



Sistematização da Assistência de Enfermagem

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Mariana Bianchi

Giovana Pimentel Gurgueira

© 2018 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Danielly Nunes Andrade Noé

Grasiele Aparecida Lourenço

Isabel Cristina Chagas Barbin

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Marcia Cristina Aparecida Thomaz

Editorial

Camila Cardoso Rotella (Diretora)

Lidiane Cristina Vivaldini Olo (Gerente)

Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)

Leticia Bento Pieroni (Coordenadora)

Renata Jéssica Galdino (Coordenadora)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bianchi, Mariana
B577s Sistematização da assistência de enfermagem / Mariana
Bianchi, Giovana Pimentel Gurgueira. – Londrina : Editora e
Distribuidora Educacional S.A., 2018.
184 p.

ISBN 978-85-522-0697-2

1. Enfermagem - Prática. 2. Diagnóstico de enfermagem.
3. Cuidados com o doente. I. Bianchi, Mariana. II. Gurgueira,
Giovana Pimentel. II. Título.

CDD 610.73

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2018
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Teorias de enfermagem	7
Seção 1.1 - Teorias de enfermagem	9
Seção 1.2 - Processo de enfermagem	19
Seção 1.3 - Primeira etapa do processo de enfermagem: investigação	30
Unidade 2 Etapas da sistematização de enfermagem I	47
Seção 2.1 - Exame físico	49
Seção 2.2 - Segunda etapa do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem	58
Seção 2.3 - Classificação das práticas de enfermagem	72
Unidade 3 Etapas da sistematização de enfermagem II	89
Seção 3.1 - Taxonomia Nanda: classificação dos diagnósticos de enfermagem	90
Seção 3.2 - Terceira etapa do processo de enfermagem: planejamento	100
Seção 3.3 - Quarta etapa do processo de enfermagem: implementação	111
Unidade 4 Etapas da sistematização de enfermagem III	127
Seção 4.1 - Taxonomia NIC – Classificação de intervenções de enfermagem	129
Seção 4.2 - Quinta etapa do processo de enfermagem: avaliação	141
Seção 4.3 - Sistematização da assistência de enfermagem - indicadores de saúde	158

Palavras do autor

Caro aluno, seja muito bem-vindo! Você está prestes a ingressar na disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Acreditamos que esteja se questionando sobre qual é a importância deste conteúdo para o seu futuro profissional. A SAE é o alicerce da atuação do enfermeiro, fornecendo bases para fortalecer o julgamento e a tomada de decisão. O profissional enfermeiro deve dominar o conhecimento técnico científico para assegurar a implementação e garantir a qualidade de assistência nas áreas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos.

Este material possui como competência geral conhecer a evolução histórica da SAE, as teorias e as fases do processo de enfermagem. As competências técnicas a serem desenvolvidas são conhecer e compreender as fases de investigação, diagnóstico, implementação e avaliação do processo de enfermagem para desenvolver o planejamento da assistência em enfermagem.

Nas unidades, apresentaremos as teorias que servem como base para implementar o processo de enfermagem, cada uma das etapas deste processo e suas particularidades, bem como formas de avaliar e aprimorar a assistência. Na Unidade 1, abordaremos as teorias e o processo de enfermagem e introduziremos a primeira etapa deste processo (investigação). Na Unidade 2, estudaremos o exame físico de enfermagem dentro de cada sistema do organismo, a segunda etapa do processo de enfermagem (diagnóstico) e a classificação das práticas de enfermagem. Na Unidade 3, analisaremos a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e abordaremos a terceira e a quarta etapa do processo (planejamento e implementação). Na Unidade 4, discutiremos a classificação de intervenções de enfermagem NIC, a quinta etapa do processo (avaliação) e as formas de medir a qualidade da assistência de enfermagem.

Prezado aluno, o conhecimento adquirido ao final desta disciplina será uma oportunidade única e ímpar de contribuir na sua carreira profissional!

Bons estudos!

Teorias de enfermagem

Convite ao estudo

Prezado aluno! Após uma breve conversa no início deste livro, que foi destinada à apresentação da disciplina, chamamos sua atenção para os principais temas abordados nesta unidade.

Estudaremos a história e a estruturação das teorias da enfermagem, quais são os níveis de teorias, como deve ser feita a sua escolha e por que escolher teoria. Através deste conteúdo, garantiremos o objetivo da competência geral: conhecer a evolução histórica da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), suas teorias e as fases do processo de Enfermagem, e da competência técnica: conhecer e compreender as fases de investigação e diagnóstico de enfermagem para desenvolver o planejamento da assistência em enfermagem. Como resultado de aprendizagem, o aluno deverá ser capaz de elaborar a primeira e a segunda etapa da SAE de um caso clínico.

Para auxiliar na construção deste conhecimento, será apresentado um contexto de aprendizagem, o qual possui como finalidade aproximar os conteúdos teóricos com a prática. Leia com atenção!

Você foi contratado para gerenciar o serviço de enfermagem de um hospital-escola de uma cidade do interior que é referência para uma região de cerca de 500 mil habitantes. Sua capacidade instalada é de 400 leitos, sendo 200 deles destinados ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital tem uma média mensal de 18 mil consultas, 10 mil atendimentos em urgências e emergências e mais de 1,5 mil internações. Possui diversas

especialidades médicas, com uma equipe multidisciplinar altamente capacitada e qualificada. Vários cursos de graduação de diferentes faculdades realizam estágio neste hospital. Para a enfermagem, a instituição hospitalar é um local de grande aprendizado. Agora que você já se familiarizou com o contexto, vamos estudar para que possamos nos preparar para o nosso dia a dia.

Nesta unidade, poderemos refletir sobre alguns questionamentos que embasam o serviço de enfermagem: para que servem as teorias de enfermagem? Como implementar o processo de enfermagem no cotidiano? Como o enfermeiro deve realizar uma investigação dentro do processo de enfermagem?

Vamos começar?

Seção 1.1

Teorias de enfermagem

Diálogo aberto

Estimado aluno, estudaremos a partir de agora sobre as teorias de enfermagem. Para isso, apresentaremos o contexto de aprendizagem destacado no Convite ao estudo, sobre um hospital-escola de uma cidade do interior que possui diversas especialidades médicas, com uma equipe multidisciplinar altamente capacitada e qualificada.

No setor de internação cirúrgica de adultos, são admitidos pacientes nos períodos de pré e pós-operatório. Alunos de graduação em enfermagem que fazem estágio neste hospital ficaram responsáveis por cuidar do paciente A.S., 65 anos, sexo masculino, viúvo, com antecedente de câncer de cólon, que se encontrava no primeiro dia de pós-operatório de uma colostomia definitiva (intervenção cirúrgica que consiste em seccionar parte do intestino grosso e expô-lo através de uma abertura na parede abdominal anterior, para a saída de fezes). No final do plantão, a professora Maria solicitou ao aluno: levante entre as teorias de enfermagem uma que apresente conceitos que trabalham com o indivíduo inserido no processo saúde-doença e elabore um relatório, relacionando a sua escolha às informações descritas nesse caso clínico. Que estratégia pode ser utilizada para implantar uma teoria de enfermagem na prática?

Não pode faltar

História das teorias da enfermagem

Impossível falar sobre teorias de enfermagem sem nos remetermos à Florence Nightingale, figura de origem da enfermagem moderna. Ela afirmava que a enfermagem exigia conhecimentos distintos da medicina, concebendo uma profissão baseada em reflexões e questionamentos, tendo por finalidade construí-la sob um fundamento de dados científicos diferentes do modelo biomédico.



Teoria é uma ideia nascida proveniente de alguma hipótese ou suposição, a respeito de uma determinada realidade. Também pode ser explicada como a forma de pensar e entender um acontecimento a partir da sua observação.

A despeito da forte influência de Florence Nightingale, a enfermagem permaneceu por muito tempo sendo exercida dentro de um perfil imediatista, voltado para a doença e não para o indivíduo. A profissão era praticada sob a mesma visão dos médicos, o que persistiu por várias décadas.

No entanto, sob a influência de fatores históricos (guerras mundiais, revoluções, desenvolvimento educacional e tecnológico, alterações políticas), os enfermeiros começaram a refletir sobre a prática da enfermagem e como eles se inseriam nela. A partir disso, surgiu a consciência quanto à necessidade em se aprimorar a formação profissional com fins a melhorar a qualidade da assistência. Os enfermeiros compreenderam então a necessidade de criar um corpo específico e organizado de saberes sobre o cuidar em enfermagem.

Vários modelos de teorias foram apresentados aos enfermeiros brasileiros, entre eles: necessidades humanas básicas de Horta, autocuidado de Orem, cuidado cultural de Leininger, adaptação de Roy. Desses, os mais empregados nas áreas assistencial e de pesquisa a partir da década de 1980 foram os de Horta e de Orem.

A influência da enfermeira Wanda de Aguiar Horta no ensino da enfermagem no Brasil é evidente. O estudo de sua obra faz parte da grade curricular de todas as escolas de graduação em enfermagem do Brasil. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta é considerada o ponto alto de seu trabalho e a síntese de todas as suas pesquisas, o modelo teórico mais popular e empregado em nosso país (HORTA, 1979).

Baseada nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, Horta propõe uma metodologia científica para o processo de enfermagem, enfocando o ser humano como integral na busca do equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual. A autora fez uso da teoria da motivação humana de Maslow, baseada nas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979).

Maslow distribuiu as necessidades humanas básicas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização.

Entretanto, Horta optou por usar a classificação de necessidades em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As duas primeiras são comuns aos seres vivos nos diferentes aspectos de sua complexidade orgânica, mas a psicoespiritual é característica do homem na situação atual (HORTA, 1979).

As necessidades são universais e estão inter-relacionadas, no entanto, cada ser humano as expressa de maneira diferente, dependendo da situação socioeconômica e cultural, nível de escolaridade, ambiente, história de vida e idade, entre outros fatores. É essencial que o enfermeiro perceba o ser humano como um todo (corpo, mente e espírito). Quando o corpo ou a mente padece, o indivíduo é afetado em sua totalidade. Não se deve, portanto, focar somente as partes que o incomodam; ele precisa ser valorizado nos seus aspectos sociais e emocionais, para que o seu processo de atendimento se torne individualizado e humanizado.

Horta também propunha o processo de enfermagem como forma de organização e direcionamento da assistência de enfermagem em seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e o prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

O autocuidado foi citado pela primeira vez, na área da enfermagem, em 1958, quando a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir sobre os motivos que levam os indivíduos a necessitarem de assistência da enfermagem e podem ser auxiliados por ela. A partir deste pensamento, estabeleceu a sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral formada por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado (descreve e esclarece o autocuidado); a teoria do déficit do autocuidado (explica os motivos pelos quais a enfermagem pode ajudar as pessoas); e a teoria dos sistemas de enfermagem (expõe as relações imprescindíveis para constituir e conservar para que se dê a enfermagem).

Orem destaca a importância do engajamento do cliente para o autocuidado, para permitir que indivíduos, família e comunidade assumam responsabilidades no desenvolvimento concreto de seu próprio cuidado com direção à melhora da qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Ao longo de seu estudo, Orem explana o metaparadigma de enfermagem dos seres humanos, saúde, enfermagem e sociedade. A estudiosa define as três etapas do processo de enfermagem como (1) diagnóstico e prescrição, (2) definições de um sistema de enfermagem

e do planejamento para o fornecimento do cuidado e (3) produção e controle dos sistemas de enfermagem. Este processo é paralelo à investigação, ao diagnóstico, ao planejamento, à implementação e à avaliação do processo de enfermagem (GEORGE, 2000).



Pesquise mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre as principais teorias de enfermagem, leia o artigo:

ALCÂNTARA, M. R. et al. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Blumenau, v. 2, n. 2, p. 115-132, maio-out. 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99/317>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

Estruturação das teorias de enfermagem

As teorias servem para o enfermeiro estruturar com embasamento científico o cuidado de enfermagem. O cuidado varia de acordo com a clientela assistida e sua complexidade.



Assimile

Teoria de enfermagem é um conceito articulado e informado, de um fato instituído ou descoberto dentro da enfermagem, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Para ser considerada completa, uma teoria de enfermagem deve conter:

Quadro 1.1 | Componentes das teorias de enfermagem

Contexto	Conteúdo	Processo
Ambiente onde é executada a assistência de enfermagem	Assunto da teoria	Método de atuação da enfermagem

Fonte: adaptado de Tannure e Pinheiro 2011, p. 19.

Além disso, as teorias possuem elementos básicos que concebem o conteúdo nuclear desse estudo, designados metaparadigmas da enfermagem:

Quadro 1.2 | Metaparadigmas da enfermagem

Pessoa	Saúde	Ambiente	Enfermagem
Quem recebe o cuidado (indivíduo, família, comunidade, entre outros grupos)	Finalidade da assistência de enfermagem, refere-se ao bem-estar da pessoa	Local em que se encontra quem recebe o cuidado	Ciência do cuidado realizado por meio de um processo de trabalho pelo enfermeiro

Fonte: adaptado de Tannure e Pinheiro 2011, p. 19.

Esses metaparadigmas são um conjunto de informações provenientes do indivíduo, que servem para analisar seu problema e escolher a melhor intervenção da solução deste problema.



Refleta

As teorias de enfermagem devem nortear a atuação dos enfermeiros, de maneira que eles sejam os responsáveis pelos cuidados prestados aos clientes, não mais cumpridos de forma sem caráter científico. Qual é a importância disso para a enfermagem?

Níveis de teorias

As teorias de enfermagem estão classificadas em quatro níveis:

Nível I: isolamento dos fatores - descreve ou classifica ocorrências e/ou fatos.

Nível II: relacionamento de fatores - correlaciona ocorrências e/ou fatos.

Nível III: relacionamento de situações - esclarece e prevê a inter-relação das situações.

Nível IV: prescreve ações - vai além de descrever, classificar, correlacionar e prever.



Exemplificando

Nível I - o enfermeiro descreve o surgimento de hiperemia na região sacral do cliente.

Nível II - o enfermeiro correlaciona a hiperemia à condição do cliente estar acamado, ser desnutrido, entre outras condições que predisõem a lesão por pressão.

Nível III - o enfermeiro prevê a necessidade de uma intervenção rápida para a regressão da hiperemia, caso contrário, a sua evolução será prejudicial ao cliente.

Nível IV - o enfermeiro prescreve ações para minimizar a evolução da hiperemia, entre elas, a mudança de decúbito, hidratação da pele, uso de colchão piramidal.

Escolha da teoria

Nos estabelecimentos de saúde, o modelo de cuidado seguido deve ser construído por toda a equipe de enfermagem, apoiado nos referenciais de enfermagem. Nos serviços, o modelo adotado constituirá o cuidado humano e científico que se espera da enfermagem.



Exemplificando

Um enfermeiro que atua em um programa de saúde da família deverá sistematizar a sua assistência tendo como base uma teoria que conceitue os metaparadigmas da enfermagem:

- Pessoa: como sendo o indivíduo, família, comunidade.
- Saúde: de acordo com as diretrizes do programa de saúde da família.
- Ambiente: englobando a comunidade em que a pessoa vive.
- Enfermagem: como agente de promoção da saúde.

Assim, torna-se indispensável que os enfermeiros estudem as teorias de enfermagem, avaliando os conceitos e a congruência com seu cotidiano de trabalho. Além disso, ao escolher uma teoria, é essencial saber se os enfermeiros estão preparados para realizar as atividades indicadas por essa teoria.

Por que escolher teoria?

A Resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo

de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Ao enfermeiro compete a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, de modo a alcançar os resultados esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas.

Em seu art. 3º, consta que:

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.



Isto significa que a teoria funciona como um alicerce estrutural para a execução da SAE, que por sua vez requer uma metodologia para ser implementada.



Pesquise mais

A Resolução COFEN nº 358/2009 revoga a Resolução COFEN nº 272/2002 e para saber mais, acesse o conteúdo na íntegra:

COFEN. **Resolução COFEN nº 358/2009**, 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/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 ago. 2017.

Sem medo de errar

No setor de internação cirúrgica de adultos, frente ao caso do paciente A.S., 65 anos, sexo masculino, viúvo, com antecedente de câncer de cólon, que se encontrava no primeiro dia de pós-operatório de uma colostomia definitiva: qual teoria de enfermagem você escolheria para trabalhar com o indivíduo inserido no processo saúde-doença? Que estratégia pode ser utilizada para implantar uma teoria de enfermagem na prática?

O Enfermeiro deve ter uma visão holística sobre o processo saúde e doença relacionado aos pacientes. Indivíduos ostomizados possuem alteração da imagem corporal, alterando assim a qualidade de vida deste paciente no processo de recuperação. Diversos fatores influenciam o seu autocuidado, bem como a adesão e a motivação para o tratamento e as intervenções propostas.

A teoria do autocuidado, de Dorothea Orem, poderia ser escolhida para fundamentar o processo de enfermagem nesse caso. Essa teoria propõe um sistema de ajuda para o autocuidado: quando o paciente apresenta um déficit de autocuidado ou não possui condições de realizá-lo, a enfermagem relaciona a educação em saúde, com o propósito de tornar o paciente independente (GEORGE, 2000).

No caso exposto anteriormente, o paciente A.S. precisa desenvolver o autocuidado. A continuação do cuidado é mantida com a ajuda dos membros da família ou responsáveis pelo cuidado para a atuação nos momentos atuais e futuros. Avalia-se, então, o potencial do paciente para o desenvolvimento do autocuidado. Posteriormente, é feita a preparação do paciente, da família ou do responsável pelo autocuidado para se tornar independente da atuação do enfermeiro. Neste momento, são acordadas com o paciente as demandas requeridas por ele e os fatores passíveis de interferir nesse novo ajuste.

Avançando na prática

Aplicação prática de uma teoria de enfermagem

Descrição da situação-problema

C.F.D., 15 anos, idade gestacional de 33 semanas e 2 dias, gestação gemelar, primigesta, nenhum aborto prévio, internada há uma semana na enfermaria de alto risco do hospital mencionado, com diagnóstico de trabalho de parto prematuro. Referiu sentimentos divergentes com relação à gestação, manifestados pela ansiedade de ter seus bebês em seus braços, para com o cuidado com eles e o medo de não saber o que acontecerá com ela ou com seus filhos em uma situação considerada de alto risco. Qual teoria de enfermagem você escolheria para trabalhar com esta adolescente?

