-se uma lista de prioridades, baseadas na segurança, vontade e necessidade do utente. Referem também que uma avaliação eficaz e o agrupamento criterioso dos problemas facultarão ao enfermeiro abordar vários problemas, com o recurso a uma distinção perspicaz entre os vários graus de agravamento do estado de saúde do doente.

Os critérios acerca dos resultados são elementos específicos dos objectivos e susceptíveis de serem avaliados à medida que decorre a implementação dos cuidados ao utente. Deste modo, ao registarem-se os objectivos e os critérios sobre os resultados para cada diagnóstico, esses registos devem ser expostos como um todo e não compartimentados. O planeamento deve ser progressivo, ou seja, vai desde que se começa o plano inicial e prolonga-se por toda a interacção enfermeiro/utente (Vaz e Catita, 2001).

Determinado o planeamento, passa-se ao quarto passo: a implementação de cuidados ou prescrição de enfermagem, que se insere na implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período fixado) que coordena a acção da equipa de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do utente.

#### **ii.iv. Implementação**

A implementação significa o início do comportamento de enfermagem, quando as acções necessárias à execução dos objectivos e dos resultados esperados, os cuidados de enfermagem são iniciados e terminados (Potter e Perry, 2005).

Esta fase implica a intervenção das actividades de vida diária, auxiliando-as ou orientando-as na sua execução, aconselhamento e ensino ao utente e à família. O

planeamento refere-se à prestação de cuidados directos, à delegação de trabalho a outros profissionais de saúde, à sua supervisão, ao registo e à troca de informações relevantes para os cuidados continuados ao utente (Vaz e Catita, 2001).

A implementação consiste em colocar-se o plano em acção. O enfermeiro tem de ter conhecimentos acerca das várias técnicas psicomotoras para realizar as intervenções que sejam necessárias. Tem também de ter conhecimentos psicossociais, que lhe possibilitem corresponder às necessidades psíquicas do doente. Esta quarta fase do processo de enfermagem abarca os procedimentos de enfermagem efectivos e outras interacções necessárias para com o doente (Sheehy's, 2001).

A implementação do plano de cuidados é sempre avaliada, fornecendo os dados necessários para o quinto passo ou fase: a avaliação final. Pela evolução, é possível avaliar-se a resposta do utente à assistência de enfermagem implementada.

#### **ii.v. Avaliação Final**

A avaliação final é uma espécie de estudo analítico e de avaliação dos passos anteriores. É o prognóstico de enfermagem, ou seja, a estimativa da capacidade do utente em atender às suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (Alminhas, 2007).

Sempre que se prestam cuidados de enfermagem a um utente deve fazer-se uma avaliação que se reparta por dois aspectos: a reacção do utente aos cuidados (Potter e Perry, 2005). Importa, segundo os mesmos autores, avaliar se cada um dos utentes alcança o nível de bem-estar ou recuperação previstos nos objectivos dos cuidados fixados pela equipa. Depois, o enfermeiro deve avaliar se as expectativas do utente relativamente aos cuidados foram atingidas.

A fase de avaliação do processo de enfermagem avalia a reacção do utente às acções de enfermagem e ao progresso do utente, no sentido de serem atingidos os objectivos. O enfermeiro recolhe dados na base da continuidade para medir alterações no funcionamento, na vida diária ou na existência ou utilização de recursos externos (Carvenali e Thomas, 1993).

Apesar da avaliação ser a quinta fase do processo de enfermagem, esta tem lugar no decorrer de todo o processo. Ou seja, à medida que decorre a consecução dos objectivos face às intervenções eficazes junto do doente. É precisamente durante a avaliação final que se torna evidente que os objectivos e os critérios sobre os resultados foram eficazmente idealizados (Taylor e Taylor, 2001).

Sheehy's (2001) acrescenta que, para que o processo de avaliação seja realizado com sucesso, o enfermeiro tem de reunir todos os dados adicionais, que lhe possibilitarão definir quais os diagnósticos adequados, os objectivos a alcançar e decidir se há a necessidade de se fazer outros diagnósticos que atendam a outros problemas do utente, os quais possam ter surgido durante todo o processo. O enfermeiro deve também fazer a apreciação e revisão do diagnóstico de enfermagem, caso se justifique, bem como dos objectivos e dos critérios de resultados, das intervenções e das prioridades, com o intento de dar ao utente os cuidados ajustados e eficazes.

