

# O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

# O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza



**2021 - Editora Ampla**

**Copyright da Edição** © Editora Ampla

**Copyright do Texto** © A autora

**Editor Chefe:** Leonardo Pereira Tavares

**Design da Capa:** Editora Ampla

**Diagramação:** Higor Costa de Brito

**Revisão:** A autora

**O papel da comunicação nas tecnologias do processo de enfermagem** está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito a criadora. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva da autora, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

**ISBN:** 978-65-88332-77-1

**DOI:** 10.51859/ampla.pct771.1121-0

**Editora Ampla**

Campina Grande – PB – Brasil

[contato@ampllaeditora.com.br](mailto:contato@ampllaeditora.com.br)

[www.ampllaeditora.com.br](http://www.ampllaeditora.com.br)



2021

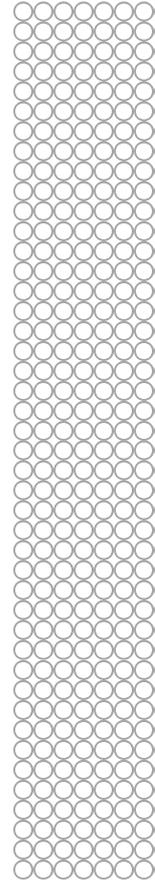
## CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará  
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará  
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia  
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista  
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande  
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires  
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas  
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará  
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande  
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba  
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais  
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano  
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí  
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará  
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador  
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas  
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará  
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura  
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande  
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso  
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas  
Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará  
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas  
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina  
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas  
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo  
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife  
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará  
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia  
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador  
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará  
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário  
Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão  
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central  
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande  
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa  
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará  
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz  
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia  
Marina Magalhães de Morais – Universidade Federal de Campina Grande  
Michele Antunes – Universidade Feevale

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais  
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense  
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso  
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia  
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão  
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos  
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará  
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras  
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns  
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília  
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará  
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais  
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará  
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia  
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria  
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca  
Tatiana Paschoalette Rodrigues Bachur – Universidade Estadual do Ceará  
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba  
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras  
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology  
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande  
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima  
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande  
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz  
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande





2021 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © A autora

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Costa de Brito

Revisão: A autora

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sousa, Clarissa Vasconcelos Silva de  
O papel da comunicação nas tecnologias do  
processo de enfermagem [livro eletrônico] / Clarissa  
Vasconcelos Silva de Sousa. -- Campina Grande :  
Editora Ampla, 2021.  
38 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-88332-77-1

1. Enfermagem. 2. Comunicação em enfermagem.  
3. Enfermag - Bibliografia. I. Título.

CDD-610.7

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213  
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

#### Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem 610.7

**Editora Ampla**  
Campina Grande - PB - Brasil  
contato@ampllaeditora.com.br  
www.ampllaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

O trabalho em saúde dar-se a partir das relações interpessoais e para desenvolvê-la de forma profissional e efetiva é necessário o uso da comunicação em todas as suas formas de expressão. Pretende-se detalhar os tipos de comunicação que são necessárias para a assistência de enfermagem, de acordo com a legislação que regulamenta o exercício da profissão. Neste contexto vamos relacionar as tecnologias da saúde com aquelas que encontramos no processo de trabalho da enfermagem.

Trata-se de um levantamento bibliográfico do tipo descritivo que discorre sobre os tipos de legislação que normatizam a comunicação da profissão e de livros que tratam o assunto proposto. Explicou-se as etapas do processo de enfermagem, como é estruturada a sistematização da assistência a saúde, com detalhes das cinco etapas deste processo; uma breve explanação sobre as tecnologias da saúde, para se chegar a comunicação, suas variações e de qual maneira ela está inserida no cuidar da enfermagem. A partir deste levantamento, realizou-se a análise das informações coletadas e as relacionou entre as variáveis: processo de enfermagem, tecnologias de saúde e tipos de comunicação; para chegar ao objetivo proposto que foi o levantamento das tecnologias de saúde estão inseridas no processo de enfermagem e qual o papel da comunicação para a efetividade da assistência prestada a partir destas tecnologias de saúde.

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>CAPÍTULO II - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	10
<b>CAPÍTULO III - TEORIAS DA ENFERMAGEM</b> .....	13
3.1. TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS .....	14
3.2. TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO .....	16
<b>CAPÍTULO IV - PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	18
<b>CAPÍTULO V - AS TECNOLOGIAS DE SAÚDE E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b> .....	27
<b>CAPÍTULO VI - COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	29
6.1. ASPECTOS GERAIS .....	29
6.2. COMUNICAÇÃO VERBAL ESCRITA .....	31
6.3. COMUNICAÇÃO VERBAL ORAL .....	32
6.4. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL.....	33
6.5. COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA .....	34
<b>CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	37



# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

Tem-se nesse material o desenvolvimento do processo de enfermagem, a explicação sobre as tecnologias de saúde inseridas nele e a explanação sobre a comunicação com suas variáveis; para que se possa entender o seu papel desta dentro das tecnologias de saúde que compõem a prestação da assistência de enfermagem de acordo com a legislação que normatiza o exercício da profissão.

A assistência eficiente é aquela que garante a melhoria da condição de saúde sem desperdício de recursos pessoais e materiais. A atenção prestada com foco no paciente permite um cuidar respeitoso e responsivo as necessidades individuais (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

“A comunicação está para a enfermagem como o ar está para a vida – um não pode existir sem o outro” (VAUGHANS, 2012, pg.56).

A Resolução COFEN 358/2009 normatiza o processo de enfermagem, definindo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. (COFEN,2009).

“O processo de enfermagem é definido como uma sequência organizada de etapas identificadas como levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; utilizado pelos enfermeiros para solucionar os problemas de saúde do paciente” (TIMBY, 2001, pg.35).

O processo de enfermagem estabelece fases para a realização do cuidado de forma organizada, porém para evitar que seja reduzido a um meio metodológico de agrupar informações desvinculadas a subjetividade do sujeito, torna-se necessário ser fundamentado por uma teoria da área. E com o uso do raciocínio crítico voltado para as habilidades do profissional é possível analisar, desenvolver ações e obter resultados apropriados (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica, obrigatória, a ser implementada na prática assistencial; conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade do cuidar e maior autonomia dos



profissionais de enfermagem. Ela constitui uma ferramenta que auxilia na gestão do cuidado, no sentido de organizar os recursos e dispositivos para este processo/ação acontecer de forma planejada (NISHIO; FRANCO;2011).

