

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: PROPOSTA DE UM MODELO ATUAL.

Ana Paula Boaventura¹

¹ Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde
Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova São José dos Campos-SP – CEP 12244-000
e-mail: prof_anaboa@hotmail.com

Resumo- A sistematização da assistência de enfermagem é definida como um método para a organização e prestação dos cuidados de enfermagem, constituído por cinco fases sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução de enfermagem. A evolução de enfermagem constitui o registro executado pelo enfermeiro, do processo de avaliação das alterações apresentadas pelo paciente e dos resultados das ações de enfermagem planejadas e implementadas relativas ao atendimento das suas necessidades básicas. O presente trabalho tem por objetivo a elaboração de um modelo de evolução de enfermagem com ênfase na descrição detalhada do exame físico, visando contribuir para o aprendizado na realização da evolução de enfermagem pelos alunos de graduação e o de permitir a atualização dos profissionais enfermeiros que utilizam esse instrumento na prática diária da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem, evolução de enfermagem, registros.
Área do Conhecimento: Saúde

INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem é definida como um método para a organização e prestação dos cuidados de enfermagem e é constituído por cinco fases sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução de enfermagem (ARAÚJO et al, 1996)

Evolução de Enfermagem tem como definição um registro feito única e exclusivamente pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, desse registro devem constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (COREN, 1999).

Para Horta (1979) a evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, ou seja, uma avaliação global do plano de cuidados.

A evolução de enfermagem constitui o registro executado pelo enfermeiro, do processo de avaliação das alterações apresentadas pelo paciente e dos resultados das ações de enfermagem planejadas e implementadas relativas ao atendimento das suas necessidades básicas (FRIEDLANDER, 1981).

Segundo Horta (1979) e Campedelli et al (1989) a evolução de enfermagem deve conter a seguinte ordem: data, hora, tempo de internação, motivo da internação, diagnóstico médico, discriminação seqüencial do estado geral do paciente seguindo a ordem do exame físico, descrição dos procedimentos invasivos

realizados, descrição dos cuidados prestados aos clientes e apoio psicológico, descrição das eliminações e secreções e ao final assinatura do enfermeiro e número do registro no conselho de classe.

Na prática o que vemos é uma grande dificuldade dos profissionais enfermeiros e dos alunos de graduação em enfermagem, para realizar a evolução de enfermagem que na maioria das vezes se confunde com as anotações de enfermagem.

As anotações de enfermagem devem conter frases curtas, informações objetivas do cuidado, sinais e sintomas dos pacientes, ação e efeito das intervenções sempre precedidos de data e hora em que foram realizados os cuidados e proceder sempre a assinatura e o número do registro no conselho de classe (COREN, 2000).

O que vemos atualmente também é o desuso da evolução de enfermagem principalmente na descrição seqüencial do exame físico que está sendo substituído por instrumentos específicos tipo *check-list* que são preenchidos diariamente. É claro que essa prática visa facilitar e agilizar as atividades do enfermeiro na documentação de enfermagem, mas não podemos deixar de enfatizar a importância da realização da evolução de enfermagem principalmente em locais onde estes instrumentos para documentação específica ainda não existem.

Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo a elaboração de um modelo de evolução de enfermagem com ênfase na descrição detalhada do exame físico, visando contribuir para o aprendizado da realização da evolução de enfermagem para os alunos de graduação e o de permitir a atualização dos

profissionais enfermeiros que utilizam desse instrumento na sua prática da assistência de enfermagem.

MÉTODOS

Para elaboração do modelo proposto de Evolução de Enfermagem foi realizada uma busca de referências bibliográficas sobre o assunto em bases de dados nacionais utilizando como termos de busca: “*sistematização da assistência de enfermagem, evolução de enfermagem e registros de enfermagem*”.

Foram selecionados os artigos mais relevantes, mas nenhum dos artigos apresentou um modelo de evolução de enfermagem, e sim apenas a estrutura de uma Evolução de Enfermagem.

RESULTADOS

Foram encontradas dez referências relacionadas a registros de enfermagem e que citavam a evolução de enfermagem, desses foram selecionados quatro artigos que contribuíram para a elaboração desse trabalho.