Avaliação é um instrumento presente no quotidiano do profissional, que procura, através de um encontro de cuidado entre cuidadores, desvelar o modo de ser e de estar destes no mundo do cuidado. O cuidado expressivo e o cuidado profissional, foco deste encontro, promovem o respeito pelo outro, levando à tranquilidade nos momentos de incerteza e de ansiedade, de sentimentos que se podem vislumbrar na avaliação de desempenho técnico e humanizado. O cuidar é um existencial básico ao ser humano, que se aprimora e se desenvolve com as experiências da vida, sejam elas pessoais ou profissionais, promovendo, desta maneira, o enriquecimento no modo de ser do enfermeiro (Lucena, 2000).

A competência com que o enfermeiro usa o processo de enfermagem permite a base de todos os cuidados, que se desejam eficientes e abrangentes em todas as áreas da prática quotidiana (Sheehy's, 2001). Este raciocínio encontra ressonância em Aquino (2004, p. 28), ao afirmar que “o trabalho organizado e sistematizado pode demonstrar a força existente na categoria em produzir novos saberes, dirigir e planear com autonomia o seu fazer”, o que é corroborado por Cianciarrullo (2005), quando diz que os profissionais de enfermagem criam e utilizam conhecimentos sistematizados direccionados para a solução de problemas

de saúde de indivíduos ou grupos, ao ensinar e aplicar na prática, com responsabilidade e compromisso, constituindo assim, uma parcela da profissionalização do enfermeiro.

A sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia que procura, além da sistematização, a humanização da assistência, pois permite ver o utente holisticamente, identificar as suas necessidades e favorecer o seu bem-estar (Carpenito-Moyet, 2006). Através deste processo, há a possibilidade de uma maior valorização da enfermagem, que obtém uma melhor comunicação, organização e distribuição do tempo. Além disso, beneficia também o utente, que é visto de forma holística e individualizada, promovendo-se uma relação enfermeiro/utente positiva.

A metodologia de assistência utilizada pelo enfermeiro para identificar os problemas de saúde reais e potenciais do utente/família ou comunidade, no sentido de se constatar diagnósticos a partir da avaliação subjectiva e objectiva do utente, para se estabelecer as intervenções de enfermagem, na procura de respostas humanas positivas (Carpenito-Moyet, 2006).

Há uma tendência mundial em estabelecer como ponto de partida da prática profissional a avaliação, o diagnóstico, as prescrições de cuidados e os resultados da sua implementação. Essa tendência caminha para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenómenos com os quais os enfermeiros lidam (França, 2002).

A assistência individualizada valoriza os cuidados de saúde prestados e assume-se como compromisso autêntico no ser e fazer em enfermagem (Carpenitto, 2002).

Deste modo, desenvolver tal corpo de conhecimento passou a ser visto como uma questão de vital para a sobrevivência e evolução da enfermagem e das várias teóricas, especialmente as norte-americanas, que têm desenvolvido e publicado, modelos/sistemas conceituais, teorias de enfermagem, em que seleccionam e interrelacionam, a partir de diferentes pontos de vista filosóficos, conceitos que reflectem a natureza e o desígnio da profissão. Esses referenciais teóricos têm fornecido um foco conceitual para o processo de enfermagem. Fundamentada por esses referenciais, a doença tornou-se um factor contextual no âmbito do processo de cuidar e deixou de ser apenas o foco primário (Carpenito-Moyet, 2006).

Neste capítulo definiu-se o processo de enfermagem, como ponto de partida para a explicitação das cinco fases/etapas (apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação), as quais estão interligadas e sustentam a planificação de cuidados personalizados. Constatou-se que o processo de enfermagem é um processo contínuo e dinâmico, que permite aos enfermeiros modificar os cuidados, à medida que se alteram as necessidades do utente. O processo de enfermagem possibilita o cuidado de enfermagem individualizado e ajuda o enfermeiro a dar respostas às necessidades do utente, de forma atempada e consciente, para melhorar ou manter o nível de saúde do mesmo.