Cabe aqui lembrar que a tecnologia, a educação, os valores da sociedade, demografia e o financiamento de cuidados em saúde, têm impacto sobre a assistência praticada pelo profissional da saúde (NETINNA, 2021).

Assim surgiu o seguinte questionamento: quais tecnologias de saúde estão inseridas no processo de enfermagem e qual o papel da comunicação para a efetividade da assistência prestada a partir destas tecnologias de saúde. Para isso foi feito um levantamento bibliográfico sobre os assuntos relevantes; nos quais far-se-ia uma análise qualitativa dos dados coletados; e uma explanação dos resultados encontrados.



## CAPÍTULO II

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Netinna (2021) A enfermagem é uma arte e uma ciência, o foco da assistência está nos cuidados com o paciente enfermo e atualmente se enfatiza a promoção da saúde; seja a nível hospitalar, ambulatorial ou comunitário o enfermeiro tem três funções básicas:

- Clínica – ações de enfermagem relacionadas ao cuidado direto ao paciente;
- Liderança - está ligada a maneira como o enfermeiro se relaciona com sua equipe e com os outros profissionais, envolve ações de tomada de decisões, influências e facilitações que interferem em ações de outros profissionais;
- Pesquisa – envolve ações para implementação de estudos que determinem os efeitos reais dos cuidados de enfermagem e promover a base científica da profissão.

A qualidade da assistência ao paciente depende da capacidade de organização da equipe e de cada profissional individual, a partir de métodos próprios da profissão e gerenciando positivamente o espaço de trabalho. A visão no paciente e suas necessidades biopsicoespirituais. (KAWAMOTO,2018).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é definida como uma metodologia de trabalho, da qual o enfermeiro a utiliza para aplicar seus conhecimentos específicos para a assistência ao paciente; nela evidencia-se o raciocínio crítico desenvolvido durante o diagnóstico e planejamento do cuidado (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

A SAE organiza o trabalho profissional quanto a método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem; por ser um método científico de solução de problemas, está organizado para auxiliar a equipe a abordar de forma lógica as necessidades do cliente (GARCIA, 2017).

Assim a SAE promove coerência entre as atividades da equipe de enfermagem e são norteadas por teorias próprias da profissão que possuem a



finalidade de direcionar o olhar dos profissionais para as necessidades biológicas psíquicas, sociais e espirituais dos pacientes, família e comunidade (TANNURE; PINHEIRO; 2019). Os objetivos da SAE são:

- Assistência com foco no cliente
- Caracterização do corpo de conhecimento da enfermagem
- Segurança para os pacientes e para os profissionais de saúde com informações de qualidade
- Aumento da credibilidade da enfermagem
- Visibilidade positiva dos profissionais
- Autonomia e satisfação profissional

De acordo com a Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermeira, o Art. 11 apresenta as atividades privativas do enfermeiro (a), exercendo todas as atividades de enfermagem e cabendo-lhe privativamente a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (COFEN, 1986).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja na atenção primária, secundária e terciária, e desenvolvida em instituição pública ou privada (BRASIL, 2009)

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

- I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);
- II – Diagnóstico de enfermagem;
- III – Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implementação;
- V – Avaliação de Enfermagem.

Uma vez que o registro de todas as fases é importante para dar continuidade ao cuidado e avaliar a qualidade da assistência torna-se necessário prescrever todas elas no prontuário do paciente

No art. 4º da Resolução COFEN n. 358/2009, detalha que ao Enfermeiro, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de



enfermagem a prescrição das ações e as intervenções de enfermagem a serem realizadas. (COFEN, 2009).

Já o art. 6º desta resolução detalha como deve ser a comunicação escrita desse processo de cuidado ao paciente para que seja completo e fidedigno as observações encontradas (COFEN, 2009):

a. um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

b. os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

c. as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;

d. os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

O registro de todas as etapas do processo é importante para dar continuidade ao cuidado e avaliar a qualidade da assistência; assim é necessário o registro de todas as etapas no prontuário do paciente, para que os problemas identificados sejam compartilhados com a equipe multiprofissional; esse processo traz credibilidade e efetividade na assistência.

Nishio; Franco (2011) apontam que as vantagens da SAE são observadas facilmente na prática profissional e acham importante destacar alguns benefícios:

- Maior integração entre o profissional e o cliente;
- Individualização do cuidado prestado;
- Orientação para o autocuidado;
- Direcionamento das ações de enfermagem como uma ferramenta para um cuidado seguro;
- Fornecer subsídios com qualidade para auditoria em enfermagem;
- Desenvolver o conhecimento e reconhecimento do profissional;
- Assegura ao enfermeiro o papel de coordenador da assistência de enfermagem



## CAPÍTULO III

### TEORIAS DA ENFERMAGEM

As teorias da enfermagem podem ser definidas como conjunto de informações sistemáticas relacionadas a questões importantes da profissão, coerentes nos conceitos que as compõem, auxiliam na orientação da prática da enfermagem (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

As teorias ajudam a definir a enfermagem como uma disciplina científica própria, seus elementos são uniformes, contendo sempre a assistência, o paciente, meio ambiente e saúde, esses requisitos são considerados os paradigmas das teorias de enfermagem (NETINNA, 2021).

Deve-se agrupar os dados organizadamente para ser possível a interpretação da real necessidade do paciente; este processo chama-se validação dos dados, onde serão filtrados os dados objetivos e os subjetivos, cruzando os dados mensurados com as observações realizadas; para que o enfermeiro seja capaz de determinar o significado das informações que foram coletadas. Depois faz-se a organização do material coletado (informações) de forma sistematizada, para traçar claramente os padrões de saúde do cliente (VAUGHANS, 2012).

Para escolher uma teoria que fundamente a prática profissional o enfermeiro precisa conhecer a realidade do setor que trabalha, o perfil da clientela atendida, uma vez que as características do instrumento utilizado devem estar de acordo com os conceitos da teoria selecionada (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Exemplo de instrumentos utilizados são formulários e sistemas de gráficos. Para organizar estes instrumentos o enfermeiro pode seguir as orientações de uma teoria; pode-se citar de Maslow (das relações humanas) e a de Dorothea Orem (teoria do autocuidado), mas existem outras. Como já foi dito, a forma de organização vai depender do tipo de clientela que vai receber o cuidado.