Resolução da situação-problema

A teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta poderia ser escolhida para fundamentar o processo de enfermagem neste caso. Ela está baseada na teoria da motivação humana de Maslow. As referidas necessidades foram por ele hierarquizadas em cinco níveis: 1. fisiológicas, 2. de segurança, 3. de amor, 4. de estima, 5. de autorrealização. Um indivíduo só passa a procurar satisfazer as necessidades de um determinado nível após um mínimo de satisfação das anteriores. Diante da complicação obstétrica e da condição de internação hospitalar, a gestante se torna vulnerável e sujeita a enfrentar necessidades. Como apresentado no quadro, as necessidades vivenciadas pela gestante puderam ser classificadas em psicossociais, de acordo com Horta (1979).

Faça valer a pena

1. Nos estabelecimentos de saúde, o modelo de cuidado seguido deve ser construído por toda a equipe de enfermagem, apoiado nos referenciais de enfermagem. O enfermeiro deve ser capaz de estruturar com embasamento científico o cuidado de enfermagem.

Para implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de hemodiálise, os enfermeiros devem inicialmente adotar um marco conceitual que baseie a prática assistencial que o serviço deseja alcançar. Este marco denomina-se:

- a) Processo de enfermagem.
- b) Manual de normas e rotinas de enfermagem.
- c) Teoria de enfermagem.
- d) Diagnóstico de enfermagem.
- e) Evolução de enfermagem.

2. Wanda Aguiar Horta foi a enfermeira que introduziu os conceitos da enfermagem aceitos no Brasil. Seu trabalho foi reconhecido e implantado em todas as instituições de ensino, pois a sua teoria sobre a enfermagem é a mais aceita entre todas as outras teorias.

A teoria de enfermagem da Dra. Wanda Aguiar Horta é considerada o ponto alto de seu trabalho e a síntese de todas as suas pesquisas, baseada no marco conceitual:

- a) Do autocuidado.
- b) Das necessidades humanas básicas.
- c) Da adaptação do ser humano aos estímulos.
- d) Das relações interpessoais em enfermagem.
- e) Da diversidade e universalidade do cuidado.

3. As teorias de enfermagem são constituídas de conceitos e suas definições visam descrever fenômenos, correlacionar fatores, explicar situação, prever acontecimentos e controlar resultados obtidos a partir das ações de enfermagem. Nesse contexto, os enfermeiros que atuam em um setor de alojamento conjunto, ao escolherem uma teoria de enfermagem para fundamentar o processo de cuidar em seu serviço, devem considerar:

- I. A filosofia da instituição e os pressupostos do modelo teórico a ser adotado.
- II. A necessidade de os enfermeiros se capacitarem para realizarem ações preconizadas pela teoria selecionada.
- III. A importância da articulação dos conceitos saúde, pessoa, ambiente e enfermagem.
- IV. A seleção através de enquetes com os empregadores.

Analise as afirmativas sobre a teoria de enfermagem e assinale a alternativa correta:

- a) Apenas a I está correta.
- b) I e IV estão corretas.
- c) I, II e III estão corretas.
- d) I, III e IV estão corretas.
- e) Apenas a II está correta.

Seção 1.2

Processo de enfermagem

Diálogo aberto

Dando continuidade aos nossos estudos, você verá que o Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta utilizada na prática profissional e sua operacionalização é baseada, dentre outros elementos, em uma teoria de enfermagem, como visto na Seção 1.1.

Agora, acompanharemos a vivência do enfermeiro Jeremias em seu primeiro dia de trabalho na enfermaria da Clínica Médica. Ele foi recepcionado pelo enfermeiro supervisor, porém, este precisou sair por alguns instantes e solicitou que Jeremias iniciasse o PE da paciente que estava sendo admitida na enfermaria. Jeremias admitiu uma mulher de 45 anos, com história de polidipsia e poliúria, glicemia capilar 350 mg/dl, queixa de fortes dores e formigamento nas pernas e pés. Jeremias, ao verificar no relatório médico, observou a hipótese diagnóstica diabetes mellitus tipo II. Ao examiná-la, constatou que a paciente estava orientada, mucosas hiporcoradas, pulmões com murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios e bulhas cardíacas normofonéticas sem sopros. Abdome globoso e flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes. Não avaliou os membros inferiores (MMII), pois ela estava com calça e meias e não queria incomodá-la. Ao elaborar seus diagnósticos de enfermagem, ficou com dúvidas, pois diabetes já era um diagnóstico importante e não pensou em outros. Ao retornar ao setor, o enfermeiro supervisor constatou que Jeremias não seguiu as etapas do processo de enfermagem, e também não concluiu efetivamente a etapa que realizou, por isso não conseguiu dar continuidade ao seu raciocínio clínico, principalmente porque não identificou os diagnósticos de enfermagem. Você acredita que mesmo Jeremias sendo recém-contratado no setor, teria competências para desenvolver o processo de enfermagem? Ele omitiu alguma etapa? Precisamos seguir as etapas do processo de enfermagem para prestar assistência ao paciente?

Estudaremos os materiais sugeridos nesta seção para entender se Jeremias tem competência para executar o processo de enfermagem.

Bons estudos!

Não pode faltar

A palavra processo tem origem no termo latim *processos*. Esse conceito refere-se à ação de dar continuidade ao conjunto das fases sucessivas de um fenômeno natural. De acordo com Ferreira (2010), processo significa *sucessão de operações com vistas a um resultado definido; sistema, método*. Na enfermagem, você compreenderá que o *processo* é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente e é composto por etapas que devem ser estruturadas e estabelecidas nos diversos níveis de atenção à saúde.

Quando consideramos o trabalho de enfermagem como um processo, entendemos que há uma transformação entre um determinado **objeto** (aquilo que se trabalha e quer transformar) em um **produto** (resultado final do trabalho), e essa transformação é possível, pois há a mediação do ser humano (**agentes** transformadores, na enfermagem são os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares) que para realizar o trabalho aplicam alguns **instrumentos** (conhecimento, estrutura física, entre outros). O trabalho ainda possui outros componentes, como sua **finalidade** (motivo pelo qual o trabalho é executado), **método** de trabalho (organização, planejamento do caminho que percorrerá para produzir os resultados) e como **resultado**, o processo de trabalho produz seu produto final. Mesmo que na enfermagem não produzimos um bem tangível e material, o cuidado é uma produção consumida no ato de sua realização.

Ressaltamos que o trabalho de enfermagem é coletivo, pois para produzirmos um resultado por completo, precisamos de diferentes agentes da equipe multiprofissional, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outros. E o uso do PE complementa as ações dos outros profissionais de saúde, enfocando tanto os problemas médicos, como a resposta da pessoa diante de determinada doença, conduta ou tratamento.

O surgimento do Processo de Enfermagem (PE) fundamenta-se em alguns momentos históricos. Em 1955, Yura e Walsh e Lydia Hall, durante uma conferência, afirmaram que a "enfermagem é um

processo”, definindo quatro proposições usuais: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. Em 1961, a expressão “processo de enfermagem” foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando para explicar o cuidado de enfermagem baseado no comportamento do paciente, reação da enfermagem e ação. Em 1963, Virginia Bomey e June Rohberg, sem citar o processo de enfermagem, empregaram termos do processo de enfermagem e apresentaram as fases: dados sociais e físicos, diagnósticos de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico.

Na segunda metade da década de 1960, a enfermeira Wanda de Aguiar Horta baseou-se em sua teoria das Necessidades Humanas Básicas e propôs o processo de enfermagem em seis fases ou passos, os quais são: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

Vários outros autores definiram o processo de enfermagem, mas só na década de 1990, o processo de enfermagem já se desenvolveu em cinco fases ou etapas inter-relacionadas, a quais são: investigação ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento da assistência, intervenção ou implementação da assistência de enfermagem e avaliação ou evolução de enfermagem. Utilizaremos nesse material o processo de enfermagem dividido nessas cinco etapas, conforme o Quadro 1.3.

Quadro 1.3 | Etapas do processo de enfermagem

Primeira etapa	Segunda etapa	Terceira etapa	Quarta etapa	Quinta etapa
Investigação	Diagnóstico de enfermagem	Planejamento	Implementação da assistência de enfermagem	Avaliação

Fonte: adaptado de Tannure, Gonçalves e Carvalho 2011, p. 29.

A primeira etapa do PE é a investigação ou histórico de enfermagem: consiste na coleta de dados para determinar o estado de saúde do cliente. Os dados são investigados de maneira direta (anamnese e exame físico) ou obtidos indiretamente através de familiares, amigos, prontuários de saúde, resultados de exames, entre outros. É extremamente importante nessa primeira etapa

coletar informações buscando evidências que comprovem alguma anormalidade ou fatores de risco que possam estar contribuindo para os agravos de saúde.

A segunda etapa do PE é chamada de diagnósticos de enfermagem. Aqui, o enfermeiro exercerá seu julgamento clínico para analisar e interpretar criteriosamente os dados coletados na investigação diante das respostas e experiências do indivíduo/família/comunidade e problemas de saúde reais ou problemas potenciais (que contribuem para o aumento da vulnerabilidade do indivíduo) e proporciona as bases para a escolha das intervenções de enfermagem para alcançar os resultados esperados pelo enfermeiro (NANDA, 2015).

O planejamento da assistência de enfermagem é a terceira etapa do PE: é a etapa em que ocorre a determinação do plano de cuidados focado nos resultados desejados (metas específicas) e a identificação das intervenções para alcançar os resultados. Nessa etapa, priorizamos quais são os problemas ou as necessidades do cliente que são urgentes.

A quarta etapa do PE consiste na implementação ou intervenção da assistência de enfermagem: é a colocação do plano de ação, ou seja, ações prescritas necessárias para a obtenção dos resultados esperados.

E, por fim, a última etapa do PE é a avaliação ou evolução de enfermagem: é a etapa em que o enfermeiro avalia o alcance dos resultados e, se necessário, revê a prescrição de enfermagem para considerar algumas mudanças. Essa etapa ocorre através da verificação por meio de anotações no prontuário, observação direta da resposta do cliente ao tratamento proposto ou mesmo o relato do cliente.

Nas próximas seções, estudaremos detalhadamente cada etapa do PE.

Embora o processo de enfermagem tenha sido implementado no Brasil desde a década de 1970 e gradualmente incorporado no âmbito de ensino e na prática profissional, passou a ser uma exigência deontológica somente em 2002, com a Resolução COFEN nº 272/2002, na qual foi revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009, que 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.



A Resolução COFEN nº 358/2009, assim como outras legislações para o exercício de enfermagem, encontra-se nesse livreto do Coren/SP.

COREN. **Principais legislações para o exercício da enfermagem.**

Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/principais_legislacoes_web.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

É importante compreendermos que o PE é uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que através do pensamento crítico, reflexivo e raciocínio clínico norteia a tomada de decisões, de resultados e de intervenções. Percebe-se que PE não é sinônimo de documentação de enfermagem, e sim um processo mais abrangente que depende da relação entre enfermeiro-cliente/comunidade, que está sob seus cuidados e manifesta-se através das competências clínicas e interpessoais do enfermeiro.

Para a operacionalização do PE, utilizamos a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), na qual organiza o trabalho profissional quanto ao método, aos recursos pessoais e aos instrumentos. Um exemplo da sistematização da assistência de enfermagem é através dos planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o próprio processo de enfermagem.

Os benefícios da utilização do processo de enfermagem será proporcionar ao enfermeiro um instrumento pragmático e prático, possibilitando-lhes prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, baseado em evidências e ressaltar a sua relevância na sociedade. Assim, algumas propriedades são importantes visando à satisfação dos clientes, tais como: estabelecimento de metas (ser intencional); abordagem organizada (sistemático); não é estagnado e sim um processo contínuo (dinâmico); baseado na interação entre indivíduo, família, outros profissionais (interativo); abordagem interdependente e concomitante (flexível) e baseada em teorias (ou modelos teóricos da área de enfermagem e de outras áreas, para sustentar a operacionalização do PE).

Mesmo sabendo que é na prática profissional que você executará o processo de enfermagem, todo embasamento teórico-prático e sua importância é apresentada durante a graduação.



Embora recém-formado, o enfermeiro Jeremias deveria tomar decisões claras e pertinentes ao uso dessa ferramenta, não devendo ser somente a Resolução COFEN nº 358/2009 a justificativa para tal execução da sua prática profissional.

O processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas (obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado. Requer bases teóricas do campo da enfermagem e de fora dela, como das ciências sociais (CARVALHO; BACHION, 2009).

Algumas características do processo de enfermagem:

- Encontra-se no âmbito legal de enfermagem.
- Baseia-se em conhecimento científico.
- Planejado e sistemático.
- Centrado no paciente.
- Voltado às metas e dirigido aos resultados.
- De baixo custo.
- Tem prioridades.
- É dinâmico, contínuo.
- Propicia provisão do cuidado.
- Promove autonomia profissional.
- Promove a segurança entre paciente e profissional.
- Melhora a qualidade da assistência.

Na medida em que o enfermeiro se engaja no processo de enfermagem para o cuidado de um cliente específico, ele também está sintetizando, simultaneamente, o conhecimento do raciocínio crítico, habilidades, padrões e atitudes.

É importante salientar que as ações de enfermagem devem ser planejadas inicialmente com o paciente, quando este permitir entendimento, a fim de torná-lo participativo, corresponsável pelos seus cuidados e proporcionar a sua humanização. Além desse planejamento, o entendimento com o paciente possibilitará aos profissionais de enfermagem ações menos robotizadas, centradas apenas no cumpridor de tarefas e possibilitará uma prática valorizada na interação com o paciente.



Exemplificando

Você acredita que a prática profissional do enfermeiro é restritamente focada na doença? Como o indivíduo é assistido nas suas dimensões bio-psico-sócio-emocionais? Suas necessidades humanas básicas afetadas são supridas?

Imagine essa situação médica: a Sra. Maria tem dor e edema em todas as articulações (enfoque na doença). O médico a diagnosticou com artrite reumatoide e a prescreveu anti-inflamatórios (enfoque no tratamento). Agora, pense na mesma situação, com os dados do enfermeiro: a Sra. Maria, 65 anos, analfabeta, tem dor e edema em todas as articulações, o que dificulta suas atividades de vida diária, como alimentação e mobilidade. Relata sentir-se um fardo para a família, pois não consegue mais preparar os deliciosos bolos para os netos, o que a deixa muito triste. Sua dor também a incomoda muito para dormir, tendo muita insônia. Também relata incontinência urinária que a deixa muito envergonhada. Assim, necessitamos desenvolver um plano de cuidados para auxiliá-la em sua dor, baixa autoestima, desânimo e sua capacidade funcional comprometida (enfoque holístico, considerando não só a doença, mas também a sua capacidade de compreensão, funcionamento, valorização, autonomia e corresponsabilidade em seu tratamento - enfoque na pessoa).



Pesquise mais

A evolução do processo de enfermagem, seus significados e desafios ao longo dos anos estão apresentados neste artigo:

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan-mar. 2009, p. 188-193. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715321025.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

Vimos que o enfermeiro Jeremias, em seu primeiro dia de trabalho na enfermaria da Clínica Médica, foi incumbido de iniciar o PE de uma mulher de 45 anos, com história de polidipsia e poliúria, glicemia capilar 350 mg/dl. Ela relatava ter engordado muito nos últimos meses e sentir fortes pontadas nas pernas e pés. Você acredita que mesmo Jeremias sendo recém-contratado no setor, teria competências para desenvolver o processo de enfermagem? Ele omitiu alguma etapa? Precisamos seguir as etapas do processo de enfermagem para prestar assistência ao paciente?

O processo de enfermagem é uma ferramenta do trabalho de enfermagem e é estudada em várias disciplinas ao longo da graduação. De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, em todo estabelecimento de saúde deve ser implementado o PE. Mesmo Jeremias sendo recém-formado, espera-se do enfermeiro o pensamento crítico e reflexivo, raciocínio clínico, comunicação, dentre outras características para tomada de decisões. Nesse caso apresentado, Jeremias deveria exercer suas competências, mesmo tendo alguma dúvida, poderia sanar com seu supervisor. Em toda a assistência de enfermagem, deve-se aplicar o PE, ou seja, investigação, diagnóstico, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação de enfermagem. Jeremias realizou incompletamente a primeira etapa: investigação. Não realizou a coleta de dados da cliente, como investigar sobre padrão alimentar, doenças pregressas. Quanto tempo está com dor? Essa dor a impossibilita de realizar alguma atividade? Faz uso de algum medicamento? Tem alergias? Também não realizou o exame físico por completo, omitindo os MMII. Na segunda etapa do PE, relacionada aos diagnósticos de enfermagem, Jeremias estava focado na doença, e não interpretou os dados do estado de saúde da cliente e os fatores de risco que possam estar contribuindo com os problemas de saúde, assim, não conseguiu identificar os diagnósticos de enfermagem.

Capacidade prejudicada nas atividades de vida diária

Descrição da situação-problema

Senhor de 80 anos, mora com a esposa, acompanhado da filha, é católico praticante, tem quatro filhos e cinco netos, aposentado. Relata que trabalhava com plantação de tomate. Deu entrada no hospital às 4 horas da manhã com taquidispneia intensa, saturação 89%, roncos pulmonares difusos do lado esquerdo, febril. Tem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo II há 30 anos, faz tratamento na Unidade Básica de Saúde. Foi fumante desde os 13 anos, parou quando descobriu que era hipertenso. Queixa principal: cansaço, falta de ar, tosse produtiva há duas semanas (nos últimos dias apresentou dificuldade deambular e de se alimentar sozinho). Após Raio X de tórax e avaliação médica, foi constatada doença pulmonar obstrutiva crônica. Quais evidências o enfermeiro deverá levar em conta para operacionalizar o PE?

Resolução da situação-problema

Podemos observar nesse caso clínico que o senhor apresenta uma demanda de autocuidado (fundamentado na teoria de Dorothea Orem, visto na Seção 1.1), devido ao quadro de taquidispneia, cansaço, falta de ar, necessitará fazer o uso de oxigenoterapia em domicílio, auxílio para realizar as atividades de vida diária, como vestir-se, alimentar-se, locomover-se. O enfermeiro com seu julgamento clínico, sabendo do percurso da doença e das demandas de autocuidado do cliente, deverá levar em conta essas evidências para estabelecer as etapas do PE, visando à autonomia do cliente, à manutenção das atividades diárias e à terapêutica proposta.