## Capítulo V – Essência do Processo de Enfermagem

Os cuidados de saúde ao indivíduo à volta do corpo, são tão antigos como a própria história da humanidade. Eventualmente, aqui residirão os primórdios dos cuidados de enfermagem.

Com a fixação dos grupos nómadas primitivos, em áreas permanentes, surge a primeira divisão de género neste domínio: às mulheres era, claramente, imputado o cuidado das crianças, idosos e doentes, enquanto ao homem era atribuído o papel de profissão de enfermeiro (Lemos, 2008).

Um dos desafios da enfermagem é conseguir oferecer um atendimento de melhor qualidade aos doentes e familiares e que contemple todas as dimensões da pessoa humana. Para enfrentá-lo é necessário que novos caminhos sejam pesquisados e que se (re)defina a essência do cuidado e a ciência da enfermagem, procurando desenvolver estratégias que resultem numa prática profissional mais holística.

Com base na revisão bibliográfica efectuada, conclui-se que a enfermagem, especialmente a partir dos anos 50 do século XX, procurou desenvolver um corpo de conhecimentos próprios no sentido de sistematizar e organizar a sua prática e os seus cuidados, de modo a favorecer uma assistência assente não só na dimensão biológica do ser humano, mas essencialmente na compreensão do Homem como ser social e actor principal no processo saúde/doença, seja no âmbito hospitalar, seja na saúde colectiva.

Diversos modelos teóricos têm sido desenvolvidos e aplicados na prática de cuidado do enfermeiro da área hospitalar, no intuito de encontrar respostas a problemas de saúde e de doença, em que o modelo clínico, essencialmente biomédico, não consegue resolver, por si só.

A história constitui um contexto para o conhecimento da teoria da enfermagem e para estabelecer o porquê da teoria ser importante para a prática profissional. Assim, surgem nomes como: Florence Nightingale, Nancy Roper, Jean Watson, Madeleine Leininger e Patricia Benner, uma vez que estas são exemplos de enfermeiras que começaram a movimentar-se no sentido de desenvolver um conhecimento profundo de enfermagem no qual pudessem basear a sua prática. As suas teorias contribuíram para o

desenvolvimento de um corpo substancial de conhecimentos que têm orientado a prática de enfermagem.

Neste sentido e de acordo com Brito (2008), tem-se procurado integrar os conhecimentos das várias áreas do saber, objectivando assistir o ser humano dentro de uma perspectiva ampla e integral. Este é o desafio a ser percorrido por todos os que directa ou indirectamente estão preocupados com o cuidar humanizado.

Confirmou-se que a enfermagem está pautada por uma ampla estrutura teórica e o processo de enfermagem é o modelo através do qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem. Sendo o processo de enfermagem o cerne da profissão, assume-se como importante a sua utilização na assistência ao utente, para nortear a prática da enfermagem. Porém, é necessário que este processo assente numa teoria de enfermagem, para que possibilite não apenas nortear a sua prática, bem como viabilizar e tornar concretos os resultados dessa assistência. Na execução do processo de enfermagem, tem de estar implícita uma estrutura que vá ao encontro da enfermagem holística, nos aspectos relativos ao levantamento e interpretação de dados.

Foi consensual, na revisão da literatura efectuada, que o processo de enfermagem consiste na aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem, de forma planeada e personalizada, na assistência prestada ao doente, uma vez que é um instrumento de grande relevância para o exercício profissional do enfermeiro. Por ter origem nas práticas da enfermagem, possui fases interdependentes e complementares e quando realizadas concomitantemente resultam em intervenções satisfatórias para o doente. Estas fases compreendem, a apreciação inicial (entrevista e exame físico), o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação final. Salienta-se que estas fases são confluentes, dinâmicas, interdependentes e renovam-se, ou seja, são cíclicas, o que contraria a execução destas de forma estanque e linear, o que realmente caracteriza um processo.

Na procura do aperfeiçoamento, os planos de cuidados foram, gradativamente, aprimorados, vinculando-se as estruturas conceituais em direcção às acções, organizando-se como um processo, apresentados em diferentes etapas ou fases. Esse processo deve ser dinâmico, com as fases inter-relacionadas e interdependentes. Inicia-se sempre pela

apreciação inicial, que inclui a recolha dos dados e a sua análise. Depois, é realizado o levantamento de problemas e elaborado o diagnóstico de enfermagem. Através do diagnóstico, é efectuado o planeamento dos cuidados e implementado o plano, analisando-se a efectividade das acções, modificando-se ou não o planeamento (Horta, 1979).