### 3.1. TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Fortes (2018), diz que as necessidades humanas básicas são comuns a qualquer ser humano e interligadas, possuem um estado de equilíbrio dinâmico, podendo surgir em maior ou menor intensidade a depender do problema instalado. Maslow na teoria da motivação humana afirma que todos os seres humanos possuem necessidades em comum que são elas:

- Necessidade fisiológica
- Necessidade de segurança
- Necessidade de amor
- Necessidade de estima
- Necessidade de autorrealização

Wanda Horta procurou desenvolver uma teoria capaz de explicar a natureza da enfermagem, partindo de leis gerais e globais que regem fenômenos universais como equilíbrio, adaptação e holismo. Fundamentada por outras teorias como a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow, para ela, enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades humanas básicas; fazendo por ele aquilo que ele não é capaz de fazer; é ajudar um indivíduo quando ele está incapaz de se auto cuidar, é orientar e encaminhar a outros profissionais (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Nesta teoria o foco de trabalho de enfermagem é levar o ser humano ao seu estado de equilíbrio pelo atendimento de suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

- Necessidades Psicobiológicas – são aquelas relacionadas ao corpo do indivíduo; como oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, atividades físicas, sexualidade, abrigo, cuidado corporal dentre outras.

A alimentação interfere diretamente no desenvolvimento e no crescimento do indivíduo e na capacidade de desenvolver seu trabalho físico e intelectual. A eliminação de resíduos e substâncias tóxicas formadas durante o metabolismo orgânico é tão importante quanto a assimilação dos alimentos. A relação dos indivíduos com o sono e vigília depende de fatores sociais como trabalho, lazer, hábitos, diferenças pessoais e necessidades que variam ao longo da vida. Sabe-se



que o sono promove o relaxamento com a diminuição do metabolismo, da frequência cardíaca e da temperatura corporal.

A atividade física é fundamental para a saúde do indivíduo, contribuindo para o desenvolvimento normal dos músculos, apetite, digestão, eliminação intestinal, circulação sanguínea, capacidade pulmonar, padrões do sono e desenvolvimento mental. As situações que comprometem a oxigenação em consequência de circulação e perfusão sanguíneas inadequadas provocam vários graus de isquemias e necrose, podendo comprometer o sistema nervoso central (FORTES, 2018).

A higiene está relacionada a capacidade de o indivíduo manter seu asseio corporal como pele íntegra e limpa, unhas aparadas, pelos limpos e aparados, cuidados com os dentes, tudo de acordo com sua cultura.

A necessidade humana de abrigo proporciona conforto físico e psíquico, devido a sensação de segurança e bem-estar; o ambiente deve ser livre de agressores físicos, químicos e biológicos, como por exemplo, a pessoa deve ter condições de moradia com iluminação, coleta de lixo, saneamento básico dentre outros (FORTES, 2018).

- Necessidades Psicossociais – são aquelas relacionadas com a convivência com outros seres humanos, em sua família e grupos sociais, ocorrem por meio de extintos psicossociais como conversar e conviver com o outro. Segue alguns exemplos: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem gregária, recreação e lazer, aceitação autorrealização, autoestima dentre outras.
- Necessidade Psicoespirituais – derivam de valores e crenças dos indivíduos, nela o homem sempre está tentando interpretar o que vivencia. São as necessidades religiosas, teológicas, éticas e filosóficas.

As necessidades humanas básicas são influenciadas pelos fatores como idade, sexo, cultura, escolaridade e condição socioeconômica.

Vale lembrar que os dados podem ser reagrupados quando recebe novas informações ou quando a situação muda. É uma atividade dinâmica (VAUGHANS, 2012).



### 3.2. TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO

É a teoria de autoria da enfermeira norte americana Dorothea Orem que visa a satisfação das necessidades da pessoa para o seu próprio benefício, manutenção da vida e bem-estar. Foi ela que relacionou a educação em saúde com o autocuidado. Segundo Orem o processo de autocuidado possibilita que a assistência de enfermagem avalie pessoas, famílias e comunidades saudáveis e doentes e a tomarem iniciativa e responsabilidade na busca da sua melhoria para qualidade de vida (NISHIO; FRANCO;2011).

Para a teórica compreende-se por autocuidado o desempenho ou prática de atividades que o indivíduo realiza em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A capacidade de autocuidado é aprendida pela interação humana e pela comunicação; as pessoas podem ser aptas ao seu autocuidado e a enfermagem pode assumir tarefas que levam o indivíduo ao bem-estar quando esta não é capaz de fazer (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

O déficit de cuidados ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade de autocuidado e a demanda terapêutica. Deste modo a enfermagem deve identificar os déficits dos pacientes ou cuidadores e procurar desenvolver neles condições para retornarem à prática do cuidado. A ideia central desta teoria está associada a maturidade das pessoas para lidar com suas limitações, bem como dos seus dependentes. Dorothea Orem sua criadora define quatro atores da teoria do autocuidado, abordado na tabela abaixo:

ATORES	DEFINIÇÕES
Pessoa	São indivíduos ou unidades sociais que possuem capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, para se comunicar e se esforçar para realizar atividades.
Enfermagem	Uma ciência na qual o profissional presta assistência personalizada, quando o indivíduo é incapaz de manter seu autocuidado.
Saúde	São os aspectos físicos, sociais, psicológicos e interpessoais integrados.
Ambiente	O ser humano e o ambiente são reconhecidos como uma única unidade e eles se influenciam reciprocamente.

Fonte: Adaptado de Tannure; Pinheiro, 2019.

Nesta teoria o processo de enfermagem busca determinar as deficiências de autocuidado e posteriormente os papéis dos clientes e do enfermeiro para satisfazer as necessidades encontradas. A aplicação do processo de enfermagem permite então



diagnosticar déficits de autocuidado, fazer um planejamento para minimizá-los ou resolvê-los por meio de intervenções (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Os dados coletados devem contemplar os requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde e o enfermeiro deve observar o nível de conhecimento, habilidade, motivação e orientação do paciente e/ ou do familiar e cuidador para desenvolver o cuidado.

Para facilitar que os enfermeiros incorporem o que preconizado pela teoria escolhida na instituição sugere-se que os instrumentos de coleta de dados, as normas, rotinas e os protocolos sejam coerentes entre si e com a teoria proposta, pois cada uma tem a sua linguagem própria (TANNURE; PINHEIRO; 2019).



## CAPÍTULO IV

### PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para desenvolver um método que explicasse a natureza da enfermagem definindo o campo de atuação e a metodologia de trabalho Wanda de Aguiar Horta em 1979 apresentou o processo de enfermagem como sendo um conjunto de ações sistematizadas e integradas para assistência ao ser humano de forma organizada e holística (KAWAMOTO,2018).