Nas próximas seções, identificaremos os diagnósticos de enfermagem, mas, nesse caso, podemos sinalizar que um dos diagnósticos está relacionado com a capacidade prejudicada em desempenhar as atividades diárias de vida.

Faça valer a pena

1. O processo de enfermagem na Resolução COFEN nº 358/2009 define em seu art. 1º que o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

As etapas do processo de enfermagem estão identificadas na sequência em:

- a) Investigação, planejamento, diagnóstico de enfermagem, implementação da assistência de enfermagem e avaliação.
- b) Investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação.
- d) Histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, implementação da assistência de enfermagem, planejamento e avaliação.
- d) Planejamento, investigação, diagnóstico de enfermagem, implementação da assistência de enfermagem e avaliação.
- e) Investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, prognóstico da assistência de enfermagem e evolução de enfermagem.

2. O processo de enfermagem (PE) é um paradigma científico, em que a enfermagem deve lançar mão para ser reconhecida e consolidada como ciência. Nesse contexto, podemos considerar que:

- I) O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva.
- II) O processo de enfermagem é entendido como uma alternativa para que os enfermeiros alcancem um status profissional e dependendo do serviço de saúde não é necessário aplicá-lo.
- III) O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem.
- IV) O processo de enfermagem tem um caráter rigoroso e sua aplicabilidade é estabelecida nos diversos níveis de atenção à saúde.

Análise as afirmativas sobre o processo de enfermagem e assinale a alternativa correta:

- a) Apenas a I está correta.
- b) I e II estão corretas.
- c) I, II e III estão corretas.
- d) I, III e IV estão corretas.
- e) II, III e IV estão corretas.

3. No art. 2º da Resolução COFEN nº 358/2009, é conceituada cada etapa do processo de enfermagem, que é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

I) Investigação ou coleta de dados ou histórico de enfermagem: processo contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II) Diagnóstico de enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e se há necessidade de mudanças ou adaptações.

III) Planejamento de enfermagem: determinação dos resultados que se espera alcançar.

IV) Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem, é a prescrição de enfermagem propriamente dita.

V) Avaliação de enfermagem: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão, constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Analise as afirmações sobre o processo de enfermagem e assinale a alternativa correta:

- a) Apenas a I está correta.
- b) Apenas I e II estão corretas.
- c) Apenas II, III e IV estão corretas.
- d) Apenas I, III e IV estão corretas.
- e) I, II, III, IV e V estão corretas.

Seção 1.3

Primeira etapa do processo de enfermagem: investigação

Diálogo aberto

Caro aluno, agora iniciaremos a primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE), chamada de investigação de enfermagem ou histórico de enfermagem. Nesta seção, compreenderemos a importância dessa etapa e quais são as fases da investigação.

Para isso, apresentaremos o contexto de aprendizagem destacado no Convite ao estudo, sobre um hospital-escola de uma cidade do interior que possui diversas especialidades médicas com uma equipe multidisciplinar altamente capacitada e qualificada.

Você é enfermeiro da Clínica Médica e, na troca de plantão, você dará continuidade na assistência a esse cliente: senhor de 62 anos, emagrecido, não possui religião, natural de São Paulo, SP. É casado, tem dois filhos, mora com a família em casa própria. Portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) há quinze anos. Em seu domicílio, fazia uso de Captopril 25 mg 2x/dia e Aldactone 25 mg/dia, mas não estava usando a medicação há alguns dias. Hábitos alimentares: duas refeições ao dia (almoço e jantar), baixa ingestão de legumes e frutas. Relata alteração no ritmo circadiano há dois meses, dorme muito durante o dia e pouco durante a noite. Menciona que está muito ansioso e insiste em receber alta hospitalar. Ao verbalizar, dá indícios de não possuir expectativas sobre a melhora do seu quadro, apresenta quadro clínico de icterícia e prurido generalizado, distensão e desconforto abdominal, dispneia, edema em membros inferiores, sinais estes que tiveram início há um mês e, desde então, têm progredido. Como enfermeiro, você conseguiria dar continuidade na assistência? Qual etapa do Processo de Enfermagem sinaliza esse contexto? Quais são os elementos que deveriam fazer parte dessa etapa?

Entenderemos detalhadamente cada etapa do PE. Bons estudos!

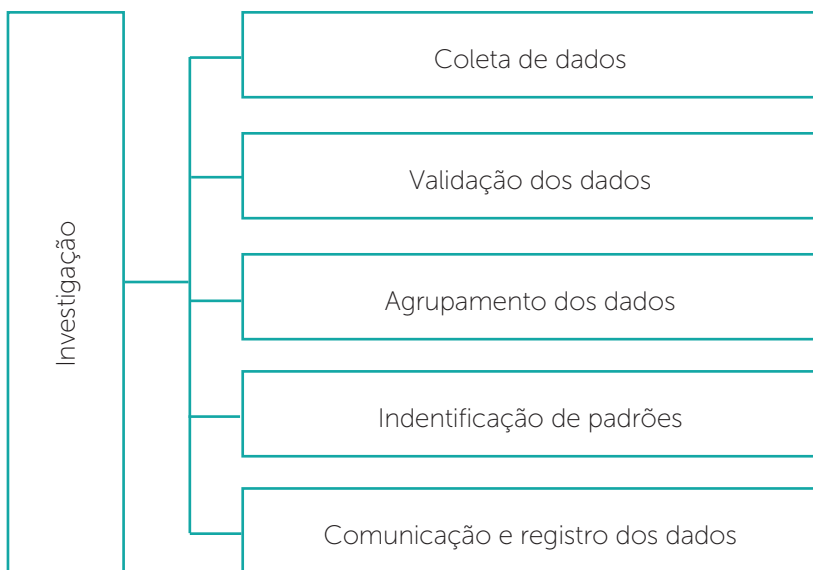
Não pode faltar

A primeira etapa do PE, denominada de investigação, é também chamada de coleta de dados ou histórico de enfermagem. Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009 art. 2, p. 2, tem por “finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença”.

É realizado através da entrevista (anamnese) e do exame físico ao cliente. Para exemplificar melhor essa primeira etapa do PE, estudaremos nesse momento a etapa da entrevista (anamnese) e deixaremos para a Unidade 2 a etapa do exame físico.

A autora Alfaro-LeFevre (2005) descreve cinco passos ou fases para garantir uma investigação efetiva, que são: coleta de dados; validação dos dados; agrupamento dos dados; identificação de padrões e comunicação e registros dos dados. Ilustraremos esses cinco passos da etapa de investigação na figura a seguir.

Figura 1.1 | Os cinco passos da etapa de investigação, segundo Alfaro-LeFevre (2005)



Fonte: elaborada pela autora.

Investigar é um processo contínuo, deliberado e sistemático. Desde o primeiro contato com o cliente até a sua alta, a enfermagem coleta informações pertinentes ao seu processo saúde e doença. Esse levantamento de informações compreende o primeiro passo da etapa de investigação, denominada de coleta de dados, que pode ser investigada de maneira direta ou indireta.

Dados diretos são as informações coletadas diretamente com o cliente, como nome, idade, queixas, aferição de sinais vitais, padrão alimentar, sono, entre outros, realizado através de entrevista e exame físico. Os dados indiretos são as informações obtidas a partir de outras fontes, como familiares, prontuários do cliente, resultados de exames, outros profissionais de saúde, entre outras fontes.

O objetivo da coleta de dados primordialmente é levantar a situação de saúde do cliente, suas características gerais, hábitos, vícios, sua percepção sobre a doença; identificar os sinais e os sintomas de alterações fisiológicas, emocionais, mentais, espirituais e sociais; rastrear as demandas de cuidado da enfermagem e a principal finalidade da coleta de dados é proporcionar subsídios para a tomada de decisão quanto às condutas de enfermagem (BARROS, 2015).

Para investigar esses dados, todas as instituições possuem instrumentos investigativos padronizados. Há três principais fatores que podem influenciar a maneira como esses instrumentos são elaborados e o tempo de informação necessária: 1º as necessidades e os problemas comumente encontrados são diferentes e específicos, por exemplo, um instrumento para investigar um adulto é diferente para investigar uma criança; 2º o modelo ou a teoria de enfermagem adotada pela instituição, como Padrões Funcionais de Saúde (Gordon) ou Necessidades Humanas Básicas de Maslow; 3º padrões de cuidado para investigação conforme legislação e/ou associações.

Além desses instrumentos investigativos, é interessante conhecer os tipos de perguntas que devem ser feitas para a obtenção de dados essenciais, como: qual é a situação atual do problema? Comparados aos dados iniciais, as informações indicam melhora, piora ou está da mesma forma? Quais são os fatores colaboradores do problema e o que tem sido feito em relação a eles? Qual é a perspectiva do cliente quanto ao atual estado de saúde?



Pesquise mais

Conheça os diferentes modelos de instrumentos de coleta de dados na enfermagem:

SOUZA, K. V. et al. Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 234-239, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127722728004.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

LIMA, L. R. et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em Horta. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/pdf/v8n3a05.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

SOARES, L. H. PINELLI, F. G. S. ABRÃO, A. C. F. V. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v18n2/a07v18n2>>. Acesso em: 20 out. 2017.



Exemplificando

"Cliente queixa-se de mal-estar, relata sensação de coração disparado" (dados subjetivos), na investigação, você verifica PA: 140 x 90 mmHg, pulso 150 bpm, regulares e fortes (dados objetivos). Os dados objetivos oferecem suporte para os dados subjetivos; o primeiro é de natureza mais explicativa e o segundo de complementariedade. Nesse caso, há necessidade de mais investigação para entendermos a situação de saúde desse cliente.



Assimile

Além da coleta de dados, o Exame Físico (EF) também compreende a etapa de investigação. O EF é essencial para identificar problemas de enfermagem e deverá ser completo, sistemático e feito com técnica especializada: inspeção, ausculta, palpação e percussão. Antes de iniciar o EF, é importante observar usando: os sentidos (você vê, ouve, sente

algo incomum?); observar o aspecto geral (a pessoa parece saudável, bem alimentada?), linguagem corporal (está à vontade?). Nervosa? Retraída? Perceba padrões de interação. Conforme já mencionado, detalharemos o exame físico na Unidade 2.

Após a coleta de dados (entrevista), passamos para o segundo passo da etapa de investigação. Nesse passo, denominado validação dos dados, ou também verificação dos dados, consiste em assegurar que os dados são precisos, ou seja, verifica-se se a informação coletada é verídica, permitindo evitar pressuposições, ausência de informações pertinentes, compreensão errônea de situações, conclusões apressadas ou foco na direção errada e erros na identificação de problemas, o que impactariam em diagnósticos de enfermagem imprecisos.



Exemplificando

Vamos tomar como exemplo o caso anterior e continuar a investigação:

Cliente 45 anos, casado, pai de três filhas (17, 12, 8 anos de idade), ao chegar ao Pronto Atendimento, queixa-se de mal-estar, relata sensação de coração disparado (dados subjetivos), na investigação, você verifica PA: 160 x 90 mmHg, pulso 150 bpm, regulares e fortes (dados objetivos). Ao interrogar a respeito dos sintomas relatados, você descobre que os sintomas iniciaram no trabalho (história atual), depois de saber que a empresa em que está há 25 anos iniciou o processo de redução de custos e demitirá 50% dos colaboradores. No sistema do Pronto Atendimento, você identifica também que ele realizou um eletrocardiograma-ECG (sem alterações) há quinze dias, e na ocasião relatou os mesmos sintomas (história pregressa).

Na validação dos dados, você observou que esse cliente relata os mesmos sintomas há quinze dias. Os sinais vitais estão alterados e há um dado subjetivo muito significativo a respeito do seu trabalho. Esses dados podem levá-lo a inferir de uma ansiedade, por exemplo. Será preciso averiguar as informações coletadas através de exames laboratoriais e o novo ECG, por exemplo, complementar os dados questionando doenças prévias, uso de medicamentos. Ainda sobre a veracidade das informações, deve-se pedir para outro profissional aferir novamente os sinais vitais, para de fato poder validar as informações corretamente.

Você percebe como é importante a coleta de dados objetivos e subjetivos e a sua validação? Esse cliente pode estar sofrendo de um transtorno de ansiedade devido à probabilidade de ser demitido, ou talvez sofrer de alguma doença mais grave.



Vocabulário

Anamnese: do grego *anamnesis*, significa recordar. Conjunto de informações obtidas com o próprio cliente e/ou familiares sobre sua história, estado de saúde, doença.

Deliberado: tomar uma decisão após a reflexão, análise.

Inferir: fazer inferência sobre, concluir, deduzir algo.

Fonte: Michaelis Dicionário Escolar Língua Portuguesa. 4. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2016.

Após a coleta e a validação dos dados, iniciamos o terceiro passo da etapa de investigação, chamada de agrupamento dos dados. Segundo Alfaro-LeFevre (2005, p. 85), “agrupar os dados é um princípio do pensamento crítico que favorece sua capacidade de ter uma visão clara da situação de saúde”. Assim, nesse momento, você deverá agrupar as “pistas”, “as necessidades” e /ou “os problemas e as alterações” levantados na coleta de dados e no exame físico em grupos relacionados para identificar os aspectos da situação de saúde.

O agrupamento de informações pode basear-se em modelos holísticos de agrupamento de dados, não há um método exclusivo, e seu uso segue de acordo com o protocolo da instituição ou de acordo com as preferências do profissional. Na enfermagem, utilizamos métodos de agrupamento baseados em teorias de enfermagem, como as concepções de Wanda de Aguiar Horta ou de Orem ou baseados nas Necessidades Humanas de Maslow ou os Padrões Funcionais de Saúde de Gordon, ambos auxiliarão a identificar os diagnósticos e os problemas de enfermagem. Também temos a opção de agrupar os dados de acordo com os Sistemas Orgânicos, entretanto, este último pode indicar mais problemas médicos. Para ilustrarmos, observe o Quadro 1.4.

Necessidades Humanas (Maslow)	Padrões Funcionais de Saúde (Gordon)	Sistemas Orgânicos
Necessidades fisiológicas (de sobrevivência). Necessidades de segurança e de proteção. Necessidades de amor e pertinência. Necessidades de autoestima. Necessidades de autorrealização.	Percepção da saúde/controle da saúde. Nutricionais-metabólicos. Eliminação. Atividades/exercício. Cognitivo/perceptivo. Sono/repouso Autopercepção/autoconceito Papel/relacionamento Sexualidade/reprodução Enfrentamento/tolerância ao estresse Valor/crença	Dados vitais. Sistema nervoso. Sistema respiratório. Sistema cardiovascular. Sistema gastrointestinal. Sistema geniturinário. Sistema musculoesquelético. Sistema tegumentar.

Fonte: adaptado de Alfaro-Lefevre (2005).



Faça você mesmo

Observaremos essa outra situação de saúde, agrupando os dados fundamentados pelos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon:

Dados objetivos:

1. Jovem de 21 anos.
2. Solteira.
3. Estudante de administração.
4. Trabalha em um escritório de contabilidade.
5. PA: 100 x 70 mmHg; pulso: 65 bpm.
6. 1,75 cm de altura e 47,5 Kg; peso 65 Kg na consulta anterior, há 6 meses.

Dados subjetivos:

7. Diz ter medo de engordar como sua mãe, e sua meta de peso é perder mais 2 Kg.

8. Queixa-se de insônia.

9. Falta de concentração para estudar, cefaleia.

10. Dores de estômago frequentes.

11. É alérgica à penicilina.

Padrão de percepção da saúde: 7.

Padrão nutricional-metabólico: 5, 6, 11.

Padrão de eliminação: 10.

Padrão de atividade/exercício: 8, 9.

Padrão de sono/repouso: 8.

Padrão de autopercepção: 7.

Padrão de papel/relacionamento: 1, 2, 3, 4.

Padrão de sexualidade/reprodução: 6, 7.

Padrão de enfrentamento/tolerância ao estresse: 7.

Padrão de valores/crença: não observado.

Após o agrupamento de dados, a quarta etapa da investigação compreende a identificação de padrões. Depois que você agrupa os dados em grupos de informações relacionadas, conforme um método de agrupamento de sua escolha, o enfermeiro começa a obter as primeiras impressões dos padrões de funcionamento humano. Nessa etapa, o enfermeiro decide o que é relevante e direciona a investigação para obtenção de mais informações pertinentes, procurando os fatores que podem contribuir para a criação do padrão.



Exemplificando

Ao realizar a coleta de dados da cliente M.S., 33 anos, casada, universitária, relata que há uma semana está com problemas de mau funcionamento do intestino, sente-se muito irritada no trabalho. Relatou que sempre procura se alimentar saudavelmente, mas que nos últimos dias não tem tempo para o almoço. Você, ao perceber que a cliente está com problemas intestinais, pode inferir quais são os fatores

relacionados com o aparecimento das evidências apresentadas pela cliente e procurar novas: ela poderá estar constipada ou desenvolver risco para constipação, devido à: dieta irregular, ingesta hídrica, razões do estresse no trabalho, outros episódios anteriores.

Por último, na quinta etapa da investigação, os dados relevantes devem ser comunicados e registrados. Nessa etapa de comunicação, é fundamental que a equipe multidisciplinar seja comunicada de todos os dados anormais ou significativos para ter conhecimento da situação do cliente e garantir detecção precoce dos problemas.

O registo de dados no momento oportuno, segundo Alfaro-LeFevre (2005), promove uma continuidade da assistência, exatidão das anotações e subsidia o pensamento e o raciocínio crítico.



Dica

A comunicação dos achados alterados/anormais pode ter prioridade com relação ao registro dos dados. Se você verifica a glicemia capilar de uma senhora que descobre que está com 320 mg/dL, você comunica imediatamente antes de usar seu tempo para registrar as demais informações.

Você poderá estar se perguntando: o que comunicar? Comunique tudo com suspeita de anormalidade. Ex.: temperatura, pressão alta, frequência cardíaca. E não se esqueça de registrar no prontuário do paciente as informações significativas, principalmente registrar tudo o que você comunicar. É importante que você tenha conhecimentos prévios suficientes para identificar tais alterações e tomar a decisão de comunicar. Nesse momento da comunicação, você deve ter em mãos as informações pertinentes, como nome e idade do cliente, número do quarto, resultado dos sinais vitais, exames, medicamentos de rotina, etc.