Para elaboração deste modelo de evolução de enfermagem foi utilizada a ordem seqüencial proposta por Horta (1979) e Campedelli et al (1989). O presente modelo utiliza terminologias para descrição detalhada do exame físico de um paciente normal, já que são inúmeras as alterações e os sinais e sintomas que os pacientes podem apresentar durante a sua doença.

O modelo proposto no presente trabalho está apresentado a seguir:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Dados de identificação do paciente

Dados da internação (diagnóstico médico, data internação, motivo da internação)

Data e horário da evolução de enfermagem

Paciente orientado, movimentos oculares bilateralmente iguais, sem nistagmo, pupilas isocóricas reativas à luz e acomodação direta e consensualmente, acuidade visual e auditiva normais, identificação correta de cheiros em ambas as narinas, reflexo de náusea presente, sorriso simétrico, franzido e rugas da testa simétricos, inflação igual das bochechas, movimentos temporo mandibulares articulares uniforme sem dor e aproximação correta, língua na linha média sem tremores, elevação simétrica do palato mole e da úvula durante a fonação, força e movimentos simétricos do músculo do pescoço. Cabeça normocefálica, simétrica e arredondada, posicionada na linha média e ereta sem nódulos, linfonodos pequenos, arredondados, moles, móveis e não doloridos nem sensíveis; pulso carotídeo palpável

bilateralmente, sem sopros. Traquéia reta na linha média, pulsações palpáveis na incisura supraesternal, linfonodos não palpáveis em área supraclavicular, istmo da tireóide fino e móvel, lobos da tireóide não palpáveis. Narinas permeáveis, mucosa nasal úmida, rosada, sem desvios lesões ou pólipos no septo, à palpação dos seios paranasais ausência de pontos doloridos. Mucosa oral rosada, úmida e regular, sem lesões ou inflamação, gengivas rosadas, úmidas sem áreas esponjosas ou edemas, 32 dentes com oclusão correta, língua rosada ligeiramente áspera com uma depressão na linha média, palatos rosados com linhas simétricas. Olhos brilhantes, claros e simétricos, as pálpebras se fecham completamente, ausência de lesões, descamação ou inflamação, conjuntiva palpebral rósea e conjuntiva bulbar clara sem edema secreção ou vasos sanguíneos hiperemiados, esclerótica branca e clara, córnea e câmara anterior claras e transparentes, iluminação de toda a íris. Orelhas posicionadas quase verticalmente alinhando-se com o olho, têm coloração equivalente à facial, tem formas semelhantes e são proporcionais a face, ausência de secreção, nódulos ou lesões, à palpação do ouvido e processo mastóide ausência de inchaço, nódulos ou lesões. Tórax posterior com tom uniforme da pele, colocação simétrica de todas as estruturas, altura bilateralmente igual dos ombros, expansão simétrica à inspiração, nenhum uso de músculos acessórios, diâmetro lateral até o dobro do diâmetro antero-posterior, processos espinhosos corretamente alinhados sem lesões nem pontos doloridos ou sensíveis, músculos firmes e simétricos com espaçamento uniforme, superfície do tórax lisa, ausência de lesões, caroços ou dor, expansão e contrações torácicas simétricas, à palpação frêmito-tátil vibrações igualmente intensas de ambos os lados do tórax, à percussão ressonante sobre os pulmões, à ausculta pulmonar sons broncovesiculares entre as escápulas e sons vesiculares na periferia pulmonar, no tórax anterior tom uniforme da pele, colocação simétricas das estruturas, ângulo costal simétrico menor que 90°, expansão simétrica à inspiração, nenhum uso de músculo acessório, superfície regular, ausência de lesões, nódulos ou dor, expansão e contração simétrica do tórax, à palpação do frêmito tátil vibrações igualmente simétricas de ambos os lados. À ausculta sons broncovesiculares sem ruídos adventícios. Mamas simétricas convexas de aparência semelhantes com pele macia e lisa, padrões venosos bilaterais, axilas simétricas com quantidade variável de pêlos, mamilos no mesmo nível do tórax e da mesma coloração, linfonodos não palpáveis em axilas, mamas com tecidos lisos sem massas tumorais, recessos, fissuras, áreas com endurecimento ou corrimento.