Assim o processo de enfermagem pode ser definido como um método científico planejado para identificar problemas de enfermagem, determinar as necessidades básicas afetadas e prescrever o cuidado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (NISHIO; FRANCO,2011).

A SAE é um sistema teórico de resolução dos problemas e tomada de decisão; permitindo uma assistência organizada, individualizada, tendo cada paciente como único e que requer atenção constante durante seu processo de tratamento. Trata-se de um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. Para efetuar a evolução de enfermagem, o enfermeiro necessita reunir dados sobre as condições anterior e atuais do paciente e família para, mediante análise, emitir um julgamento; mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas (COFEN, 2009).

A SAE é essencial para que o enfermeiro possa gerenciar e desenvolver junto com sua equipe uma assistência organizada, segura e competente, utilizando informações correta e implementando intervenções pertinentes para resultados satisfatórios (KAWAMOTO,2018).

Para tal faz-se uma abordagem deliberada de resolução de problemas, com finalidade de atender as necessidades de saúde e assistir os pacientes. Neste contexto tem-se a coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O processo de assistência de enfermagem é cíclico e as etapas estão ligadas e dependentes entre si (BETINNA,2021).

Considera-se o processo de enfermagem o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente



apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas. (NISHIO; FRANCO,2011).

O enfermeiro, ao aplicar o processo de enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente.

Na execução do processo de enfermagem o profissional necessita de conhecimento e experiência na área onde o cuidado será prestado, assim de maneira segura poderá detectar problemas de saúde e controlar alterações clínicas e chegar a resultados positivos (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Para o desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem foi criado sistemas de linguagem universal e padronizada. Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) padroniza apenas o diagnóstico de enfermagem e faz necessário outros sistemas de classificação padronizados para as demais fases do processo de enfermagem. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) no sentido de construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades que as enfermeiras executam quando prestam tratamentos de enfermagem e a classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (BARROS ,2009).

A NANDA é um sistema de classificação de problemas levantados durante a coleta de dados, que favorece a uniformização da linguagem científica da enfermagem e possibilita classificar a avaliação diagnóstica. Para a NANDA o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre resposta humana a condições de saúde/ processos de vida ou uma suscetibilidade a essa resposta por um indivíduo, família ou comunidade (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

O NOC é uma taxonomia complementar a NANDA onde obtém-se títulos de resultados de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem, ele é definido como um comportamento ou uma percepção do indivíduo, família ou cuidador, mensurado de modo contínuo em resposta as intervenções realizadas (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Com os resultados encontrados o enfermeiro pode verificar a melhora, piora ou manutenção da resposta clínica a intervenção proposta.



A NIC contém as intervenções de enfermagem as respostas do cliente; a saber, os profissionais médicos prescrevem tratamentos farmacológicos e algumas intervenções clínicas; os enfermeiros determinam cuidados referentes a questões clínicas observadas durante a coleta de dados, portanto prescrevem cuidados de maneira independente (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um sistema baseado em linguagem unificada, partilhada no âmbito mundial, cujos componentes expressassem os elementos da prática de enfermagem – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; uma tecnologia de informação, que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas no âmbito mundial (GARCIA, 2017).

A CIPE é um instrumento de informação cuja finalidade consiste em descrever a prática de a enfermagem prover dados que identifiquem a contribuição dos cuidados de enfermagem e promover mudanças na prática da assistência, sendo um processo dinâmico, sujeito a mudanças e os elementos essenciais são o diagnóstico, às ações e os resultados de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Tem-se por objetivos da CIPE:

- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, facilitando a comunicação destes profissionais com outras especialidades;
- Representar conceitos utilizados na prática, em diferentes línguas e áreas de especialidades;
- Descrever mundialmente, através da padronização da linguagem, os serviços de enfermagem prestados a sua clientela;
- Possibilitar a comparação dos dados de enfermagem entre diferentes populações e locais de atendimento;
- Fornecer dados sobre a prática de enfermagem para incluir no ensino da área e nas políticas de saúde.

A seguir detalhes das etapas do processo de enfermagem:

**I. Histórico de Enfermagem:** consistem na etapa inicial onde se coleta as informações particulares do paciente com objetivo de identificar os problemas reais ou potenciais à saúde. (TIMBY,2001).



- *Dados subjetivos* – obtidos por meio da entrevista com paciente, familiares ou pessoas do convívio e revisão de registros anteriores; neste momento o enfermeiro deve demonstrar interesse, suporte e compreensão para estabelecer uma relação terapêutica;
- *Dados objetivos* – compreende-se pelo exame físico do cliente e deve ser realizado em ambiente agradável, com segurança e privacidade.

Os dados objetivos são os sinais que podem indicar um problema. Eles são observáveis ou mensuráveis podem ser obtidos através de procedimentos realizados como verificação de pressão arterial ou da temperatura corporal; como também de prontuários, anotações de membros da equipe multidisciplinar, base de conhecimento próprio do enfermeiro e da revisão de literatura. Os dados subjetivos são os sintomas daquele problema levantado. Como o paciente se apresenta a consulta de enfermagem, o relato do paciente sobre os sintomas e como ele vê sua doença. O paciente é a fonte predominante ou primária de informações, familiares e outras pessoas importantes para o cliente apenas serão fonte de informações relevantes, quando o paciente for menor de idade ou mentalmente incapaz de tomar decisões (VAUGHANS,2012).

Os dados significativos devem ser comunicados assegurando que os demais membros da equipe de saúde tenham conhecimento da situação. Vale lembrar que a coleta de dados é um processo contínuo e permanente que se inicia desde o primeiro contato do enfermeiro com o indivíduo e só termina com a alta hospitalar. A investigação direta deve ser considerada principal fonte de informação e deve ser levado em consideração todos os recursos humanos, materiais e administrativos que possam servir de fonte de informação, pacientes, familiares e/ou acompanhantes (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

O desenvolvimento de instrumentos de registro e sistemas de informação favorecem a normatização dos dados e a organização das informações coletadas (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

O levantamento dos dados oferece uma quantidade de informações sobre a saúde física, social, mental e espiritual do cliente. A interpretação é facilitada quando os dados estão agrupados de forma organizada por características em comum. Para fazer esta arrumação das informações os enfermeiros desenvolvem instrumentos



de trabalhos embasados em teorias da enfermagem, onde agrupam informações de forma ordenada e dinâmica. (TIMBY,2001).