Resumindo, a investigação é uma etapa essencial do PE. Para que ocorra, é necessário que esses dados sejam válidos, confiáveis e relevantes e os instrumentos de coleta de dados devem respeitar os conceitos teóricos e a conduta dos profissionais de enfermagem que serão determinantes para a precisão das etapas seguintes do PE: diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

É essencial que você compreenda a importância dessa primeira etapa do PE: a investigação na enfermagem. Para saber mais, faça a leitura desse artigo:

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2017.

Fatores que podem interferir na coleta de dados: *relacionados ao cliente* - condição ou estado geral, idade, sexo, cultura, escolaridade, tempo de permanência no hospital (simplificará ou estenderá o histórico) e padrões de comunicação (estrangeiros, deficientes visuais, auditivos). Fatores *relacionados aos profissionais*: preparo do enfermeiro, autoconhecimento (para impedir que o enfermeiro projete no paciente seus próprios problemas) e tempo disponível. *Relacionados à instituição*, como: a filosofia (centrada no paciente), filosofia do serviço de enfermagem (centrada no cuidado do cliente), quantidade e qualidade de recursos humanos (limitará ou favorecerá o histórico), assim como todo processo de enfermagem.

Sem medo de errar

Senhor de 62 anos, emagrecido, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) há quinze anos, não faz uso da medicação há alguns dias. Faz apenas duas refeições ao dia (almoço e jantar), relata alteração no ritmo circadiano há dois meses. Menciona que está muito ansioso e insiste em receber alta hospitalar. Ao verbalizar, dá indícios de não possuir expectativas sobre a melhora do seu quadro, apresenta quadro clínico de icterícia e prurido generalizado, distensão e desconforto abdominal, dispneia, edema em membros inferiores, sinais estes que tiveram início há um mês e, desde então, têm progredido.

Ao continuar a assistência, você identifica que está faltando mais informações na coleta de dados desse cliente. Por que será que

o cliente não toma a medicação corretamente? Será que ele tem dificuldades por ser analfabeto? Ou não tem recurso financeiro? Por que será que só realiza duas refeições por dia? Será que esses sintomas presentes são sugestivos de alguma alteração recorrente?

Observa-se que a coleta de dados está incompleta, pois poderíamos averiguar mais informações primordiais nesse contexto, como: raça, nível de escolaridade, profissão, tipo de moradia. História de doenças e internações pregressas, hábitos de ingestão hídrica, hábitos de lazer, vícios, como tabagismo e etilismo. Assim, ao realizar a coleta de dados, podemos acrescentar esses dados e compreender que esse cliente, além de provavelmente estar com ansiedade devido ao episódio recorrente, é etilista crônico e está com sinais e sintomas sugestivos de cirrose hepática.

Assim, as informações poderiam ser acrescidas ao estudo de caso: senhor de 62 anos, negro, ensino fundamental incompleto, pedreiro autônomo, não possui religião, natural de São Paulo, SP. É casado, tem dois filhos, mora com a família em casa própria de alvenaria, provida de saneamento básico e luz elétrica. Portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) há quinze anos. Em seu domicílio, fazia uso de Captopril 25 mg 2x/dia e Aldactone 25 mg/dia, mas não estava usando a medicação há alguns dias. Foi internado anteriormente devido a uma crise hipertensiva, intoxicação alcoólica. Não fuma há dez anos, mas relata ter sido tabagista por 20 anos, com uso diário de 20 cigarros, afirma ser etilista há 44 anos e ingerir cerca de um litro/dia de "pinga". Hábitos alimentares: duas refeições ao dia (almoço e jantar), baixa ingestão de legumes e frutas e não se alimenta em alguns dias devido à ingestão excessiva de álcool, ingere menos de um litro de líquido ao dia. Refere alteração no ritmo circadiano há dois meses, dorme muito durante o dia e pouco durante a noite. Relata que está muito ansioso e insiste em receber alta hospitalar. Demonstra ciência de que seu estado é complicado, porém, manifesta pouco interesse em adotar medidas para controlar a progressão da doença. Ao verbalizar, dá indícios de não possuir expectativas sobre a melhora do seu quadro. Na atual internação, apresenta quadro clínico de icterícia e prurido generalizado, distensão e desconforto abdominal, dispneia, edema em membros inferiores, sinais que tiveram início há um mês e, desde então, têm progredido. Com a coleta de dados completa, pode-se passar para as etapas seguintes do PE.

Necessidades humanas básicas afetadas

Descrição da situação-problema

Um jovem de 25 anos, sexo masculino, procurou o serviço de urgência no município de São Paulo, com queixas de mal-estar geral e náuseas há três semanas, piora do quadro nos últimos três dias, com vômitos e dor abdominal. Relata fazer acompanhamento de saúde para diabetes mellitus (DM) tipo I em outra cidade, cujo diagnóstico foi feito há 14 anos, porém, sua última consulta foi há oito meses. Sente saudades de casa. Os sintomas de DM têm sido tratados com insulina NPH duas vezes/dia e hipertensão arterial sistêmica (HAS), com captopril três vezes/dia. O paciente encontra-se em São Paulo por motivos profissionais há seis meses. Se fôssemos agrupar esses dados segundo as Necessidades Humanas Básicas afetadas da teoria de Wanda de Aguiar Horta, como faríamos?

Resolução da situação-problema

Wanda de Aguiar Horta fundamenta sua teoria em: **necessidades psicossociais**: segurança, liberdade, amor, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autoestima, realização, participação, autoimagem, atenção. **Necessidades psicobiológicas**: oxigenação, hidratação, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividade física, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação (térmica, hormonal, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular), locomoção, percepção: (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa), ambiente, terapêutica. **Necessidades psicoespirituais**: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida. Nessa situação-problema, verificam-se: necessidades psicossociais alteradas: segurança, comunicação, gregária; necessidades psicobiológicas alteradas: hidratação, eliminação, regulação, ambiente, terapêutica; necessidades psicoespirituais alteradas: filosofia de vida.

Faça valer a pena

1. J.S., 82 anos, mecânico, casado, mora com a esposa, pai de cinco filhos, avô de dez netos, umbandista. Portador de neoplasia de pulmão metastático para sistema nervoso central, com derrame pleural pequeno à esquerda após punção há 3 dias. Ao exame físico: consciente e orientado no tempo e espaço, fala mansa, descorado, emagrecido. SSVV: PA= 100 x 60 mmHg; FC= 90 bpm, FR= 25 rpm. Ao exame físico: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros; roncos e estertores subcrepitantes difusos, abdome distendido, indolor à palpação; edema em membros inferiores (MMII) 1/4+. Eliminações vesicointestinais presentes: evacuação ausente há cinco dias e diurese presente espontaneamente. Relatou ter dificuldade para dormir nos últimos cinco dias, pois está difícil para respirar e tem medo de morrer e deixar sua esposa e netos sozinhos.

Com relação ao caso clínico, qual das etapas do Processo de Enfermagem necessita das informações citadas?

- a) Coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem.
- b) Planejamento de enfermagem.
- c) Implementação.
- d) Avaliação de enfermagem.
- e) Diagnóstico de enfermagem.

2. Ao realizar a coleta de dados, o enfermeiro observou: mulher de 45 anos de idade, portadora de hipertensão e diabetes, casada, queixa de cefaleias recorrentes, suores, ondas de calor, irritabilidade, sensação de esgotamento. Apresenta PA: 160 x 90 mmHg, dextro 230 mg/dL, pulso 100 bpm, R: 22 rpm, Tº 36,6 C, peso 78 Kg. Relatou que não sabe mais o que fazer com a filha, pois ela está grávida e tem uma criança de dois anos. Está muito nervosa com a situação.

De acordo com as informações, os dados objetivos e subjetivos, respectivamente, são:

- a) Irritabilidade e pressão arterial.
- b) Irritabilidade e temperatura.
- c) Pressão arterial e esgotamento.
- d) Pressão arterial e respiração.
- e) Irritabilidade e nervosismo.

3. Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, art. 2, p. 2, a investigação ou histórico de enfermagem tem por “finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença”.

A sequência correta das etapas da investigação de enfermagem está correta em:

- a) Coleta de dados; validação ou verificação dos dados; agrupamento dos dados; identificação de padrões; e registro dos dados e comunicação.
- b) Coleta de dados; verificação dos dados; agrupamento dos dados; e comunicação e registro dos dados.
- c) Coleta de dados; validação ou verificação dos dados; agrupamento dos dados; comunicação e registro dos dados; e identificação de padrões.
- d) Coleta de dados; validação ou verificação dos dados; agrupamento dos dados; identificação de padrões; e comunicação e registro dos dados.
- e) Coleta de dados; validação ou verificação dos dados; identificação de padrões; e comunicação e registro dos dados.

Referências

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. Tradução Regina Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ANA. American Nurses Association. **Nursing's social policy statement: The essence of the profession**. ANA Publishing: Silver Spring, MD. 2010.

BARROS, A. L. B. L. de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>. Acesso em nov/2017.

COFEN. **Resolução COFEN n. 358/2009**. 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/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 5 out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GONÇALVES, J. V. Wanda de Aguiar Horta. Biografia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, n. 22, p. 3-13, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v22nspe/0080-6234-reeusp-22-spe-003.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1993.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda**: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

RAIMONDO, M. L. et. al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-534, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a20.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SANTOS, I. M. F. et al. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem:** guia prático. Salvador: COREN-BA, 2016.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Etapas da sistematização de enfermagem I

Convite ao estudo

Prezado aluno, chegamos à Unidade 2! Na Seção 2.1, detalharemos as etapas do processo de enfermagem, como o exame físico. Na Seção 2.2, continuaremos com a segunda etapa do processo de enfermagem, que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem. Além disso, na Seção 2.3, você verá também que na enfermagem possuímos um sistema de classificações das práticas de enfermagem, que é uma linguagem padronizada e universal.

O enfermeiro pode atuar em diversos contextos de saúde, tanto na área hospitalar como na saúde coletiva. Embora seja em diversos contextos, o enfermeiro poderá prestar o cuidado aplicando todas as etapas do processo de enfermagem dentro da organização de saúde, denominada hospital, que é um estabelecimento de saúde que visa prestar a assistência através da internação, como nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva, maternidade ou de não internação, no caso do setor de centro cirúrgico ou nas unidades de ambulatorios, todos esses setores prestam assistência a uma determinada clientela. O enfermeiro atua como integrante da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar do estabelecimento, ou seja, integra a equipe com outros profissionais: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, conforme cada estabelecimento.

Além da área hospitalar, o enfermeiro atua também na atenção primária de saúde, denominada saúde coletiva, ou seja, na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde do indivíduo ou da coletividade, no âmbito do território delimitado

através das Unidades Básicas de Saúde ou da Estratégia da Saúde da Família por meio de estratégias de saúde coletiva, como vacinação, campanhas, grupos de orientação, busca ativa de casos de patologias, consultas, entre outros serviços.

Nas seções seguintes, conheceremos um pouco mais sobre os diferentes contextos de assistência à saúde na área hospitalar, como na Unidade de Terapia Intensiva e na enfermaria de clínica médica e na saúde coletiva através de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Lembre-se de que em todas as áreas o enfermeiro ofertará a sua assistência através do Processo de Enfermagem. Acompanhe a seguir a situação-problema de aprendizagem: Carlos é enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva e está avaliando um cliente idoso internado nessa unidade.

Bons estudos!

Seção 2.1

Exame físico

Diálogo aberto

Caro aluno, na Unidade 1, vimos a importância das teorias de enfermagem para fundamentar o nosso Processo de Enfermagem (PE). Iniciamos nossa primeira etapa do PE, que é a investigação de enfermagem ou histórico de enfermagem que consiste na coleta de dados para determinar o estado de saúde do cliente, por meio da entrevista (anamnese) e do exame físico. Nesta seção, estudaremos o exame físico, pois a coleta de dados já foi estudada na Seção 1.3 da unidade anterior. Abordaremos a atuação do enfermeiro em área hospitalar. Lembre-se de que o hospital é um estabelecimento de saúde que visa prestar a assistência através da internação ou não da clientela.

Carlos é enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva. Está assistindo um cliente de 75 anos no 2º dia de intubação, apresentando febre e piora da secreção traqueal; PA = 100 x 60 mmHg; FC = 96 bpm; FR = 15 ipm; T = 38,2 °C. Os pulmões apresentam murmúrios vesiculares reduzidos em base D, roncos difusos. Cardio: apresenta bulhas rítmicas em dois tempos, normofonéticas, sem sopros. Não há alterações no abdome. Edema em membros inferiores (MMII) +/4+. Após registrar o seu exame físico, Carlos lembra que esqueceu de examinar o nível de consciência do cliente, mas como está muito atarefado no momento, deixa para mais tarde. Você acha que Carlos agiu certo? A avaliação neurológica é importante nesse caso? Quais são as implicações dessa conduta? O que você faria se estivesse no lugar de Carlos?

Não pode faltar

No Processo de Enfermagem, o exame físico é uma fase muito significativa para o cliente e para o enfermeiro. Nesse momento, levantaremos as condições globais de saúde, tanto físicas como psicológicas do cliente. Também é o momento de colocarmos em prática a semiologia (ato de examinar) e a semiotécnica (que são as

técnicas desenvolvidas para o exame físico, também chamada de métodos propedêuticos, que são: inspeção, palpação, percussão e ausculta).

Para a execução do exame físico são necessários alguns materiais e aparelhos, que podem variar de acordo com o sistema de que se pretende examinar, como estetoscópio, esfigmomanômetro, fita métrica, termômetro, balança antropométrica, espátulas, lanterna, oftalmoscópio etc.

Antes de iniciar o exame físico, é importante garantir uma boa interação com o cliente, assim será mais fácil a sua colaboração. Deve-se verificar o local adequado, a iluminação, a posição do cliente, a privacidade, a mão do examinador deve estar aquecida, o cliente deve estar relaxado e confortável, sempre examinar os órgãos pares, cuidado com interrupções, interferências, comentários e expressões do examinador perante o cliente. Se possível, o exame físico deverá ser rápido, obedecendo-se a um sentido cefalocaudal. Deve-se registrar de maneira objetiva, clara e completa, utilizando a terminologia técnica específica para permitir o andamento das outras etapas do PE e a comunicação entre os demais membros da equipe.



Refleta

Apesar do progressivo avanço tecnológico dos meios que a ciência vem colocando nas mãos dos profissionais de saúde, o elemento principal e imprescindível de sua assistência, para os enfermeiros, continua sendo o contato que se estabelece no exame físico entre o paciente e o enfermeiro.

Para realizar o exame físico, é primordial que o enfermeiro possua conhecimentos prévios de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, fundamentos semiológicos, entre outras áreas.

O enfermeiro deve ter em mente que mesmo que os sinais e os sintomas sejam semelhantes, os clientes não são iguais. É necessário ter conhecimento e competência interpessoal para realizá-lo.

Estudaremos primeiro o exame físico geral e depois o exame físico por sistemas.

O exame físico geral constitui-se do exame externo do paciente, incluindo as condições gerais, como estado geral, expressão facial,

estado mental, tipo morfológico, dados antropométricos, postura, locomoção, avaliação do estado de nutrição e hidratação, sinais vitais (BARROS, 2015; PORTO, 2008).



Dica

A monitoria de semiologia na graduação é uma importante ferramenta para o aluno como atividade complementar, aprimoramento da técnica, comunicação interpessoal com outros alunos e professores, além de acrescentar positivamente no seu currículo profissional. Pense a respeito de ser um monitor nessa disciplina de Fundamentos Semiológicos ou em outras. O que você acha? Segue um relato de experiência positiva do aluno monitor em semiologia de enfermagem. Disponível em: <<http://publicase.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/19305>>. Acesso em: 15 out. 2017.

Agora, discorreremos sobre o exame físico específico: exame neurológico, respiratório, cardiovascular, abdominal, músculo esquelético e pele.

Ao realizar o exame neurológico na admissão do cliente, analisamos a coleta de dados objetivos e subjetivos (já descrita na seção anterior), função cerebral (consciência), sistema motor (força muscular), sistema sensitivo, sistema cerebelar (coordenação motora, equilíbrio, marcha), função dos nervos cranianos, avaliação dos reflexos medulares e sinais de irritação meníngea.

Quadro 2.1 | Estrutura da percepção de consciência

Consciência	
Percepção do indivíduo de si mesmo e do ambiente em que vive	
Conteúdo da consciência	Nível da consciência
<u>Miniexame do Estado Mental (MEEM):</u> Intelecto: funções cognitivas + funções emocionais + funções psíquicas. Atenção e concentração - memória - estado afetivo ou emocional - linguagem - raciocínio - orientação.	<u>Escala de Coma de Glasgow:</u> Estado de alerta/vigília. Sonolência/letargia. Estado confusional agudo ou Delirium. Obnubilação. Torpor/estupor. Coma.

Fonte: adaptado de Barros (2015).

Ao registrar o nível de consciência, você pode descrever: orientação no tempo, espaço e própria pessoa, resposta aos estímulos (verbais, dolorosos), pupilas (tamanho, simetria, reflexo fotomotor); postura (alinhamento corporal, anormalidades: decorticação, descerebração) etc.



Exemplificando

Cliente de sexo masculino, 41 anos, vigil, lúcido, pouco colaborativo. Pupilas isocóricas, reflexo fotomotor presente. Acuidade visual normal. Nega alteração auditiva, olfativa, gustativa. Fala lenta, requer grande esforço, capaz de responder parcialmente às respostas. Sensibilidade tátil presente, mas diminuída em braço e perna direita, hemiplegia à direita. Preensão manual direita fraca, fraqueza da perna direita. Extensão de movimento limitada. Incapaz de ficar de pé e caminhar sem auxílio.

O exame físico respiratório é realizado após a entrevista e consiste nas técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta.



Atenção

Pesquisadores discutem sobre a mudança da terminologia de “murmúrios vesiculares” para “sons pulmonares normais”. Ainda há divergências quanto à mudança da terminologia, mas todo profissional de saúde deve ficar atento! Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/viewFile/29952/21203>>. Acesso em: 15 out. 2017.

Na inspeção estática, observamos as condições da pele (coloração, cicatrizes, lesões), abaulamentos, retrações e o formato do tórax, que apresenta variação de acordo com a idade, o sexo e o biotipo. Na inspeção dinâmica, observamos o tipo de respiração, o ritmo respiratório e a frequência respiratória. A frequência respiratória considerada normal de adultos varia de acordo com a literatura, entre 12 a 22 incursões respiratórias por minuto (BARROS, 2015).