Atendendo a tudo quanto foi exposto ao longo deste trabalho, considera-se que intervir, de forma rigorosa e sistemática, conduzirá, sem dúvida, a uma resposta individualizada, com base num processo holístico, em que *fazer com, estar com e ser com* deverão ser atitudes dominantes, que permitem à pessoa cuidada ser constantemente incluída no processo de cuidados, estando no seu centro, e ao enfermeiro, enquanto cuidador por excelência, transmitir respeito e confiança, demonstrar disponibilidade e estimular o desenvolvimento das capacidades da pessoa (Watson, 2002).

Este trabalho é um meio privilegiado de formação, para que se possa desenvolver a própria identidade profissional, apreender-se o próprio modo de aprendizagem ou lançar-se as bases necessárias à construção dos conhecimentos profissionais. É que, ao longo do percurso académico, foi sempre enfatizada a ideia que, na profissão de enfermagem, têm de estar conjugadas três vertentes do desempenho, nomeadamente, a científica, a técnica e a relacional, ou em três dimensões do saber, designadamente, o *saber-fazer*, o *saber-ser* e o *saber-estar*. Por outro lado, a utilização corrente da palavra cuidar, mais ou menos correcta, faz com que se pense e repense na essência da profissão.

## Conclusão

Ao reflectir-se acerca do exposto, considera-se que o processo de enfermagem representa um dos instrumentos de trabalho fundamentais na prática do enfermeiro, uma vez que propicia a relação entre o conhecimento e o cuidado, fazendo com que a enfermagem transcenda o aspecto físico-patológico e actue na integralidade do ser cuidado: o utente. Com isso, percebe-se que o enfermeiro é a “peça” fundamental para o processo de implementação e efectivação do processo de enfermagem. Com isto, acredita-se que a sua utilização proporciona a visibilidade e o reconhecimento profissional, bem como a avaliação da prática do enfermeiro.

No quotidiano do enfermeiro, o processo de enfermagem permite uma qualificação dos cuidados, planeando-se acções, dando-se primazia às respostas humanas no processo saúde/ doença. Esta é uma perspectiva que considera o ser humano a partir das suas necessidades básicas, permitindo a elaboração de acções sistematizadas de enfermagem e fundamentando a assistência prestada.

Ao finalizar-se este trabalho impõem-se, antes de tudo, fazer-se uma reflexão sobre o percurso efectuado, detectando nele as virtualidades e as limitações.

Os resultados do presente estudo, embora se tenha a consciência das limitações do mesmo, pelo facto de ter sido desenvolvido uma investigação suportada unicamente na revisão bibliográfica, assumem-se como deveras importantes para a formação pessoal e académica da sua autora. Considera-se igualmente que os objectivos, delineados inicialmente, foram atingidos, na medida em que se concluiu que a essência do processo de enfermagem é a demonstração de tempo, de disponibilidade e de interesse para escutar as preocupações do ser cuidado – doente – numa perspectiva holística.

Espera-se sinceramente que este estudo seja uma semente e que dele brotem futuros temas que possam gerar inquietações, transformações, mudanças, contribuindo para o futuro do profissional de enfermagem e para a sociedade em geral.

## **Bibliografia**

Alminhas, M.S.P. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência, *Revista Sinais Vitais*, 75 (4), Dezembro, pp. 57-60.

Aquino, D.R. (2004). *Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI*. Rio Grande, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Atkinson, L.D. e Murray, M.E. (1999). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

Bastos, L.M. – Interação enfermeiro-doente hospitalizado, *Revista Nursing*, Sintra, 49(1), Fevereiro 1992, pp. 12-15.

Bell, J. (2003). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa, Gradiva.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Quarteto Editora.

Brito, A.M.S. (2008). O Acolhimento ao Utente e Família, relato da nossa Experiência, *Revista Sinais Vitais*, 77(1), Março, pp. 43-44.