Pode-se chamar esta fase de investigativa nela é feita a coleta de informações referente ao estado de saúde do indivíduo que demanda cuidados com o propósito de identificar problemas de saúde e reações humanas, aqui os enfermeiros coletam os dados para posterior validação dos achados clínicos com uso do raciocínio crítico fazem inferências que levam a formular os diagnósticos de enfermagem. Para chegar ao que pretende o enfermeiro deve estabelecer um contato capaz de estabelecer confiança mútua e empatia, com competência e habilidade para coletar e explorar os dados de maneira respeitosa e ética (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

**II. Diagnóstico:** é a segunda etapa do processo onde se desenvolve a identificação dos problemas. Essa etapa resulta da análise dos dados coletados e da interpretação dos dados no sentido de eles sugerirem achados normais ou anormais. Estes achados são respostas apresentadas pelo paciente, pelo familiar ou pela comunidade em determinado momento do processo de saúde/ doença, são baseados nos problemas reais e futuros, podem ter sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicológicas e espirituais (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Netinna (2021), traça descreve alguns objetivos do diagnóstico de enfermagem:

- Estabelecer um julgamento clínico sobre as respostas a problemas de saúde ou processos de vida com base no paciente, família ou comunidade;
- Determinar um plano de cuidado apropriado;
- Traçar uma linguagem de assistência universal a categoria profissional.

Assim se pode dizer que diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais. Esclarece o âmbito da prática de enfermagem e permite ao enfermeiro ter uma linguagem comum para a comunicação (VAUGHANS, 2012).

Aqui o enfermeiro determina e nomeia necessidades, problemas de saúde, déficits de autocuidado que precisam ser foco do atendimento de enfermagem; para tal faz-se um julgamento a partir dos dados clínicos e dos exames laboratoriais e traça os diagnósticos a partir dos sistemas de linguagem padronizado. Podem também existir diagnósticos fundamentados na promoção da saúde por meio do



juízo clínico a respeito da disposição do indivíduo em aumentar seu bem-estar.

O diagnóstico de enfermagem pode ser compreendido tanto como um processo como um produto; sendo que o processo diagnóstico inclui duas fases: a análise e síntese dos dados coletados (investigação) e o estabelecimento do enunciado do diagnóstico a partir da linguagem definida (NANDA ou CIPE) (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

A padronização diagnóstica favorece a uniformização da linguagem científica da enfermagem e possibilita classificar a avaliação diagnóstica e conseqüentemente os resultados esperados e as intervenções propostas.

**III. Planejamento:** é a terceira etapa onde o enfermeiro, prioriza os problemas identificados, observa as metas mensuráveis, seleciona intervenções adequadas e documenta o plano de cuidados, específico para aquele paciente. Plano de cuidados pode ser manuscrito ou computadorizado e deve estar de acordo com o registro médico de cada paciente, oferecendo evidências para as intervenções de enfermagem, planejadas para satisfazer as necessidades do cliente. Nele encontram-se as prescrições de enfermagem que são as orientações para os cuidados a serem prestados a um paciente específico. As ordens precisam ser exatas de modo que qualquer membro da equipe compreenda o que deve ser feito. (TIMBY,2001).

Netinna (2021), explica como deve ser o plano de cuidados:

- Atribuir prioridades aos diagnósticos de enfermagem, quais são os mais urgentes para resolver;
- Estabelecer metas ou resultados, vinculados aos diagnósticos de enfermagem encontrados;
- As metas devem ser específicas, mensuráveis e focadas nas necessidades do paciente;
- Identificar as intervenções de enfermagem apropriadas para alcançar as metas traçadas.

Sabe-se que diante dos diagnósticos de enfermagem que foram levantados a enfermeira deve planejar ações para minimizar ou resolvê-los com evitando que um problema potencial se torne real (diagnósticos de riscos) e manter as condições de bem-estar em saúde (promoção da saúde); assim o planejamento da assistência



compreende-se da determinação das ações de enfermagem necessárias para os resultados que se pretende alcançar (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Os resultados esperados devem ter condições de serem alcançados ou mantidos por quem deverá realizar as ações prescritas. O registro e monitoramento dos resultados esperados possibilitam obter indicadores de saúde sobre o quanto a equipe de saúde contribui para sanar as necessidades dos pacientes que atendem (TANNURE; PINHEIRO; BARROS, 2019).

Para Netinna (2021), uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado em julgamento clínico e conhecimento que o enfermeiro realiza para ajudar a melhorar o problema encontrado no cliente. Nas intervenções deve-se ter ações independentes, próprias da assistência de enfermagem e atividades colaborativas baseadas em solicitações médicas e multidisciplinares.

As intervenções de enfermagem são as ações que são realizadas pelo enfermeiro, para atingir os resultados esperados a partir do que foi identificado como um problema para o paciente. As intervenções envolvem a investigação, o ensino, o aconselhamento e os tratamentos efetivos. (VAUGHANS,2012). As intervenções podem ser:

- *Independentes*: iniciadas pela enfermagem e podem ser realizadas sem a necessidade de solicitação de outra categoria profissional.
- *Dependentes*: requerem a solicitação de um médico ou de outro profissional para que seja implementada pela enfermagem.

Alguns recursos podem ser utilizados para ajudar na definição das intervenções: planos de cuidados padronizados, protocolos e manuais de procedimentos, periódicos e livros didáticos de enfermagem. Quando se faz uso da NANDA para o diagnóstico de enfermagem; usa-se a NIC para as atividades de intervenções e o NOC para os vários resultados esperados (VAUGHANS,2012).

**IV.A implementação:** é a quarta etapa onde vai ocorrer a execução do plano de cuidados, o que incluem as prescrições médicas e de enfermagem as quais se completam mutuamente. Durante a implementação o profissional tem que ter pensamento crítico, habilidades e comunicação; envolve também a avaliação contínua da situação para priorizar as reais necessidades e fazer modificações no plano de cuidados quando preciso.



A comunicação verbal e escrita sobre o desenvolvimento do plano de cuidados permite a continuidade real e efetiva da assistência. Pode-se citar a documentação escrita nas anotações de enfermagem e evolução do enfermeiro no prontuário do paciente. A comunicação verbal, nas passagens de plantão e nas transferências de cuidados do paciente. Exemplos: mudanças de turno e quando o profissional passa o cuidado para outro de outro setor, como o centro de imagens e exames (VAUGHANS, 2012).

O enfermeiro deve prescrever cuidados completos, bem redigidos, precisos e capazes de conferir segurança aos indivíduos evitando qualquer dúvida; sabe-se que uma prescrição incompleta compromete a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Vale ressaltar que estas precisam ser fundamentadas em evidências científicas e formuladas de maneira individualizada. As prescrições devem sempre que possível, ser discutidas com a equipe assistencial, com o paciente ou com familiares e cuidadores visando ajustes maior aprendizado e adesão ao planejamento proposto (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

**V. A avaliação do cuidado implantado:** é feita através da análise da reação do paciente, visando constatar a eficácia do plano de cuidado proposto. Ela é contínua e está inserida em todas as fases do processo, pois visa o sucesso da ação identificando falhas e melhorando o atendimento (TIMBY, 2001).