Na palpação do aparelho respiratório, avaliamos a palpação da traqueia, a estrutura da parede torácica, a expansibilidade torácica e o frêmito toracovocal. A técnica de percussão consiste na avaliação da produção de sons pelo contato da mão com a parede torácica,

nos espaços intercostais. Os sons encontrados podem ser: claro pulmonar, hipersonoridade, timpânico, maciço e submaciço.

A ausculta pulmonar consiste em ouvir os ruídos torácicos com o diafragma do estetoscópio durante o ciclo respiratório (inspiração e expiração). Pode-se avaliar três elementos: características dos ruídos respiratórios (som traqueal, som brônquico, murmúrio vesicular e som broncovesicular); presença de ruídos adventícios (subcrepitanes, roncosp, sibilosp, atrito pleural e cornagem ou estridor) e a ressonância vocal, através da voz falada e sussurrada.



Assimile

Para o exame físico pulmonar, é natural que você tenha dúvidas quanto à ausculta dos sons pulmonares. Leia este artigo sobre os sons pulmonares e faça a ausculta pulmonar em seu colega, assim começará a “treinar seu ouvido”. A habilidade só vem com o estudo e a prática. Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_128_224-231%20864.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

Com relação ao exame no aparelho cardiovascular, podemos dividi-lo em exame físico geral e exame físico específico. No exame físico geral, relacionado ao sistema cardiovascular, devemos avaliar os dados objetivos e subjetivos; as medidas antropométricas, a pressão arterial, os pulsos, a frequência cardíaca, a respiração, a fadiga, as alterações do sono, a estase jugular, a ascite, os edemas e qualquer outra anormalidade ou alteração que possa comprometer esse sistema.

No exame específico do sistema cardiovascular, realizamos os métodos propedêuticos: inspeção, palpação e ausculta. Na inspeção, avalia-se o precórdio com o paciente em decúbito dorsal, com o tórax exposto, encontramos o *ictus cordis*. Na palpação do precórdio, quando o *ictus cordis* não pode ser visualizado na inspeção, é possível localizá-lo por meio da palpação. A ausculta corresponde aos sons cardíacos, chamados de bulhas cardíacas. Os pontos verificados na ausculta são: foco aórtico, foco pulmonar, foco tricúspide e foco mitral.



Para compreender melhor a importância do exame físico cardiorrespiratório, acesse este artigo sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca do exame e sua aplicabilidade. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945020.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

Antes de iniciarmos o exame físico do sistema digestório, devemos ter avaliado as queixas atuais do cliente, como pirose, náuseas, vômitos, soluços, disfagia, alteração de peso e dor, além de coletar os dados pertinentes ao padrão alimentar, hábito intestinal, antecedentes pessoais e familiares. Para o exame físico do abdome, utilizam-se as técnicas, obedecendo à sequência: inspeção, ausculta, percussão e palpação.

Na inspeção do abdome, observam-se a forma, o contorno, a simetria, a presença de circulação colateral e as características da pele. Na ausculta, avaliamos os ruídos intestinais, chamados de ruídos hidroaéreos que ocorrem em consequência dos movimentos peristálticos e do deslocamento de ar e líquido nos intestinos. A percussão direta ou indireta do abdome auxilia na determinação do tamanho e da localização de vísceras sólidas e na avaliação da presença e distribuição de gases, líquidos e massas (BARROS, 2015).

Por último, a palpação abdominal é realizada por meio das palpações superficiais e profundas, que auxiliam na determinação do tamanho, da forma e da posição dos órgãos, além de massas e acúmulo de líquidos. Os quatro quadrantes devem ser palpados em sentido horário.

O exame físico do sistema musculoesquelético, também chamado de locomotor, emprega as técnicas de inspeção, palpação óssea e dos tecidos moles, o grau de mobilidade e o exame de força motora e sensibilidade. Devem ser avaliados a postura do cliente e toda a coluna cervical, ombros, cotovelo, mão e punho, quadril e pelve, joelho, tornozelo e pé, coluna lombar, marcha e articulações.

Para avaliar o exame físico do sistema tegumentar (pele), utilizamos duas técnicas, que são a inspeção e a palpação. Busca-se examinar: coloração e continuidade da pele, umidade, textura, espessura, temperatura, elasticidade, mobilidade, turgor, sensibilidade, nevus

(pintas), lesões, como bolhas, nódulos, cisto, queloide etc., além de examinar as unhas e os pelos.

Como anotar tudo isso? Lembre-se de que o enfermeiro sempre deve registrar todo o exame físico realizado, em sentido cefalocaudal, e utilizar de abreviações apenas quando essas forem universais, ou seja, de conhecimento da equipe de enfermagem e de saúde. Exemplo: ao invés de registrar sinais vitais, pode-se abreviar em SSVV, bulhas rítmicas normofonéticas, pode-se abreviar em BRNF, entre outros.



Pesquise mais

Em 2016, ocorreu uma mudança na terminologia de úlcera por pressão para lesão por pressão. As LPPs podem ser prevenidas, tratadas e acompanhadas pelo enfermeiro. Saiba mais neste artigo que trata de um protocolo de LPPs em Unidade de Terapia Intensiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170001.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

Sem medo de errar

Cliente de 75 anos, no 2º dia de intubação, apresentando febre e piora da secreção traqueal; PA = 100 x 60 mmHg; FC = 96 bpm; FR = 15 ipm; T = 38,2 °C. Os pulmões apresentam murmúrios vesiculares reduzidos em base D, roncos difusos. Cardio: apresenta bulhas rítmicas em dois tempos, normofonéticas, sem sopros. Não há alterações no abdome. Edema em MMII +/4+. No lugar de Carlos, o que você faria ao identificar que se esqueceu de examinar o sistema neurológico?

Nessa situação, você deve voltar a examinar e complementar o seu exame físico. Lembrando que o exame físico é no sentido cefalocaudal, e o primeiro sistema que você deve examinar é o neurológico, ainda mais em se tratando de cliente de alta complexidade. Para avaliar o nível de consciência, aplicamos a Escala de Coma de Glasgow, em que são avaliados três parâmetros: a abertura ocular, a resposta motora e a resposta verbal. A escala gera uma pontuação de 3 a 15 pontos e subsidia o tratamento do cliente, traduzindo a melhora ou a piora do quadro neurológico.

Utilização de abreviaturas no exame físico

Descrição da situação-problema

Cliente de 55 anos, doméstica, queixa-se de falta de ar para percorrer pequenas distâncias e isso compromete as suas atividades de vida diária. Ela relata ganho de peso nas últimas semanas. Ao exame físico, você nota: comunicativa com discurso coerente, estase jugular +++/++++, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, FR = 30 incursões por minuto; *ictus cordis* palpável no 6º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior com bulhas arritmicas, normofonéticas em dois tempos, sem sopros, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, PA = 90 x 60 mmHg e FC = 110 batimentos por minuto; abdome globoso, distendido, ruídos hidroaéreos presentes, piparote positivo. Edema importante de membros inferiores. Diminuição do volume urinário há duas semanas.

Se fôssemos abreviar esse exame físico usando abreviações universais e comuns na enfermagem, como ficaria o exame físico? Podemos abreviar quais termos?

Resolução da situação-problema

O exame físico, mesmo detalhado, pode usar de abreviações universais e comuns na prática clínica de enfermagem, com finalidade didática e registro mais conciso e objetivo. No entanto, não podemos fazer uso de abreviações corriqueiras, apenas para "economizar palavras". Abreviando esse E.F. (exame físico) ficaria assim: ao exame físico: comunicativa com discurso coerente, estase jugular 3+/4+, MV + bil., FR = 30 ipm; *ictus cordis* palpável no 6º EICELAA, BARNF em 2 T, sem sopros, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, PA = 90 x 60 mmHg e FC = 110 bpm; abdome globoso, distendido, RHA +, piparote +. Edema importante de MMII. Diminuição do volume urinário há duas semanas.

Faça valer a pena

1. Um paciente chega para a consulta de enfermagem referindo dor abdominal. Para tanto, é necessário que o enfermeiro realize o exame físico do cliente, após coletar os dados objetivos e subjetivos, o enfermeiro inicia o exame físico.

A sequência propedêutica do exame físico do abdome deve ser:

- a) Inspeção, palpação, ausculta e percussão.
- b) Inspeção, ausculta, palpação e percussão.
- c) Percussão, ausculta, palpação e inspeção.
- d) Palpação, inspeção, palpação e inspeção.
- e) Inspeção, palpação, percussão e ausculta.

2. O exame neurológico é parte indispensável do exame clínico, uma das funções avaliadas é a função cerebral através da consciência. A consciência é a percepção do indivíduo de si mesmo e do ambiente em que vive. Nela, avaliamos o conteúdo e o nível da consciência.

Para avaliarmos o nível da consciência, utilizamos a Escala de Coma de Glasgow, sendo que os níveis da consciência podem variar de acordo com a situação neurológica do cliente. São exemplos do nível da consciência:

- a) Funções cognitivas e funções emocionais.
- b) Raciocínio e orientação.
- c) Estado de alerta e sonolência.
- d) Estado de alerta e concentração.
- e) Atenção e memória.

3. O enfermeiro deve ter o conhecimento sobre a realização do exame físico. O aparelho cardiovascular divide-se em exame físico geral e exame físico específico. No exame físico específico, realizamos os métodos propedêuticos: inspeção, palpação e ausculta.

Qual(is) destas características a seguir diz(em) respeito ao exame físico geral cardiovascular?

- a) Avaliação do precórdio.
- b) Ausculta das bulhas cardíacas.
- c) Verificação dos pontos da ausculta.
- d) Frequência cardíaca e pressão arterial.
- e) Coleta de dados objetivos e subjetivos e ausculta cardíaca.

Seção 2.2

Segunda etapa do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem

Diálogo aberto

Caro aluno, vimos na seção anterior, a etapa do processo de enfermagem (PE), chamada de investigação de enfermagem, que consiste na coleta de dados e exame físico. Agora, estudaremos a segunda etapa do PE, que é chamada de diagnósticos de enfermagem, enfatizaremos os componentes, os tipos e os domínios dos diagnósticos de enfermagem.

Você é estagiário de enfermagem na enfermaria de uma clínica médica. Após a coleta de dados e exame físico, seu registro no prontuário do cliente foi: Sr., 35 anos, solteiro, motorista, com diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio (IAM), está no segundo dia de internação. Consciente, comunicativo, ansioso, sem queixas álgicas, se diz bem para ir embora. Seus familiares estão em outra cidade, o que lhe causa preocupação, pois não pôde avisá-los sobre sua internação. Ao exame pulmonar: tórax simétrico, murmúrios vesiculares (MV) + bilateralmente sem ruídos adventícios FR = 26 rpm; exame cardíaco: bulhas rítmicas normofonéticas (BRNF) em 2 t sem sopros, FC = 80 bpm, PA = 140 x 90 mmHg, abdome distendido, indolor à palpação superficial e doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, macicez à percussão, ruídos hidroaéreos (RHA) +; sem edema nos membros inferiores (MMII), relata que sua última evacuação foi há três dias.

Antecedentes familiares de diabetes e coronariopatias. Descobriu durante a internação, que suas taxas glicêmicas estão acima do normal. Refere ser sedentário e ter dieta alimentar composta por alimentos bem salgados e gordurosos em sua maioria, além de intervalos longos entre uma refeição e outra.

Após o registro, o enfermeiro do setor solicita que você identifique os diagnósticos de enfermagem prioritários desse cliente. Como você faria? O diagnóstico de enfermagem é relevante para a prática assistencial? Quais são os diagnósticos de enfermagem para esse caso?

Entenderemos o que são e como identificar os diagnósticos de enfermagem nesta seção.

Bons estudos!

Não pode faltar

A palavra diagnóstico deriva dos termos gregos *dia* (através) + *gignoskein* (conhecimento) e tem dois significados, um referente ao processo e outro ao resultado ou produto.

A fase de processo envolve o raciocínio diagnóstico (conhecimento científico, experiência clínica e intuição). Diante disso, o enfermeiro desenvolve a capacidade de raciocinar crítica e cientificamente sobre os dados coletados, para depois analisá-los e interpretá-los. Em seguida, há comparação entre eles pelos padrões de normalidade ou agrupamento entre si, que pode denominar um fenômeno (COREN, 2015).

A fase do produto é a denominação do diagnóstico escolhido com seus componentes estruturais, que são título, sua definição, seus fatores relacionados e/ou associados e suas características definidoras.

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu em 1950, na literatura americana, através de McManus, que ao descrever as funções do enfermeiro, incluiu a identificação ou o diagnóstico de problemas de enfermagem.

Historicamente, a enfermagem sempre buscou atuar nos problemas clínicos do cliente, ou seja, atuar nos problemas de enfermagem a fim de prestar uma assistência de maior qualidade, autonomia e senso crítico. Em 1966, Virginia Henderson elaborou uma lista de 14 necessidades humanas básicas, cuja finalidade era descrever as necessidades do cliente, independentemente do diagnóstico ou tratamento médico. Essa lista descreve os problemas que podem ocorrer e nos quais a enfermagem pode atuar.

Em 1973, foi realizada a I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, na busca de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde mais frequentes encontrados na atuação da enfermagem. Em 1987, *North American Nursing Diagnosis Association International* – Nanda I propôs a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem, denominada Taxonomia

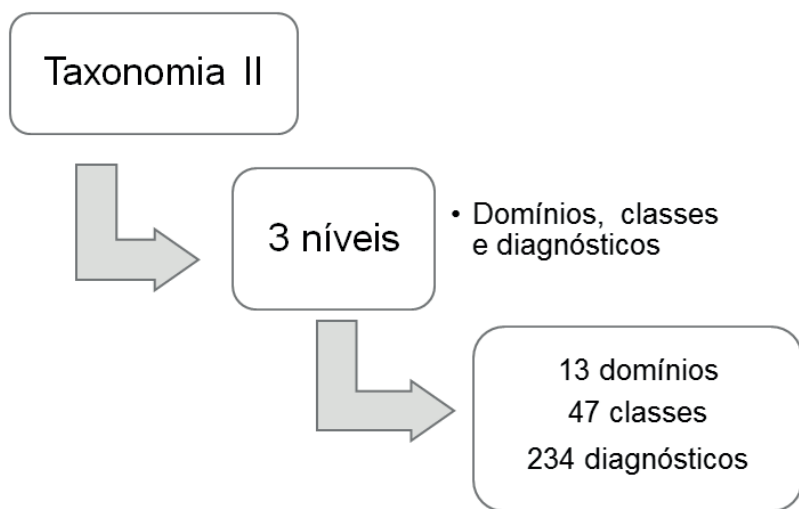
I e, em 2002, foi adotada a Taxonomia II, adaptada da estrutura de coleta de dados dos Padrões Funcionais de Saúde da Gordon.

! Atenção

Taxonomia é uma forma de classificar ou ordenar coisas em categorias; é um esquema de classificação hierárquica de grupos, subgrupos, itens.

Classificar é um modo de compreender a realidade, dando nomes a itens, objetos e fenômenos e ordenando-os em categorias.

Figura 2.1 | Estrutura da Taxonomia II, Nanda 2015-2017



Fonte: elaborada pela autora.

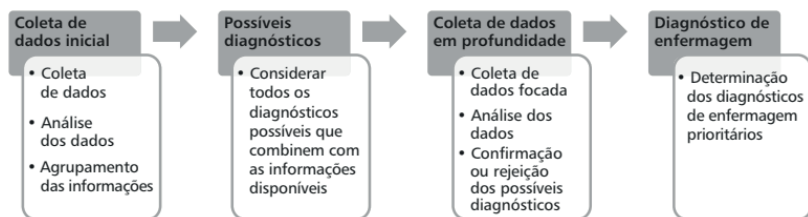
Voltando à situação-problema, após a coleta de dados objetivos e subjetivos, e do exame físico, temos que começar a analisar e a interpretar essas informações. Isso exige conhecimento prévio do profissional, ou seja, várias teorias, modelos e disciplinas de enfermagem podem embasar esse raciocínio. O enfermeiro precisa analisar esses dados, interpretá-los e transformá-los em informações pertinentes para começar a responder: quais são as respostas, as necessidades humanas do cliente? O que mais compromete a sua saúde, onde atuar?

Nessa situação, por exemplo: percebe-se que o cliente está preocupado, pois não tem como avisar os familiares sobre sua internação, cliente sente-se bem, quer ir embora, descobriu que sua glicemia está alta, relata não se alimentar bem, e a ausência de evacuação há três dias.

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o diagnóstico de enfermagem é um processo de **interpretação e agrupamento dos dados coletados** na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou **intervenções** com as quais se objetiva alcançar os **resultados** esperados.

Observe a Figura 2.2 e perceba a importância da coleta de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, a seleção de intervenções na busca de melhores resultados para o cliente.

Figura 2.2 | Etapas da passagem da coleta de dados ao diagnóstico, Nanda 2015-2017



Fonte: Nanda (2015, p. 32).

A finalidade dos diagnósticos de enfermagem é diferente da finalidade dos diagnósticos médicos. Os diagnósticos de enfermagem têm foco nos sinais e sintomas, nas respostas humanas ante a doença ou adversidade. Já o diagnóstico médico concentra-se nas doenças, nos problemas de funcionamento dos órgãos e sistemas. Além de subsidiar uma assistência de qualidade, norteando a prática de enfermagem, maior segurança, autonomia do profissional e colaborar na cientificidade da profissão.



A aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem para a prática assistencial proporciona subsídio para a escolha de intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, o alcance de resultados esperados pelo enfermeiro; fornece um plano de cuidados individual e integral para o indivíduo; oferece padronização para as intervenções de enfermagem mediante o diagnóstico escolhido, ou seja, é de competência do enfermeiro planejar as intervenções e, posteriormente, os resultados dessas ações, sempre visando à melhora do indivíduo. Além disso, o diagnóstico de enfermagem proporciona uma linguagem padrão para uso do prontuário eletrônico de saúde, uma ferramenta de comunicação muito utilizada pelos enfermeiros.

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem

Antes de falarmos dos componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem, entenderemos como é a estrutura geral que se deve levar em conta no processo de diagnóstico.

A Taxonomia II é multiaxial, sendo um sistema que consiste em eixos, nos quais os componentes são combinados para o desenvolvimento dos diagnósticos.