Brykczynski, K.A. (2004). Patricia Benner: de iniciado a principiante: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. In: Tomey, A.M. e Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência, pp. 185-210.

Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Edições Afrontamento.

Carnevali, D. e Thomas, M. (1993). Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making, *Nursing*, Lippincott, Philadelphia, 2(4), Novembro, pp. 39-75.

Carpenito-Moyet, L.G. (2006). *Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos*. Porto Alegre, Artmed, 2006.

Carpenitto, L.J. (2002). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas.

- Carvalho, A.C.C. (1996). Como chegar lá? Embrião de um modelo de Enfermagem co-activo, *Enfermagem em Foco*, 23(2), Maio/Julho, pp. 36-42.
- Carvalho, A.L. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Cianciarullo, T.I. (2005). *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo, Atheneu.
- Coelho, R. (2003). Reflectir o cuidar, *Nursing*, Sintra, 177(2), Maio, p. 49.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Dias, A. et alii. (1995). Saber Escutar para uma relação de ajuda em U.C.I., *Servir*, 43, Março-Abril, pp. 89-95.
- Figueiredo, N.M.A e Vieira, A.A.B. (2006). *Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem*. São Caetano do Sul, SP., Yendis Editora.
- Fiske, J. (2005). *Introdução ao estudo da comunicação*. Porto, Edições ASA.
- França, F.C.V. (2007). Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem – relato de experiência. *Revista Electrónica de Enfermagem*, v. 9, 2, Maio/Agosto, pp. 537-546.
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de investigação da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures, Lusociência.
- George, J.B. (2003). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.
- George, J.B. et alii. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Gomes, L. M. S. M. (1996). Diagnóstico de Enfermagem. *Nursing*, 106(3), pp. 18-19.
- Graça, L. e Henriques, A.I. (2004). *Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos65.html>. [Consultado em 18 de Julho de 2010].

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures, Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures, Lusociência.
- Horta, W.A. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU.
- Ketele, J. M. e Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de dados – Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da Enfermagem*. s.l., Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris, Les Editions d'organisation.
- Lemos, E.R. (2008). *Profissão de enfermeiro Compreensão Sociológica da Identidade Profissional*. [Dissertação de Mestrado em Sociologia]. Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Madureira, I. *et alii* (2007). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: análise do subdomínio “prática segundo a ética” de acordo com o modelo de aquisição de competência de Patricia Benner, *Sinais Vitais*, 71, Março, pp. 27-30.
- Neil, R.M. (2004). Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. In: Tomey, A.M. e Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência, pp. 163-184.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o outro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Lusociência.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona, Salvat Editores S.A.

- Petronilho, F.A.S. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade – A Enfermagem que queremos evidenciar, *Revista Sinais Vitais*, 82(1), Janeiro, pp. 35-43.
- Pfetscher, S.A. (2004). Florence Nightingale: Enfermagem Moderna. In: Tomey, A.M. e Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência, pp. 73-94.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Quarteto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.
- Portugal, Ministério da Saúde (1991). Carreira de Enfermagem, Decreto-lei N.º 437/91. *Diário da República Iª Série A*, n.º 257, 8 de Novembro, 5723.
- Potter, P.A. e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos*. Loures, Lusociência.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures, Lusociência.
- Santos, F.J. e Jesus, C.S. (2003). Relação de ajuda, *Sinais Vitais*, 46(1), Janeiro, pp. 22-24.
- Sheehy'S, S. (2001). *Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática*. Loures, Lusociência.
- Taylor, J.P. e Taylor, J.E. (2001). O Processo de Enfermagem de Urgência e Diagnóstico de Enfermagem. In: Sheehy's, S. *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. Loures, Lusociência, pp. 9-16.
- Tomey, A.M. (2004). Nancy Roper *et alii*. – Os elementos da enfermagem baseado num modelo de vida. In: Tomey, A.M. e Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência, pp. 405-422.
- Tomey, A.M. e Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermam)*. Loures, Lusociência.
- Vaz, C. e Catita, P. (2001). Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*. 148(3), Setembro, pp. 12-22.
- Vaz-Freixo, M. J. (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa, Instituto Piaget.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures, Lusociência.

Welch, A.Z. (2004). Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In: Tomey, A.M. e Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência, pp. 563-592.