A avaliação do cuidado determina o sucesso do plano de cuidados prescrito e a necessidade de alterações as respostas não satisfatórias; quanto ela é contínua, fornece meios para manter a viabilidade de todo o processo de enfermagem e demonstrar a responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente (NETINNA, 2021).

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente (COREN,2016).

Vale lembrar que a assistência à saúde sempre ocorre multiprofissional; é de responsabilidade da equipe de enfermagem passar informações escritas e orais de forma precisa, clara, objetiva e com detalhes relevantes para o cuidado.



O objetivo das ações de enfermagem é tornar a pessoa independente dessa assistência o mais rápido possível pelo ensino do autocuidado, promovendo e mantendo a recuperação da saúde (NISHIO; FRANCO,2011).

A assistência eficiente é aquela que se garante a melhoria na condição de saúde sem desperdício associado ao uso de recursos. A atenção prestada com foco no paciente, visa um cuidado respeitoso e responsivo aos valores individuais. O cuidado seguro é capaz de identificar, evitar e minimizar riscos decorrentes de intervenções (TANNURE; PINHEIRO; 2019).



## CAPÍTULO V

### AS TECNOLOGIAS DE SAÚDE E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Franco; Merhy (2012) discorrem sobre tecnologias de saúde do ponto de vista que o trabalho em saúde é subjetivo, se dá sempre por um encontro entre o cuidador e o assistido, sendo mediado pela ética do cuidado. Destacando o ser humano como centro produtor do cuidado. Afirmam que o processo de produção do cuidado vai conter necessariamente as três tecnologias durante o trabalho, que são elas: as leves, leves-duras e duras.

Grabois (2020) fala sobre as tecnologias de saúde segundo a teoria de Merhey:

Tecnologias leve (relações humanas): refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar os processos de trabalho.

A relação enfermeiro/paciente vai influenciar no desenvolvimento desta tecnologia. Timby (2001) diz que esta relação pode ser chamada de terapêutica porque o resultado desejado em decorrência dela é propiciar a recuperação da saúde do paciente; e ela pode ser definida como uma relação entre duas pessoas para que sejam oferecidos serviços de enfermagem. Hoje a enfermagem encoraja as pessoas a se envolverem no seu processo de cuidar e faz isso através da comunicação.

A leve dura (conhecimento técnico): são os saberes adquiridos e desenvolvidos, bem estruturados, que estruturam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, as teorias da enfermagem, o taylorismo e o fayolismo.

A dura (instrumentos): uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Para Franco; Merhy (2012) considerando o modelo assistencial atual que busca um trabalho vivo centrado nas relações humanas, necessita-se de um aprimoramento para a utilização maciça das tecnologias leves com efetividade e de



maneira fluida; as tecnologias leves duras e duras devem ser usadas de maneira secundária.

O processo de enfermagem contém todos os tipos de tecnologias de saúde. Para fazer um instrumento padrão a ser utilizado pela enfermeira, possuindo todas as etapas da sistematização da assistência, utiliza-se do conhecimento teórico sobre área específica, uma teoria da enfermagem que embasei a distribuição do conteúdo e o fluxo da entrevista e a relação profissional/paciente para levantamento de dados.



## CAPÍTULO VI

### COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

#### 6.1. ASPECTOS GERAIS

“Sem comunicação não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto, não há grupo, organização e sociedade”. (TAKAHASHI,1991, pg. 181)

Takahashi (1991) definem comunicação como um processo de passar informações de pessoa para pessoa por meio da fala, escrita, gestos e imagens, com objetivo de gerar conhecimento. A comunicação então pode ser vista como um processo de fornecimento ou troca de informações, ideias e sentimentos pela palavra escrita ou oral, sinais e gestos.

Timby (2001) afirma que comunicação é a troca de informações que envolve o envio e a recepção de mensagens entre dois ou mais indivíduos. Tem que haver o feedback para saber se a informação foi entendida de maneira correta ou se precisa de esclarecimentos. Ocorre simultaneamente no nível verbal e não verbal; sendo fundamental que a enfermagem desenvolva a habilidade de uma comunicação terapêutica, para ser efetiva a prática da assistência.

A comunicação é o veículo utilizado pelos enfermeiros para cumprir a meta de prestação de cuidados aos pacientes. As relações interpessoais que são desenvolvidas com o paciente estão dentro do contexto do processo de comunicação (VAUGHANS, 2012). Elementos que compõem um sistema de informação:

- Fonte: É a pessoa que tem a ideia, o pensamento que necessita ser enviado.
- Mensagem: é o conteúdo da informação, é constituído pelo uso de sinais, símbolos e pode ser verbal ou não verbal. As verbais são a oral e a escrita e a não verbal são os gestos, as expressões faciais e o silêncio.
- Canal: é o instrumento utilizado, pode ser formal, que é estabelecido de forma consciente e deliberada, são designados pela administração da empresa e se relacionam sempre com o trabalho a ser desenvolvido. Informal, são influenciados pelas relações sociais dentro da organização da empresa. Faz-se necessário para dá a oportunidade das pessoas



satisfazem suas necessidades pessoais. Pode ser perigoso de a pessoa que emite a mensagem não souber fazer da maneira correta, podendo não transmitir o que se deseja; apresentando-se de forma distorcida.

- Receptor: a pessoa que recebe a informação. Este elemento está sempre presente para que haja uma comunicação.
- Decodificação da mensagem: é a tradução de símbolos para entender a mensagem, depende de fatores próprios do receptor, como cultura, condição psicológica, linguagem regional entre outros.
- Feedback: é a retroalimentação, como vai ser demonstrado pelo receptor a resposta do que foi entendida na a comunicação transmitida pelo emissor.

Existem algumas dificuldades na assistência à saúde para se estabelecer uma comunicação informal.

A comunicação informal não apresenta fluxo determinado pois surge da interação entre as pessoas e das diversas oportunidades, além da comunicação oral, são comuns as expressões não verbais, são elas:

Linguagens dos sinais: existem sinais que são mundialmente convencionais como as de trânsito e as surdos-mudos.

Linguagem por ações: Que são os movimentos do corpo e o mover das mãos.

Linguagem por objetos: são quando objetos por si só transmitem uma mensagem.