Há sete eixos, conforme descrito a seguir:

Eixo 1 – foco diagnóstico, ou seja, o termo principal do título do diagnóstico.

Eixo 2 – sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo ou comunidade).

Eixo 3 – julgamento (prejudicado, ineficaz).

Eixo 4 – localização (vesical, auditiva, cerebral).

Eixo 5 – idade (bebê, criança, adulto).

Eixo 6 – tempo (crônico, agudo, intermitente).

Eixo 7 – situação do diagnóstico (voltado a um problema, de risco, de promoção da saúde).

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem.

Em alguns casos, esses eixos estão explícitos nos títulos (eixo 2). Os eixos essenciais são o eixo 1 (o foco diagnóstico) e o eixo 3 (julgamento). Exemplo:

Figura 2.3 | Exemplo de um diagnóstico de enfermagem com três eixos



Fonte: elaborada pela autora.

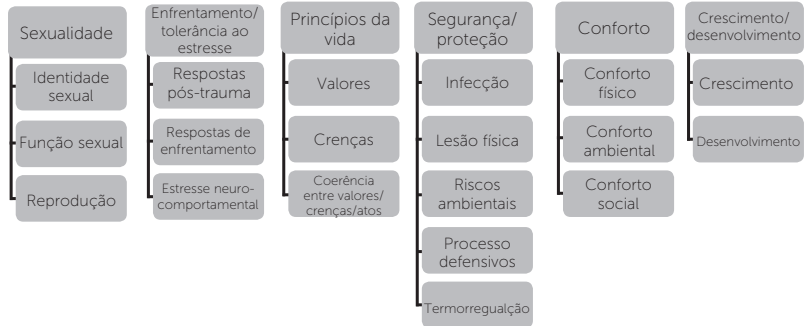
Segundo a Nanda (2015), nas Figuras 2.4 e 2.5, são visualizados os domínios e as classes da Taxonomia II:

Figura 2.4 | Domínios e classes da Nanda (2015)



Fonte: Nanda (2015, p. 55).

Figura 2.5 | Domínios e classes da Nanda (2015)



Fonte: Nanda (2015, p. 56).

Os componentes estruturais de um diagnóstico de enfermagem são: **título** (enunciado), **definição** (descrição clara e precisa), **características definidoras** (são os sinais e os sintomas, as evidências que levaram o enfermeiro a concluir que o problema existe) e **fatores relacionados** (causa do problema, natureza biológica, social, cultural, psicológica, espiritual, ambiental).

Quadro 2.2 | Definição da terminologia dos componentes estruturais do diagnóstico de enfermagem

Termo	Descrição
Diagnóstico de enfermagem	Problema, potencialidade ou risco identificado em indivíduo, família, grupo ou comunidade.
Característica definidora	Manifestações clínicas (objetiva/subjetiva).
Fator relacionado	Agente causador ou fator que promove.
Fator de risco	Determinante (aumenta o risco).

Fonte: adaptado de Nanda (2015).

Tipos de diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem podem ter o foco no **problema** (reais ou atuais); diagnóstico de **risco** (potenciais) ou voltados à **promoção da saúde**. Há, ainda, outro tipo de diagnóstico, mais limitado na Nanda, caracterizado por **síndrome**, na verdade, seria um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem concomitantemente, sendo mais favorável à intervenção em conjunto.

O diagnóstico com foco no problema é um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/doença. O diagnóstico de risco diz respeito à vulnerabilidade do indivíduo, família, comunidade, para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável e o diagnóstico de promoção à saúde são respostas humanas que expressam o desejo de melhorar os comportamentos de saúde (NANDA, 2015).

O diagnóstico de risco não apresenta características definidoras e nem fatores relacionados, pois o problema ainda não está presente, é uma possibilidade, uma probabilidade de acontecer, ou seja, o indivíduo está vulnerável.

O diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde só apresenta as características definidoras, ou seja, expressa o desejo de melhorar os comportamentos de saúde.

Para o diagnóstico de enfermagem relacionado à síndrome, que é um tipo de diagnóstico ainda escasso na Nanda, por isso alguns autores não denominam como um dos tipos de diagnósticos, nesse caso, há as características definidoras e os fatores relacionados. Por exemplo, síndrome do idoso frágil (diagnóstico) relacionada à história de quedas, evidenciado por mobilidade física prejudicada, intolerância à atividade e isolamento social (NANDA, 2015).

Não há um mínimo de características definidoras e de fatores relacionados para cada diagnóstico de enfermagem selecionado. Dependerá se a exatidão do diagnóstico escolhido se traduz em uma única característica ou fator. Geralmente, pode-se utilizar mais de duas ou três características definidoras e fatores relacionados para embasar um conjunto de sinais e sintomas a fim de que o diagnóstico escolhido seja adequado.

Devemos lembrar também que a escolha de um diagnóstico de enfermagem não pode estar respaldada na condição da doença apenas, ou na rotulação de clientes a determinados procedimentos e/ou situações. Exemplo: cliente que será submetido a um procedimento cirúrgico ser rotulado com o diagnóstico de dor aguda, isso seria prever que a resposta de uma pessoa é a mesma que a de outra. Por isso, sempre temos que admitir cada cliente e realizar todas as etapas do processo de enfermagem, bem como a identificação dos diagnósticos de enfermagem para cada cliente, evitando diagnósticos errôneos e omissão de outros.

Você deve estar se perguntando, como escolheremos um diagnóstico de enfermagem? É natural que a habilidade clínica seja adquirida com a prática, mas é fundamental exercer o raciocínio crítico e o pensamento clínico ao longo da vida acadêmica e, posteriormente, na vida profissional.

O processo diagnóstico é definido como um modo de determinar um problema de saúde do cliente e de avaliar os fatores etiológicos que os determinam. Esse processo segue algumas etapas: o enfermeiro deve reconhecer as "pistas"/necessidades apresentadas pelo paciente e identificadas a partir de informações sobre um problema de saúde ou um processo vital, isso ocorre na coleta de

dados e exame físico, na qual compreende-se a investigação de enfermagem. A partir dessas “pistas”, elas devem ser interpretadas e agrupadas para a identificação de hipóteses diagnósticas que conduzirão às intervenções de enfermagem (COREN, 2015).



Exemplificando

Retomaremos o exemplo da situação-problema: o primeiro passo é a identificação das evidências (pistas): ansiedade, dispneia, sente-se bem, quer ir embora; preocupado devido a não comunicação com os familiares; descobriu que sua glicemia está alta, relata não se alimentar bem, e a ausência de evacuação há três dias; abdome distendido, doloroso à palpação profunda, macicez à percussão; antecedentes familiares de diabetes e coronariopatias; é sedentário; história atual de infarto agudo do miocárdio.

O segundo passo é agrupar essas pistas, de acordo com o padrão de normalidade ou necessidades humanas básicas afetadas, ou padrões funcionais de saúde. Podemos agrupá-las em pistas agrupadas 1: ansiedade, dispneia, abdome doloroso à palpação profunda, ausência de evacuação há três dias, taxa de glicemia alterada. Pistas agrupadas 2: sedentarismo, não se alimenta bem, antecedentes pessoais de infarto agudo do miocárdio, antecedentes familiares de diabetes e coronariopatias.

O terceiro passo é a formulação de hipóteses diagnósticas, as pistas agrupadas em 1: podem levar a pensar em medo, ansiedade, padrão respiratório ineficaz, constipação, nutrição alterada, entre outros. Já nas pistas agrupadas em 2: podemos pensar em risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, manutenção ineficaz da saúde, falta de adesão, vida sedentária, entre outros. Após a inferência de possíveis diagnósticos, o enfermeiro deverá identificar aquele que melhor se adéqua à situação de saúde no contexto atual, ou seja, o diagnóstico mais exato para a situação. Isso dependerá do conhecimento prévio, dos diagnósticos de enfermagem, da prática clínica, das habilidades cognitivas e perceptuais, entre outras características.

Quais seriam os dois diagnósticos prioritários nessa situação-problema?

O diagnóstico de enfermagem constitui a “base para a seleção de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados

que são de responsabilidades dos enfermeiros” (NANDA, 2015, p. 27). Estudaremos as intervenções e os resultados esperados nas próximas seções.



Assimile

Quando comunicamos as decisões sobre os diagnósticos de enfermagem, precisamos de um sistema de classificações padronizadas, ou seja, uma linguagem padronizada, universal. Na enfermagem, há sistemas específicos, como: *North American Nursing Diagnosis Association International* - Nanda I; Classificação das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classification* - NIC; Classificação dos Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classification* - NIC e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE.

Aprenderemos detalhadamente cada sistema de classificação na próxima seção.

O processo de enfermagem é algo dinâmico, em que todas as etapas se inter-relacionam e são interdependentes. É comum termos que retomar a coleta de dados quando estamos escolhendo um diagnóstico de enfermagem ou se a intervenção não alcançou os resultados esperados, deve-se avaliar novamente os diagnósticos escolhidos.



Pesquise mais

Os diagnósticos mais frequentes identificados em clientes com infecção hospitalar foram: risco de infecção, déficit do autocuidado para banho, risco de integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada, desobstrução ineficaz de vias aéreas, risco de aspiração e integridade da pele prejudicada. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10741/11849>>. Acesso em: 15 out. 2017.

Sem medo de errar

Sr., 35 anos, solteiro, motorista, com diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio (IAM), está no terceiro dia de internação.

Consciente, comunicativo, ansioso, sem queixas álgicas, se diz bem para ir embora. Seus familiares estão em outra cidade, o que lhe causa preocupação, pois não pôde avisá-los sobre sua internação. Ao exame pulmonar: tórax simétrico, MV + bilateralmente sem ruídos adventícios FR = 26 rpm; exame cardíaco: BRNF em 2 t sem sopros, FC = 80 bpm, PA = 140 x 90 mmHg, abdome distendido, indolor à palpação superficial e doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, macicez à percussão, RHA +; sem edema nos MMII, relata que sua última evacuação foi há três dias. Antecedentes familiares de diabetes e coronariopatias. Descobriu durante a internação que suas taxas glicêmicas estão acima do normal. Refere ser sedentário e ter dieta alimentar composta por alimentos bem salgados e gordurosos em sua maioria, além de intervalos longos entre uma refeição e outra.

Aprendemos que primeiro devemos agrupar os achados alterados e relevantes do contexto de saúde-doença, após o agrupamento, devemos inferir algumas hipóteses diagnósticas, sempre buscando a evidência do que foi encontrado, exemplo: ele relata ausência de evacuação há três dias, isso pode ser investigado através da distensão abdominal, dor na palpação profunda em região ilíaca esquerda e a macicez à percussão abdominal, o cliente apresenta dispneia, pode estar ligado à própria patologia ou, nesse caso, está ligado à ansiedade de estar internado, preocupação de avisar os familiares. A glicemia está alta, isso corrobora com o fato de ele ter uma vida sedentária, se alimentar mal, é motorista, não faz exercícios. Após inferir alguns possíveis diagnósticos, escolhemos aquele que traduz a condição de saúde do momento, cujo diagnóstico proporcionará escolher intervenções apropriadas visando ao alcance de resultados. Nesse caso, podemos citar alguns diagnósticos, como: ansiedade relacionada à mudança de condição de saúde, evidenciada por preocupação, dispneia; constipação relacionada à mudança ambiental recente e/ou hábitos alimentares inadequados, evidenciada pela distensão e dor abdominal e macicez à percussão; risco de glicemia instável relacionado ao estresse excessivo e/ou conhecimento insuficiente da doença. Esses seriam os diagnósticos prioritários, nos quais o enfermeiro deve atuar para buscar a melhora do quadro de saúde, porém, outros diagnósticos também podem ser escolhidos após intervir na ansiedade e na constipação, para melhorar o quadro de saúde atual.

Identificando diagnósticos de enfermagem

Descrição da situação-problema

A.V.W, sexo masculino, 35 anos, admitido na clínica médica. Relata sentir os sintomas há 3 dias, que incluíam: cefaleia, dor abdominal intensa e contínua, mialgia, febre alta, náuseas, vômitos persistentes e cansaço. Relata que pela manhã sua esposa notou vermelhidão progressiva no corpo. Deu entrada nesse hospital deambulando, consciente, orientado, letárgico, verbalizando, desidratado, descorado, acianótico, anictérico. Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, sem presença de alopecia, sem pediculose, pupilas isocóricas e fotorreagentes, escleróticas sem alterações, pavilhão auricular sem presença de cerumes, fossas nasais em aspectos normais, sem desvio de septo, sem secreção, cavidade oral hidratada, com dentição completa, pescoço com gânglios auriculares palpáveis, porém, não infartados, eupneico, febril, tórax simétrico em expansibilidade normal, ausculta pulmonar com MV+ sem RA, ausculta cardíaca com BRNF em 2 tempos, sem sopros, abdome flácido globoso, indolor à palpação, ausculta com RHA aumentados, percussão com sons timpânicos, ausência de massa palpável, MMSS simétricos, pele com turgor diminuído, sem presença de edemas, com boa perfusão periférica, eliminações fisiológicas urinárias presentes, segundo o relato. Sinais vitais: 100 x 90 mmHg, T: 39,3 °C, FR: 19 rpm, FC: 74 bpm.

Resolução da situação-problema

Dados objetivos: febre, vômito, vermelhidão pelo corpo, deambulação, desidratado, descorado, letárgico, acianótico, anictérico, couro cabeludo íntegro, sem presença de alopecia, sem pediculose, pupilas isocóricas e fotorreagentes, escleróticas sem alterações, pavilhão auricular sem presença de cerumes, fossas nasais em aspectos normais, sem desvio de septo, sem secreção, cavidade oral hidratada, com dentição completa, pescoço com gânglios auriculares palpáveis, porém, não infartados, eupneico, febril, tórax simétrico em expansibilidade normal, ausculta pulmonar com MV+ sem RA, ausculta cardíaca com BRNF em 2 tempos, sem

sopros, abdome flácido globoso, indolor à palpação, ausculta com RHA aumentados, percussão com sons timpânicos, ausência de massa palpável, MMSS simétricos, pele com turgor diminuído, sem presença de edemas, com boa perfusão periférica. SSVV: 100 x 90 mmHg, T: 39,3 °C, FR: 19 rpm, FC: 74 bpm.

Dados subjetivos: cefaleia, dor abdominal, mialgia, náusea, cansaço, eliminações fisiológicas urinárias.

Agrupamentos:

1. cefaleia, mialgia, cansaço, vermelhidão.
2. hipotensão, letárgico, febre, desidratado, descorado, turgor diminuído.
3. dor abdominal, náusea, vômito, RHA aumentados.

Possíveis diagnósticos identificados:

Hipertermia relacionado à desidratação/doença evidenciada por hipotensão e letargia.

Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais, relacionada à ingestão alimentar insuficiente evidenciada por mucosas pálidas e sons intestinais hiperativos.

Volume de líquidos deficiente relacionado a vômitos, evidenciado por turgor diminuído, descorado, fraqueza, hipotensão, hipertermia.

Faça valer a pena

1. Cliente de 82 anos, recebeu o diagnóstico de enfermagem “deambulação prejudicada relacionada à dor, ao medo de cair e visão prejudicada, caracterizado por incapacidade de percorrer as distâncias necessárias”.

Nesse diagnóstico de enfermagem, a característica definidora é evidenciada por:

- a) Dor, medo de cair e visão prejudicada.
- b) Visão prejudicada.
- c) Incapacidade de percorrer as distâncias necessárias.
- d) Medo de cair.
- e) Deambulação prejudicada.

2. O diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde é um julgamento clínico a respeito da motivação e desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. São expressas pela disposição de melhorar o comportamento de saúde.

Dentre os diagnósticos de enfermagem citados a seguir, aquele voltado a um estado de promoção da saúde é:

- a) Manutenção ineficaz da saúde.
- b) Disposição para autoconceito melhorado.
- c) Comunicação verbal prejudicada.
- d) Risco de síndrome do desuso.
- e) Autonegligência.

3. Sr. A.S., 69 anos, viúvo há três meses, aposentado. Tem recorrido à UBS com queixa de dificuldade para dormir, falta de energia e mudança de humor. Mora com a filha, genro e neta de 3 anos. De vez em quando costuma ingerir bebida alcoólica, não tem muitos amigos e sente vergonha de morar com a filha.

Observa-se que a atividade/repouso do Sr. A.S. está comprometida. Qual diagnóstico de enfermagem do Domínio 4: atividade e repouso podemos identificar nesse caso?

- a) Negligência unilateral.
- b) Memória prejudicada.
- c) Baixa autoestima situacional.
- d) Padrão de sono prejudicado.
- e) Processos familiares disfuncionais.

Seção 2.3

Classificação das práticas de enfermagem

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, você estudará as classificações das práticas de enfermagem. Você verá que na enfermagem precisamos de uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem, ou seja, uma linguagem padronizada e universal entre a equipe e entre os serviços de saúde que prestam a assistência de enfermagem. Assim, conheceremos algumas dessas linguagens padronizadas.

Para iniciar, acompanharemos a rotina de trabalho da Maria. Ela é enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde, que atende a clientela da região através da Estratégia da Saúde da Família. Algumas das funções da Maria são realizar visitas domiciliares, consultas de enfermagem, curativos, vacinação, grupos focais, procedimentos de sua competência técnica e científica. Maria iniciou o acompanhamento da jovem S.M., de 30 anos, com a seguinte queixa principal: relata pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (inguas), relata incomodar esteticamente. Seus antecedentes obstétricos são: menarca aos 12 anos, menstruação regular, já tratou candidíase há um ano. Teve quatro gestações, três partos normais e um aborto espontâneo. Relata atividade sexual desde os 14 anos, frequente, não tem companheiro fixo e não utiliza práticas contraceptivas.

Maria precisa iniciar a assistência dessa jovem, mas ela será transferida de unidade daqui a dois dias. Seu receio é com relação à descontinuidade da assistência, por não poder acompanhar o caso futuramente. Como a enfermeira Maria poderá iniciar a assistência e garantir a continuidade de atendimento à jovem? Será que a outra enfermeira que a substituirá entenderá o caso, suas anotações, sua conduta? Será que na saúde coletiva temos como dar seguimento a esse atendimento, existe uma linguagem padronizada?

Entenderemos se Maria poderá ficar tranquila com relação à continuidade do atendimento.