Ausência de pulsações visíveis em veias jugulares, impulso apical presente, sons cardíacos B1 e B2 com ritmo regular e frequência adequada, sopros ausentes. Pulsos fortes e regulares femorais e membros superiores e inferiores bilateralmente. Abdome com contorno achatado ou arredondado simétrico, pele sem lesões, estrias ou erupções cutâneas ou ondas peristálticas visíveis, sons intestinais normais em todos os quatro quadrantes, percussão maciça sobre o fígado e timpânica sobre todo o restante do abdome, à palpação órgãos não doloridos nem sensíveis, sem massas tumorais, rins sólidos, firme e lisos (se palpáveis), fígado não palpável ou firme, indolor com borda arredondada a 1cm do rebordo costal direito, baço não palpável. Genitália feminina: inspeção e palpação da vulva, formados pelos grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, meato da uretra, intróito vaginal, glândulas e ducto de Bartholin, períneo, vagina, morfologia sem alterações, sem lesões e a distribuição de pêlos simétricas em formato de triângulo invertido, coloração rosada, corrimento vaginal e prolapso uterino, edemas, varicosidades e prurido, Pequenos e Grandes Lábios observa-se: simetria, aspecto e alterações da pele, desenvolvimento compatível com a idade, consistência de tecidos normal, os grandes lábios são simétricos, textura homogênea e consistência macia, ausência de leucoplasias; atrofia, exsudações, edemas, lesões, parasitas e nódulos. Uretra Normal Localizada posteriormente ao clitóris. Tem a mesma coloração rosada das membranas que o cercam. Não há drenagem de secreções, ausência de eritemas; hiperemia; dor à palpação; Orifício vaginal Normal: Localiza-se imediatamente após o meato uretral, abertura fina vertical ou grande com bordas irregulares, ausência de cistocele, retocele, corrimento vaginal; Períneo Normal, ausência de roturas ou fistulas. Genitália masculina: compreende o pênis, bolsa escrotal, testículos, epidídimos, o cordão espermático, a próstata e as vesículas seminais, as regiões inguinais normais, ausência de linfonodos, região perineal e pélvica sem alterações ou lesões; pênis com prepúcio ao ser tracionado permite a exposição completa da glande, ausência de fimose, parafimose, lesões e ulcerações; Glande, ausência de área de endurecimento fibroso; Meato uretral localizado na ponta da glande, ausência de estenose, hipospádia e epispádia; Uretra: não é dolorida a palpação, não existe drenagem de secreção no momento da expressão da uretra ausência de áreas endurecidas e estenose de uretra, Escroto observa-se a simetria da pele ausência de úlceras, presença dos testículos e ausência de outras massas escrotais, escoriações da pele, lesões, dor, massas, nódulos, assimetria,

neoplasias, edemas, varicocele, hidrocele, hérnias, criptorquidias; Períneo: é simétrico e sem lesões Braços de cor e textura uniforme, sem lesões, turgor elástico, massa muscular bilateralmente igual, mãos firmes, sem tremores ou desvio pronador, força e capacidade de fazer força para cima e para baixo contra resistência simétricas, articulações livremente móveis e suaves, sem edemas. Pernas de coloração uniforme da pele, crescimento simétrico dos pêlos e unhas, ausência de lesões e varicosidades, sem edema, massa muscular bilateralmente iguais, ausência de creptações à movimentação e de localização, reação reflexa normal. Pés e artelhos ausência de nódulos ou lesões, marcha firme, bom equilíbrio, postura firme com oscilação mínima.

-descrição de procedimentos invasivos realizados
-descrição dos cuidados prestados
-aspectos psicossociais
-descrição das eliminações e secreções
-exames laboratoriais e de imagens
Assinatura e número do registro no conselho de classe.

CONCLUSÃO

A utilização de novos modelos e referenciais que facilitem o registro dos cuidados de enfermagem deve ser enfatizada porque contribuem para a melhoria da documentação da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, IEM. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador, relato de experiência. São Paulo: **Acta Paul Enf** 1996; 9:18-25.
- CAMPEDELLI, MC et al. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática, 1989.
- COREN-SP. Conselho Regional de enfermagem-SP. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo, 1999.
- COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem -SP. Sistematização. 2000. 26:12-3.
- FRIEDLANDER, MR. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. São Paulo: **Rev Esc Enf USP**, 1981; 15:129-34.
- HORTA, WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