Na assistência à saúde e especificamente na enfermagem, essas linguagens são comuns e bastante utilizadas.

Utilizar um sistema de informação onde está possa fluir de maneira a propiciar o planejamento da assistência e elementos para a tomada de decisões é primordial para a efetividade e qualidade da assistência. A comunicação em enfermagem pode-se entender como um processo no qual a equipe oferece e recebe informações do cliente/paciente, para planejar, avaliar e executar a assistência. (TAKAHASHI,1991).

A comunicação constitui um aspecto especial para a prática de enfermagem, pois a maioria das ações ocorrem no contexto das relações interpessoais; sendo um processo de compreender e compartilhar mensagens, considerando que a forma



com que ocorre esse intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas. (LEÃO,2010).

## **6.2. COMUNICAÇÃO VERBAL ESCRITA**

Essa comunicação subsidia as ações humanas e, as transformações que essas ações proporcionam. “A comunicação escrita no processo de enfermagem apresenta-se em dois eixos fundamentais: o primeiro diz respeito os preceitos éticos e legais e o segundo a qualidade da assistência”. (LEÃO, 2010, pg.03).

Segundo a Resolução COFEN nº 429/2012, os profissionais da enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos da categoria, sejam em papel ou prontuário eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para a continuidade e da assistência, com qualidade. (COFEN,2012).

Através dos registros de enfermagem é possível conhecer a assistência prestada ao cliente e ter uma continuidade do cuidado implantando novas ações e melhorando as já utilizadas a partir da resposta observada. Por isso os registros devem ser claros, objetivos, verdadeiros, organizados e completos. O código de ética trata nos capítulos 36, 37 e 38 trata dos deveres do profissional de enfermagem quanto ao registro das atividades.

Segundo a Resolução do COFEN Nº 429/2012 o registro de enfermagem deve conter: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Com uma boa comunicação escrita a enfermagem estará conforme a legislação vigente, garantindo um cuidado planejado de acordo com as necessidades do cliente, permitindo a continuidade da assistência por uma equipe multiprofissional; e segurança para o cuidado do paciente.

Tem-se a comunicação verbal escrita também através da emissão de e-mails, relatórios, memorandos, requerem uma linguagem formal, clara e precisa; além da



elaboração de manuais de normas, rotinas, protocolos clínicos e assistenciais. (LEÃO, 2010).

Importante frisar que resta evidenciada a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal. (COFEN,2016)

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; permite a análise dos cuidados realizados, quais foram as respostas do paciente e resultados. Sendo a base para o conteúdo da Evolução de Enfermagem (COFEN,2016)

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As anotações de enfermagem é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (COFEN,2016).

Para entender melhor as diferenças entre anotação de enfermagem e evolução de enfermagem fez-se uma tabela:

<b>Anotações de Enfermagem</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
<b>Dados brutos</b>	<b>Dados analisados</b>
<b>Elaborada por toda a equipe de enfermagem</b>	<b>Privativo do enfermeiro</b>
<b>Referente a um momento</b>	<b>Referente a 24 horas</b>
<b>Dados pontuais</b>	<b>Dados processados e contextualizados</b>
<b>Uma observação</b>	<b>Uma reflexão e análise de dados</b>

Fonte: COFEN (2016)

### **6.3. COMUNICAÇÃO VERBAL ORAL**

Na enfermagem é representada principalmente pelo compartilhamento de informações. Na chegada do paciente a ala hospitalar ou ao consultório, a primeira interação é a entrevista para obter dados relevantes que irão compor o histórico de enfermagem e nortear o plano de cuidados. No cuidado diário, a equipe multidisciplinar, faz questionamentos que possibilitem levantar as condições clínicas e a efetividade do plano terapêutico proposto (LEÃO, 2010).



Vale lembrar que os profissionais buscam informações para oferecer um melhor atendimento, um bom cuidado e a ideal proposta terapêutica, o foco do discurso e da escuta é de caráter profissional; para quem necessita de cuidados e até para seus acompanhantes, tudo que é dito e ouvido tem caráter pessoal, já que se trata de uma vida ameaçada, de incerteza e informações recentes pouco agradáveis.

Na assistência em enfermagem a comunicação oral vai além da sua função de investigação; por isso é chamada de terapêutica. Leão (2010) detalha algumas técnicas desta comunicação:

**Expressão:** descrição da experiência do cliente e expressão dos seus sentimentos (paciente). Para usar a expressão deve-se ter algumas atitudes durante o diálogo, entre elas, usar o silêncio terapêuticamente, verbalizar aceitação e interesse, ouvir reflexivamente, usar frases incompletas e outras.

**Clarificação:** esclarecimento do conteúdo que foi exposto pelo paciente. Clarear as dúvidas e diminuir ansiosos; estimulando comparações, solicitando que o paciente descreva o procedimento da forma que entendeu e esclarecendo termos que ficaram sem entendimento por parte do receptor.

**Validação:** verificar a existência de significação comum entre quem emitiu a mensagem e quem a recebeu. Para isto pede-se que o paciente repita a mensagem que recebeu e o profissional também repetir a mensagem quando for necessário.

#### **6.4. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

Segundo Leão (2010), estima-se que 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por movimentos do corpo. Ela divide a comunicação não verbal em três tipos:

**Cinésica:** que é o estudo dos movimentos do corpo, sinais da face, posturas do corpo que são adotados quando o emissor está transmitindo a mensagem ao receptor.

**Proxêmica:** foca em como as pessoas usam e interpretam o espaço físico entre o emissor e o receptor durante a comunicação.

**Tacésica:** diz respeito ao toque; que pode ser analisado segundo a intensidade, a localização, a frequência e a sensação provocada. O toque durante o cuidado pode estar associado a uma tarefa, durante a realização de procedimentos ou ser afetivo, para demonstrar preocupação.



Timby (2001), lembra que o toque afetivo pode ter significados diferentes para a pessoa, dependendo de como esta foi educada ou de sua bagagem cultural

Para Leão (2010) a comunicação não verbal tem a finalidade de completar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la ou demonstrar sentimentos.

## 6.5. COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A comunicação interpessoal é uma forma de comunicação pessoal que ocorre entre dois indivíduos, embora o enfermeiro possa desenvolver essa comunicação com os membros da equipe multiprofissional, quando ele desenvolve com o paciente, denominamos ela de comunicação terapêutica, a qual é imparcial e centrada no paciente (VAUGHANS, 2012).

Na comunicação terapêutica o que está em questão é o desenvolvimento de relações interpessoais, com a percepção do outro, de si mesmo, dos sentimentos e atitudes, onde a palavra tem papel fundamental. A maneira de falar, entonação da voz, uso das palavras contribuem para a validação das mensagens, manifestando o respeito e acolhimento (KAWAMOTO, 2018).