Não pode faltar

Para a consolidação da enfermagem como ciência, muitos desafios foram lançados aos profissionais de enfermagem. Um desses desafios é estabelecer uma linguagem comum, universal e padronização das práticas de enfermagem, que possam ser usadas em diferentes contextos e culturas.

As classificações de linguagem em enfermagem estudadas serão: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE; Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC; Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I; Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC e Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC.



Atenção

"Classificar significa desenvolver uma linguagem que possa descrever os julgamentos clínicos pelos quais os enfermeiros são responsáveis" (TANNURE, 2013, p. 143).

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde recomendou a criação de uma classificação que representasse a enfermagem mundialmente. Em 1989, durante a realização do Congresso do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), realizado em Seul, foi votada e aprovada a proposta de desenvolvimento de um Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). Em 1990 formou-se a equipe de desenvolvimento da CIPE (TANNURE, 2013).

Inicialmente, essa equipe realizou um levantamento mundial sobre os sistemas de classificação vigentes na enfermagem e, de modo geral, constataram que a enfermagem, em diversas regiões do mundo, usava algum sistema para descrever os elementos da prática de enfermagem e já aspirava por um sistema que representasse a enfermagem mundialmente.



Assimile

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial. É, também,

considerada uma tecnologia de informação, pois proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas, no âmbito mundial, contribuindo para que a prática dos profissionais da enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne visível no conjunto de dados sobre saúde e reconhecida pela sociedade (GARCIA, 2017).

Em 1993, o CIE apresentou o documento intitulado *Nursing's next advance: an internacional classification for nursing practice* (próximo avanço da enfermagem: uma classificação internacional para a prática da enfermagem). Nesse documento, já constavam 14 classificações das práticas de enfermagem.

Em 1996, a CIE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão Alfa: um marco unificador, constituída de duas classificações: Fenômenos de Enfermagem (era monoaxial e os termos estavam arranjados de forma hierárquica) e Intervenções de Enfermagem (era multiaxial, com os termos organizados segundo os eixos: tipos de ação, objetos, abordagens, meios, local do corpo e tempo/lugar).

Em 1999, foi criada a versão Beta. Os componentes eram fenômenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem. Os fenômenos de enfermagem eram constituídos de oito eixos: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, lugar do corpo, topologia, probabilidade e portador. Em 2001, criou-se a versão Beta 2, sua estrutura e conceitos foram mantidos da versão Beta, realizaram-se correções e foram acrescidas declarações de enfermagem.

Fenômeno de enfermagem: aspecto da saúde relevante para a prática de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem: rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenômeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem é composto pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Fenômeno.

Ação de enfermagem: comportamento dos enfermeiros na prática

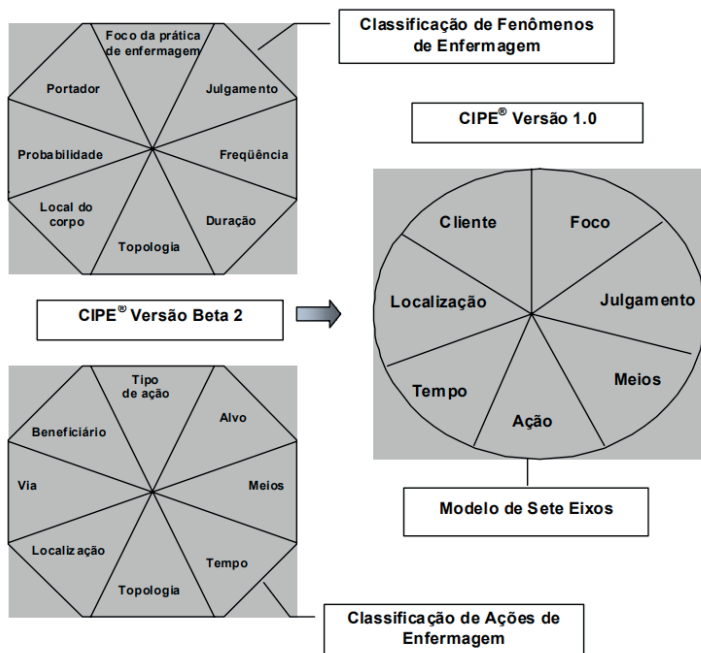
Intervenção de enfermagem: ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, de modo a produzir um resultado de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é composta pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Ação.

Resultado de enfermagem: a medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem.

Embora a versão Beta 2 estivesse sendo usada amplamente pelos enfermeiros, constatou-se que o objetivo de manter um sistema unificado da linguagem de enfermagem não estava satisfazendo as necessidades dos enfermeiros (CIPE, 2016).

Assim, em 2005, a CIE divulgou a CIPE Versão 1.0, contendo uma única estrutura de classificação, organizada em sete eixos.

Figura 2.6 | Da CIPE® Versão Beta 2 para o Modelo de Sete Eixos da Versão 1.0



Fonte: CIPE (2016, p. 18).

Desse modo, a partir da CIPE Versão 1.0, o modelo de sete eixos, ou seja, multiaxial (foco, julgamento, meios/recursos, ação, tempo, localização e cliente), possibilita ao enfermeiro construir os enunciados dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem (BARROS et al., 2015).



Foco: a área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida).

Julgamento: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (exemplos: risco, interrompido, anormal).

Cliente: sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família).

Ação: um processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, trocar, monitorar).

Meios/recursos: uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção (exemplos: bandagem, técnica de treinamento de bexiga, exercício de nutrição).

Localização: orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções (exemplos: posterior, abdome, escola).

Tempo: o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: admissão, nascimento, crônico). (CIPE, 2016, p. 19)

Continuamente, outras versões da CIPE foram publicadas e incluídos novos conceitos (diagnósticos, resultados e intervenções): em 2008 a versão 1.1; em 2009 a versão 2.0; divulgação da versão CIPE versão 2011; divulgação da CIPE versão 2013. Na sua atual versão de 2015 - CIPE versão 2015, foram adicionados 430 novos conceitos e alterados 1.592 conceitos das versões anteriores (CIPE, 2016).

De acordo com a CIPE (2, 2009 p. 14):



um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação". Já os resultados de enfermagem "definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem" (CIPE, 2009, p. 14).

Para um enunciado de diagnóstico de enfermagem e um enunciado de resultado de enfermagem, é preciso: a) incluir um termo do Eixo do Foco; b) incluir um termo do Eixo de Julgamento; c) incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, dos Eixos do Foco, Julgamento ou de outros Eixos.



Exemplificando

Eixo do foco = pressão sanguínea + Eixo do julgamento = diminuída
= Diagnóstico de Enfermagem: pressão sanguínea diminuída
(TANNURE, 2013).

Segundo a CIPE (2009, p. 15), “intervenção de enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, de modo a originar um resultado de enfermagem”. O enunciado de intervenção de enfermagem deve ter: a) um termo do Eixo da Ação; b) pelo menos um termo-alvo (um termo-alvo pode ser um termo de qualquer eixo, exceto do Eixo do Julgamento); c) termos adicionais, de acordo com a necessidade, do Eixo da Ação ou qualquer outro eixo.



Exemplificando

Eixo da ação = monitorar + Eixo do foco = frequência cardíaca
= Intervenção de Enfermagem: monitorar a frequência cardíaca
(TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Estudaremos, agora, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC.

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®) é um projeto desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, como contribuição brasileira da CIPE (EGRY; CUBAS, 2006).

A CIPESC busca padronizar a linguagem em atenção básica à saúde. Esta é moldada de acordo com a ênfase maior do cuidado, na perspectiva de Saúde Coletiva (BARROS; CHIESA, 2007).

Na prática, é uma ferramenta de trabalho do enfermeiro, ao sistematizar os elementos de sua prática, possibilitando dar

visibilidade, tanto do ponto de vista assistencial, quanto da gerência e da investigação. Além disso, a CIPESC é um instrumental pedagógico potente para a formação e a qualificação de enfermeiros brasileiros comprometidos com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (NICHATA et al., 2012).

O inventário vocabular do Projeto CIPESC foi desenvolvido utilizando-se, como referencial, a estrutura de eixos proposta na CIPE - versão Beta. Os resultados desse inventário vocabular levaram à identificação de 331 termos no eixo foco da prática de enfermagem, distribuída em dois grupos: ações de enfermagem realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem e ações executadas a partir de outras funções assumidas por componentes da equipe de enfermagem de unidades básicas de saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2000).



Reflita

Para compreendermos melhor como podemos aplicar a CIPESC, as autoras desse artigo utilizam esse instrumento no cuidado de pacientes com AIDS.

SANTOS, S. M. J. dos; NÓBREGA, M. M. L. da. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 4, p. 369-378, 2004. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/179.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

Para entendermos melhor o que significa a aplicabilidade da CIPESC, o profissional deve seguir um instrumento contendo, após a seleção do estudo de caso do indivíduo: a) seleção das expressões, palavras e informações mais relevantes do caso; b) classificação das informações selecionadas em potenciais de desgaste/problemas e potenciais de fortalecimento; c) organização das informações, segundo as necessidades afetadas e/ou envolvidas; d) seleção de até três necessidades prioritárias para intervenção no momento inicial do atendimento; e) construção dos diagnósticos de enfermagem, descrição dos resultados esperados e elaboração da lista com as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico (NICHATA et al., 2012).



NICHIATA et al. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®**: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/32.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

Agora, abordaremos a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda I, que já estudamos na seção anterior, na segunda etapa do processo de enfermagem relacionada aos diagnósticos de enfermagem.

Na Seção 2.2, vimos que o termo diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura americana em 1950. Após a I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, em 1973, os diagnósticos foram organizados em uma lista alfabética. Em 1987, a Nanda I propôs a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem, denominada Taxonomia I e, em 2002, foi adotada a Taxonomia II, adaptada da estrutura de coleta de dados dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon (de 1982).

Atualmente, a Taxonomia II está estruturada em três níveis: 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2015).

A Taxonomia II é multiaxial, sendo um sistema que consiste em sete eixos: foco diagnóstico; sujeito do diagnóstico; julgamento; localização; idade; tempo e situação do diagnóstico.

Vimos também que os componentes estruturais de um diagnóstico de enfermagem são: título (enunciado), definição (descrição clara e precisa), características definidoras (são os sinais e os sintomas, as evidências que levaram o enfermeiro a concluir que o problema existe) e fatores relacionados. De acordo com o tipo de diagnóstico, os componentes poderão estar presentes ou não. Os diagnósticos podem ser focados no problema (reais ou atuais); diagnósticos de risco (potenciais) ou voltados à promoção da saúde.

O processo diagnóstico consiste na coleta de informações, na interpretação dessas informações, no seu agrupamento e na denominação desse agrupamento, por fim, é dado o diagnóstico de enfermagem. Na prática, muitos enfermeiros e os serviços de saúde utilizam um software ou prontuário eletrônico que possui a taxonomia como ferramenta para a padronização da prática de enfermagem.

Agora, estudaremos a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC. A NOC foi desenvolvida com o intuito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (BARROS et al., 2015).

A NOC é uma taxonomia que contém os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem da Taxonomia da Nanda.

A importância dessa Classificação de Resultados de Enfermagem justifica-se como uma taxonomia que permite identificar resultados padronizados, possibilitando aos enfermeiros estudar e comparar os efeitos das intervenções realizadas (Classificações das Intervenções de Enfermagem - NIC) nas diversas unidades de saúde e, desse modo, buscar, a partir de indicadores, a melhora na qualidade do cuidado prestado pela enfermagem (TANNURE, 2013).



Exemplificando

Para o Diagnóstico de Enfermagem (Nanda I): mobilidade física prejudicada, há nove resultados esperados descritos na NOC: "desempenho da mecânica corporal; desempenho na transferência; equilíbrio; função esquelética; locomoção: cadeira de rodas; locomoção: caminhar; mobilidade; movimento articular e movimento coordenado" (JOHNSON et al., 2009, p. 339-343).

O enfermeiro deve analisar que resultado se pretende que o cliente alcance, de acordo com o seu quadro clínico, condições de saúde-doença, ou seja, qual o resultado esperado para o cliente.

Abordaremos mais adiante, na terceira etapa do processo de enfermagem, a fase de planejamento da assistência, assim, voltaremos a falar mais sobre os resultados esperados.

Por último, conheceremos outra Classificação das Práticas de Enfermagem, a Classificação das Intervenções de Enfermagem, chamada NIC.

A NIC é uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros. A intervenção é qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente (BARROS et al., 2015).

A quinta edição da NIC possui 542 intervenções de enfermagem. Cada uma delas possui uma lista de atividades. As intervenções estão dispostas em 7 domínios e 30 classes.



Exemplificando

Utilizando o mesmo Diagnóstico de Enfermagem (Nanda I): mobilidade física prejudicada, temos mais de 18 intervenções principais e 30 intervenções sugeridas. Exemplos de algumas intervenções: promover exercícios físicos passivos para fortalecimento; auxiliá-lo e incentivá-lo no autocuidado; atentar às grades do leito e/ou à cadeira de rodas, para prevenção de quedas; controlar a dor, através de uso de coxins e dispositivos de conforto; manter ambiente seguro, entre outras intervenções (JOHNSON et al., 2009).

Para a seleção de uma intervenção de enfermagem, deve-se considerar o resultado esperado do paciente, as características do diagnóstico de enfermagem, a praticabilidade para realizar a intervenção, a aceitação do paciente e a habilidade do enfermeiro.



Atenção

As classificações NANDA, NOC e NIC podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto, e também usadas com qualquer teoria de enfermagem e em todos os locais e serviços de prática assistencial.

Sem medo de errar

Maria é enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde, que atende a clientela da região através da Estratégia da Saúde da Família. Maria iniciou o acompanhamento da jovem S.M., de 30 anos, com a seguinte queixa principal: relata pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), relata incomodar esteticamente. Seus antecedentes obstétricos são: menarca aos 12 anos, menstruação regular, já tratou candidíase há um ano. Teve quatro gestações, três partos normais e um aborto espontâneo. Relata atividade sexual desde os 14 anos, frequente, não tem companheiro fixo e não utiliza práticas contraceptivas.

Maria precisa iniciar a assistência dessa jovem, mas ela será transferida de unidade daqui a dois dias. Seu receio é com relação à descontinuidade da assistência, por não poder acompanhar o caso.

A enfermeira Maria não precisa ter esse receio, pois a continuidade do atendimento à jovem será mantida mesmo que

seja por outra enfermeira. Na saúde coletiva, existem protocolos específicos de atendimento, e esses deverão ser seguidos por todos os profissionais. Nas práticas de enfermagem, a linguagem padronizada e universal na saúde coletiva, chama-se CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Mesmo que a enfermeira não dê continuidade à assistência, outra enfermeira seguirá a mesma linguagem padronizada. Nesse caso, Maria terá que: a) elencar primeiro as expressões, as palavras e as informações mais relevantes do caso; b) fazer a classificação das informações selecionadas em potenciais de desgaste/problemas e potenciais de fortalecimento; c) organizar as informações, segundo as necessidades afetadas e/ou envolvidas; d) selecionar até três necessidades prioritárias para intervenção no momento inicial do atendimento; e) fazer a construção dos diagnósticos de enfermagem, descrição dos resultados esperados e elaboração da lista com as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico.

Após iniciar a assistência, mesmo que Maria tenha que ser substituída, a outra profissional compreenderá o atendimento inicial e dará seguimento.

Avançando na prática

Diagnóstico de enfermagem: ansiedade

Descrição da situação-problema

Carolina tem 19 anos e iniciou os estudos de enfermagem. Toda vez que tem uma atividade avaliativa na faculdade, como provas ou apresentações de trabalhos, ela começa a passar mal, sente-se enjoada, as mãos ficam frias e trêmulas e tem dores abdominais. Carolina relatou isso para as amigas, mas elas disseram que isso era bobagem, frescura dela. Quando passa, ela fica com muita vergonha e até pensa em abandonar o curso. Carolina resolveu ir até a UBS de seu bairro para conversar com a enfermeira Jade. A enfermeira, ao iniciar a conversa com a jovem, notou: vestimentas inapropriadas para a temperatura (estava calor e ela estava de calça e blusas); postura retraída, fala mansa, dificuldade para expressar-se, tensão ao falar. Notou aparente emagrecimento.

Como a enfermeira promoverá a assistência dessa paciente? Podemos promover intervenções de enfermagem nesse caso?

Resolução da situação-problema

Jade, após ouvir seu relato com relação à faculdade, a tranquiliza, dizendo que isso é um quadro de ansiedade, pontual e até esperado para a situação que é uma novidade. No prontuário da jovem, suas observações são:

16/11, às 10 horas. Jovem me procura na UBS para relatar uma situação que vem ocorrendo na faculdade. Apresenta diagnóstico de enfermagem de ansiedade. Ela identificou os estressores (atividade avaliativa e falar em público na faculdade), espera-se que ela consiga focar sua atenção nos seus objetivos e melhorar o enfrentamento perante esses estressores. Jade deixou anotadas as intervenções de enfermagem propostas nesse caso, para que todos da equipe possam intervir: usar abordagem calma e segura; ouvir atentamente a paciente; esclarecer as expectativas da situação, de acordo com a compreensão da paciente; incentivar o autocuidado, como cuidar do corpo, da alimentação, vestimentas; encorajar a buscar atividades de bem-estar, como massagem, relaxamento, alongamento ou outras atividades que ela goste/aceite; ajudar a identificar as situações que desencadeiam a ansiedade; identificar quando o nível de ansiedade se modifica; propor consulta com a psicóloga para ajudá-la, encaminhar para o clínico quando necessitar de medicamento, ou o estado se agravar.

Com essas anotações, a enfermeira garantirá que qualquer profissional de saúde que a atenda saiba da situação ocorrida, possibilitando a continuidade da assistência.

Faça valer a pena

1. Classificar significa desenvolver uma linguagem que possa descrever os julgamentos clínicos pelos quais os enfermeiros são responsáveis. Na enfermagem, temos algumas Classificações das Práticas de Enfermagem, mundialmente conhecidas.

De acordo com as Classificações das Práticas de Enfermagem estudadas, a alternativa que cita todas essas classificações é:

- a) CIE, CIPE, CIPESC, NANDA, NOC, NIC.
- b) CIPE, CIPESC, CIE, NOC, NIC.
- c) CIPE, CIPESC, NANDA, NOC, NIC.
- d) CIPE, NANDA, NOC, NIC.
- e) CIPESC, NANDA, NOC, NIC.