Para desenvolver uma comunicação terapêutica Timby (2001) define como uma comunicação não social e empática, onde se usa palavras e gestos para atingir determinado objetivo. A capacidade de a enfermeira incentivar a comunicação com o paciente é extremamente importante, para investigar os problemas e encorajar o paciente na expressão dos seus sentimentos. O profissional deve saber ouvir, para o cliente significa dar atenção ao que o paciente diz e permitir que ele se expresse. Por isso o ouvir é tão importante quanto o falar em uma comunicação terapêutica.

O silêncio também desempenha papel importante neste tipo de comunicação; Ele pode ser útil para estimular o diálogo, para aliviar a ansiedade do paciente e para oportunizar um período de tempo no qual o paciente consegue processar uma informação ou responder uma pergunta. (TIMBY, 2001).

Vaughans (2012). Lista as características da comunicação terapêutica:

- Confiança e honestidade para não dar falsas esperanças;
- Privacidade e confidencialidade durante a interação e fora dela;
- Respeito e cortesia;
- Empatia mostrando compreensão e aceitação da situação do paciente.



## CAPÍTULO VII

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de enfermagem é uma estruturada organização de saúde para a prestação de cuidados de enfermagem com efetividade e segurança para o paciente; embora cada uma das cinco fases sirva a um propósito do processo, a interação entre elas permite um plano de cuidados dinâmico em constante avaliação e aberto as mudanças necessárias de acordo com as respostas observadas no paciente (VAUGHANS, 2012).

Com a organização das atividades realizadas pela equipe de enfermagem; observa-se uma melhora na qualidade da assistência prestada e permite a caracterização do corpo de conhecimento da profissão (TANNURE; PINHEIRO; 2019).

Desenvolver uma comunicação efetiva e terapêutica não é um processo fácil; contudo não se trata de características intrínsecas de uma determinada pessoa, ela requer muita disciplina, foco e atitude: tentar não apenas fazer, mas também escutar, perceber, compreender e identificar as necessidades do paciente e só a partir de aí planejar as ações (LEÃO,2010).

Como se sabe escutar não é apenas ouvir, mas também, é ficar em silêncio, utilizar gestos e expressões para que a interação. Perceber não é apenas olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro: sociais, espirituais, culturais e emocionais. Tudo isso está presente no processo de comunicação terapêutica, a qual nos interessa como meio de efetivação das tecnologias de saúde utilizadas na SAE.

Tem-se na SAE uma metodologia de trabalho construída a partir de bases teóricas da enfermagem, com seu desenvolvimento padronizado por normatizações internacionais também desta profissão, com finalidade de ter uma linguagem escrita comum a todos da área; sendo, portanto, uma tecnologia dura que para atingir um resultado planejado. Ela depende de uma sintonia com todos os tipos de comunicação, para obter o resultado satisfatório no cuidado ao cliente.



A tecnologia leve dura do processo de enfermagem está no saber do profissional, em todo o conhecimento que ele possui para desenvolver um instrumento de trabalho e exercer a assistência de acordo com as exigências da sua legislação profissional.

A tecnologia leve; é o elo de todo o cuidar. Com a base do cuidado centrado no paciente, a maneira de se comunicar faz parte desta tecnologia; como o paciente recebe e sente a mensagem, influencia diretamente no bom andamento da assistência.

Franco; Merhy (2012), definiram as tecnologias leves como aquelas que o trabalho é vivo e está pautado nas relações humanas, a base para a assistência de enfermagem é este trabalho onde a interação enfermeiro/paciente é imprescindível para o sucesso da ação pretendida.

Vê-se comunicação em todo esse processo de cuidar, sendo uma técnica para uma assistência de enfermagem efetiva. Pode-se dizer que a comunicação terapêutica é uma tecnologia leve, que serve além de servir de instrumento para a efetivação das outras tecnologias de saúde do processo de enfermagem; pode interpretada e sentida pelo cliente, família e comunidade como um acolhimento, uma ambiência e porque não como uma humanização em todas as suas características.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Alba L. **Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC.** Acta Paulista Enfermagem 2009; pg. 22 In: <https://www.scielo.br/pdf/apv/v22nspe/03.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2020.
- COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEN Nº358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html). Acesso em: 30 out. 2020.
- COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEN Nº429/2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-4292012_9263.html). Acesso em: 29 out. 2020.
- COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União, seção 1, Brasília/DF, 26 de junho de 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm). Acesso em: 30 nov. 2020.
- COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 0514/2016. **Guia de Recomendações Para Registro De Enfermagem No Prontuário Do Paciente e Outros Documentos De Enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%830-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2020.
- FORTES, Júlia I. **O ser humano.** In: Fundamentos da Enfermagem. KAWAMOTO, Emília E. Fortes, Julia I., TOBASE, Lucia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2018.
- FRANCO, Túlio B. MERHY, Emerson F. **Cartografias do Trabalho e Cuidados em Saúde.** Brasília: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva Potencialidades e inovações nos processos de trabalho. Vol.06 nº 02. 2012.
- GARCIA Telma R. Cipe® E Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: 78º Semana Brasileira de Enfermagem: **Boas Práticas de Enfermagem e a Construção de uma Sociedade Democrática;** 12 a 20 de maio de 2017. Disponível em : <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/CIPE-Flóripa.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.



- GRABOIS, Victor. **Gestão do Cuidado.** Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_320215091.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf). Acesso em: 23 de out.2020.
- KAWAMOTO, Emília E. Saúde. In: Kawamoto, Emília E. FORTES, Julia I. TOBASE, Lucia **Fundamentos de Enfermagem.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2018.
- LEÃO, Eliseth R. Boas Práticas de comunicação em enfermagem. In: VIANA, Dirce, L. (org.). **Boas Práticas Em Enfermagem.** São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2010.
- NETINNA, Sandra M. **Prática de Enfermagem.** 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. NISHIO, Elisabeth A.; FRANCO, Maria T. G.; **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- TAKAHASHI, Regina, T. Sistema de Informação em Enfermagem. In: KURCGAT, Paulina, (org.). **Administração em Enfermagem.** São Paulo: EPU,1991.
- TANNURE, Meire C; PINHEIRO, Ana M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
- TIMBY, Barbara K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem.** 6ª edição. Porto alegre: Artmed, 2001.
- VAUGHANS, Bennita W. **Fundamentos da Enfermagem Desmistificados.** Porto Alegre: AMGH, 2012.

# O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