2. A partir da CIPE versão 1.0, o modelo de sete eixos, ou seja, multiaxial (foco, julgamento, meios/recursos, ação, tempo, localização e cliente), possibilita ao enfermeiro construir os enunciados dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.

Na versão 1.0 da CIPE, temos sete eixos. O eixo que corresponde à sua definição correta é:

- a) Eixo cliente: a área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida).
- b) Eixo ação: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (exemplos: risco, interrompido, anormal).
- c) Eixo foco: sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família).
- d) Eixo julgamento: um processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, trocar, monitorar).
- e) Eixo meios: uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção (exemplos: bandagem, técnica de treinamento de bexiga, exercício de nutrição).

3. A aplicabilidade de sistemas classificatórios de enfermagem, bem como a compatibilidade entre as diversas classificações, surge como foco principal para avaliar outros sistemas de classificação. Contudo, para cumprir com os objetivos propostos, essa classificação deve ser incorporada à atividade diária assistencial, burocrática e de pesquisa, tanto por enfermeiros como por docentes nas instituições de ensino e de pesquisa.

Com relação às Classificações das Práticas de Enfermagem, a alternativa correta é:

- a) A NIC atualmente conta com a Taxonomia II e está estruturada em três níveis: 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos de enfermagem.
- b) A CIPESC busca padronizar a linguagem em atenção básica à saúde, esta é moldada de acordo com a ênfase maior do cuidado, na perspectiva de Saúde Coletiva.

- c) A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito brasileiro.
- d) A NANDA foi desenvolvida com o intuito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.
- e) A NOC é uma linguagem padronizada, que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros.

Referências

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. Tradução: Regina Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BARROS, A. L. B. L. de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BARROS, A. L. B. L. de et al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática/Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033293009>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® Versão 2015. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros. 2016. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/CIPE2015.aspx>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

_____. **Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE**. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Tradução: Dra. Hermínia Castro. 2009. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/linhas_cipe.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. 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/resoluocofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 5 out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. **Processo de enfermagem**: guia para a prática/Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; BARROS, A. L. B. L. de et al. – São Paulo: COREN-SP, 2015.

EGRY, E. Y., CUBAS, M. R. **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário**. CIPESC®: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn-Seção Paraná, 2006.

GARCIA, T. R. Avanços no conhecimento da classificação internacional para a prática de Enfermagem – CIPE® (1989-2017). **1º Encontro Internacional do Processo de Enfermagem**. 22 e 23 jun. 2017. São Paulo. Disponível em: <<http://enipe.com.br/sites/default/files/inline-files/Telma%20Manuscrito.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Projeto CIPESC/ABEn/CIE: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn/Ideia, 2000.

JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Tradução: Regina Machado Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda**: definições e classificações 2015-2017/Nanda Internacional. organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros et al. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 766-771, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/32.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

PORTO, C. C. **Exame clínico**: bases para a prática médica. Coeditor Arnaldo Lemos Porto. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE** – sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Etapas da sistematização de enfermagem II

Convite ao estudo

Caro aluno, bem-vindo à Unidade 3!

Nesta unidade, iremos exemplificar a composição de um diagnóstico de enfermagem, ou seja, iremos identificar o seu enunciado, os tipos de diagnósticos e os dados usados para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro. Também continuaremos com as Etapas do Processo de Enfermagem e estudaremos a terceira e a quarta etapa que são a fase de planejamento e implementação da assistência de enfermagem, respectivamente. Dessa forma, ao final desta unidade você terá adquirido o conhecimento necessário para diagnosticar, planejar e implementar o processo de enfermagem.

Agora você está convidado a refletir sobre a situação-problema a seguir. Vamos acompanhar o estudante Pedro que está em uma enfermaria assistindo um senhor que está com diagnóstico médico de câncer de próstata, além de apresentar algumas alterações clínicas e comportamentais. Vamos ajudar Pedro nessa nova jornada!

Seção 3.1

Taxonomia Nanda: classificação dos diagnósticos de enfermagem

Diálogo aberto

Caro aluno, iniciamos a Unidade 3 aprofundando um pouco mais nos diagnósticos de enfermagem, estudado na segunda etapa do processo de enfermagem na Seção 2.2. Agora vamos compreender melhor a estrutura dos diferentes diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco). Em seguida, na Seção 3.2, daremos continuidade a terceira etapa do processo de enfermagem, denominada planejamento, e na Seção 3.3 a quarta etapa do processo de enfermagem é chamada de implementação.

Vamos acompanhar o estudante Pedro que está na enfermaria assistindo o cliente L.S., 57 anos, emagrecido, apático, descorado, fala lenta, com dificuldade para deambulação. Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 10 anos e tabagista há 35 anos. Há dois meses descobriu câncer de próstata. Está acompanhada da esposa e da filha, ambas estão muito preocupadas com ele, pois ele sempre foi muito alegre e agora anda bem triste, com perda de apetite, um certo isolamento de sua parte e também se encontra afastado do trabalho (motorista de ônibus escolar) desde o início da doença. Sinais vitais (SSVV): PA=140 X 90 mmHg, FC=80 bpm, R=23 rpm, peso=68 Kg (emagreceu 10 kg nos últimos meses) e altura=1,82 cm.

Após a coleta de dados e exame físico (investigação de enfermagem), Pedro irá propor algumas hipóteses diagnósticas relacionadas às respostas desse cliente, como por exemplo, inferir sobre a dificuldade de deambulação, mudança de comportamento, alteração da respiração, falta de apetite. Mas nesse caso vamos nos concentrar naquele diagnóstico prioritário, qual seria? Se fosse proposto apenas um diagnóstico, qual você sugeria?

Vamos entender melhor os tipos de diagnósticos de enfermagem, e como o enfermeiro diagnostica. Bons estudos!

Não pode faltar

Em cada profissão da área da saúde, os profissionais traduzem na prática a maneira de descrever o “que” a profissão sabe e “como” age em relação ao que sabe. Na área médica por exemplo, eles utilizam uma linguagem para descrever o seu conhecimento. Como o foco é tratar a doença eles utilizam a taxonomia da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para traduzirem os problemas que tratam. Os profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras usam o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Já os enfermeiros tratam respostas humanas a problemas de saúde e utilizam a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA I).

Segundo a Classificação Internacional de Enfermagem, NANDA I, um diagnóstico é um “julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde e processos de vida, ou uma vulnerabilidade para essa resposta, para o indivíduo, família, grupo ou comunidade” (NANDA 2015, p. 25).



Assimile

A taxonomia NANDA I disponibiliza uma maneira de classificar e categorizar áreas que preocupam a enfermagem (ou seja, o foco é nos diagnósticos). Atualmente possui 234 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes.

Um domínio é uma “esfera de conhecimentos”, os domínios são: promoção da saúde; nutrição; eliminação e troca; atividade/repouso; percepção/cognição; autopercepção; papéis e relacionamentos; sexualidade; enfrentamento; princípios de vida; segurança/proteção; conforto e crescimento/desenvolvimento.

Cada domínio divide-se em classes, que são os “agrupamentos de características em comuns”.

Conforme vimos na Seção 2.2, os Diagnósticos de Enfermagem podem ser classificados: com **foco no problema** (reais ou atuais); voltados a uma condição de vulnerabilidade, chamados de diagnóstico de **risco** (potenciais) ou voltados à **promoção da saúde**. Também citamos que há ainda, outro tipo de diagnóstico, caracterizado por **síndrome**, ainda não muito

utilizado, diz respeito a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem concomitantemente, sendo mais favorável a intervenção em conjunto.

Como os enfermeiros diagnosticam?

Para realizar um diagnóstico de enfermagem, devemos aplicar o Processo de Enfermagem, nas seguintes etapas: coleta de dados/exame físico; diagnósticos de enfermagem; planejamento de enfermagem; intervenções e avaliação da assistência proporcionada. Não podemos omitir nenhuma das etapas, e devemos ter em mente que essas etapas se inter-relacionam. Para realizar um bom diagnóstico, a etapa de coleta de dados e exame físico é essencial. E em todas as etapas há a necessidade de ter conhecimento de outros conceitos ligados à ciência da enfermagem antes da identificação de padrões nos dados clínicos ou da elaboração de diagnósticos exatos (NANDA, 2015).



Refleta

Os enfermeiros e estudantes de enfermagem utilizam a primeira etapa do PE, ou seja, a investigação (coleta de dados e exame físico) para formular hipóteses ou explicações sobre os problemas reais ou potenciais do cliente, riscos ou oportunidades de promoção da saúde por meio do seu julgamento clínico e raciocínio crítico.

O diagnóstico de enfermagem geralmente possui duas partes: a) descritor ou modificador e b) foco diagnóstico, ou conceito – chave do diagnóstico, conforme mostra a figura a seguir:

Quadro 3.1 | Partes de um título/enunciado de diagnóstico de enfermagem

Modificador /descritor	Foco no diagnóstico
Ineficaz	Enfrentamento
Ineficaz	Desobstrução de vias aéreas
Risco de	Sobrepeso
Disposição para.....melhorado	Conhecimento
Prejudicada	Memória

Fonte: adaptado de Nanda, 2015.



Assimile

Diagnósticos de enfermagem com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes que os diagnósticos de risco.

As autoras desse artigo identificaram 19 diagnósticos de risco e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5671/4118>>. Acesso em: 9 mar. 2018.

Cada diagnóstico de enfermagem tem um título (enunciado) e uma definição clara. É importante saber que apenas o título é insuficiente. O ideal é que os enfermeiros conheçam as definições dos diagnósticos normalmente utilizados, e também conheçam os “indicadores diagnósticos”, que são os dados usados para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro (NANDA, 2015).



Atenção

O título do diagnóstico é um termo usado para representar o conceito diagnóstico, ou seja, é uma expressão concisa que representa um padrão de indicadores relacionados.

No Nanda (2015, p. 208), ao identificar um diagnóstico, sua apresentação será da seguinte maneira, exemplo:

Domínio 4. *Atividade/Repouso*

Classe 2. *Atividade/Exercício*

00085 (código do diagnóstico)

Mobilidade Física prejudicada (Título do diagnóstico)

(1973, 1998, 2013; LOE 2.1) (ano de aprovação, ano de revisão, nível de evidências)

Definição:

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

Características definidoras: alterações na marcha, desconforto, dificuldade para virar-se, dispneia ao esforço, etc.

Fatores relacionados: agente farmacológico, alteração na função cognitiva, alteração na integridade de estruturas ósseas, ansiedade, depressão, etc.

Os indicadores diagnósticos são: as características definidoras (que são os sinais e sintomas, manifestações objetivas e subjetivas, as evidências que levaram o enfermeiro a concluir que o problema existe); os fatores relacionados (causa do problema, natureza biológica, social, cultural, psicológica, espiritual, ambiental ou fator contribuinte) e os fatores de risco (são determinantes que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo/ comunidade a um evento não saudável de acontecer).

Um diagnóstico de enfermagem não precisa ter todos os indicadores diagnósticos (características definidoras, fator relacionado e fator de risco). Observa-se no quadro abaixo, os tipos de diagnósticos e seus respectivos elementos:

Quadro 3.2 | Tipos de diagnósticos e seus respectivos elementos

Tipo de diagnóstico/ Elemento	Real	De risco	Promoção da saúde	Síndrome
Título	X	X	X	X
Definição	X	X	X	X
Características definidoras	X	Não tem	X	X
Fatores relacionados	X	Não tem	Não tem	X
Fatores de risco	Não tem	X	Não tem	Não tem

Fonte: adaptado de COREN (2015, p. 68).

Segundo Nanda (2015), não existe um número mínimo de características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco que devem ser identificadas para diagnosticar um cliente com determinado diagnóstico de enfermagem. Vai depender muito do diagnóstico, uma única característica ou fator pode ser necessário assim como outros diagnósticos podem requerer três ou quatro características e/ou fatores para que o diagnóstico tenha precisão.

A seguir vamos exemplificar três tipos de diagnósticos de enfermagem e o formato mais comum para aprender, caracterizar e escrever o diagnóstico. Em seguida, está uma estrutura de um diagnóstico de enfermagem real.



Exemplificando

Estrutura de um Diagnóstico de Enfermagem real (foco no problema)
Domínio 11 (Segurança e Proteção) Classe 2 Lesão física:

_____ (título do diagnóstico de enfermagem) **relacionado**
a _____ (causa/fatores relacionados), **evidenciado por**
_____ (sinais e sintomas/características definidoras).

Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionado a muco excessivo e asma, evidenciado por sons respiratórios diminuídos bilateralmente, crepitações lobo esquerdo e tosse ineficaz persistente (NANDA, 2015, p. 373).

Segue um exemplo de diagnóstico de enfermagem de risco, estruturado apenas com os fatores de risco, que não possui os fatores relacionados e características definidoras.



Exemplificando

Estrutura de um Diagnóstico de Enfermagem de risco, Domínio 11 (Segurança e Proteção) Classe 1 Infecção:

_____ (diagnóstico de enfermagem) relacionado
a _____ (aumenta o risco/probabilidade/
vulnerabilidade).

Risco de infecção (diagnóstico de enfermagem) relacionado ao procedimento invasivo (NANDA, 2015, p. 369).

Para finalizar, logo a seguir consta a estrutura de um diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde, constando apenas as características definidoras, não possui fatores relacionados e fatores de risco.



Exemplificando

Estrutura de um Diagnóstico de Enfermagem de Promoção da saúde –
Domínio 1 (Promoção da Saúde) Classe 2 Controle da Saúde

_____ (diagnóstico de enfermagem) evidenciado pelo
desejo de melhorar a _____ (condição atual).

Disposição para controle da saúde melhorado evidenciado pela expressão
de desejo de melhorar o controle da doença (NANDA, 2015, p. 140).

Os diagnósticos de enfermagem são usados para identificar os resultados esperados com a assistência e planejar as intervenções específicas da enfermagem. Nas próximas seções daremos continuidade à terceira e quarta etapa do processo de enfermagem.



Pesquise mais

Nesse estudo, as enfermeiras identificaram uma média de 21 diagnósticos de enfermagem por cliente internado na clínica médica. Saiba mais no artigo Perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidade de clínica médica. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29356>>. Acesso em: 9 mar. 2018.

Sem medo de errar

O estudante Pedro, que está na enfermaria assistindo o cliente L. S., 57 anos, emagrecido, apático, descorado, fala lenta e com dificuldade para deambulação. Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 10 anos e tabagista há 35 anos. Há dois meses descobriu câncer de próstata. Está acompanhado da esposa e da filha, ambas estão muito preocupadas com ele, pois L. S. sempre foi muito alegre e agora anda bem triste, com perda de apetite e isolamento de sua parte e também se encontra afastado do trabalho (motorista de ônibus escolar) desde o início da doença. Sinais vitais (SSVV): PA=140 X 90 mmHg, FC=80 bpm, R=23 rpm, peso=68 Kg (emagreceu 10 kg nos últimos meses) e altura=1,82 cm.

Nesse caso, podemos inferir alguns diagnósticos relacionados à dificuldade de deambulação, mudança de comportamento, alteração da respiração, falta de apetite. Mas como prioritário, o seu emagrecimento chama a atenção, e isso poderá levar a outras complicações de saúde. Isso é evidenciado pelo próprio IMC (Índice de Massa Corporal) na qual o enfermeiro deve ter conhecimento previamente para ajudá-lo a identificar as alterações. Assim, identificamos na Nanda, o Domínio 2: Nutrição, Classe 1: Ingestão. Diagnóstico de Enfermagem: Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais. Definido como ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.

Esse diagnóstico é focado no problema real. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionado à ingestão alimentar insuficiente, transtorno psicológico e fatores biológicos, evidenciado por mucosas pálidas, ingestão de alimentos menor que a recomendada, interesse insuficiente pelos alimentos após a notícia da doença (NANDA, 2015, p. 157).

Nas etapas subsequentes do processo de enfermagem, denominadas de planejamento e intervenção, o enfermeiro deverá incentivar e auxiliar na dieta desse cliente, estimular a ingestão reforçando a sua importância. Também deverá identificar a mudança de comportamento, percepções errôneas, conhecimento da doença, fatores esses que podem estar prejudicando a sua ingestão. Além de averiguar se com o início do tratamento, pode ter alterações no paladar, aversão ao alimento, cavidade oral ferida, e assim ser encaminhado à nutricionista para avaliação e alterar sua dieta e/ou suplemento conforme necessário.

Avançando na prática

Dificuldades de uma idosa

Descrição da situação-problema

Uma senhora de 77 anos chega ao Pronto Socorro (PS) com sudorese intensa, desconforto abdominal e muito nervosa. PA: 180 X 120 mmHg, dextro: 230 mg/dl. Possui edema ++/4+ em ambos os membros inferiores (MMII). Relata que há 10 anos tem HAS e DM tipo II. É analfabeta e cuida do marido o qual possui sequelas do Acidente Vascular Encefálico (AVE) ocorrido há três meses. Os filhos moram longe e só a visitam uma vez ao ano. Nesse dia, não recorda se tomou os medicamentos. Foi medicada conforme a prescrição do clínico.

Com base nesse caso, comente a respeito de um diagnóstico de enfermagem real e um de risco.

Resolução da situação-problema

Dentre vários diagnósticos de enfermagem, nesse caso, podemos citar:

Diagnóstico focado no problema (real):

Manutenção ineficaz da saúde relacionado a tomada de decisão prejudicada, falta de conhecimento, suporte social evidenciado por conhecimentos insuficientes relativos a práticas básicas de vida (NANDA, 2015, p. 141).

Perfusão tissular periférica ineficaz relacionado ao DM, HAS, dieta rica em sal, conhecimento deficiente evidenciado por edema, dor em extremidade, pulsos periféricos diminuídos (NANDA, 2015, p. 226).

Tensão do papel de cuidador relacionado a responsabilidade de cuidado 24h/dia, complexidade das atividades evidenciado por DM, HAS, estresse, nervosismo (NANDA, 2015, p. 275).

Diagnóstico de risco:

Risco de síndrome do idoso frágil relacionado à idade acima de 70 anos, doenças crônicas, apoio social insuficiente, baixo nível educacional (NANDA, 2015, p. 145).

Risco de glicemia instável relacionado ao controle ineficaz dos medicamentos, monitorização inadequada da glicemia, conhecimento insuficiente, estresse (NANDA, 2015, p. 166).

Faça valer a pena

1. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) real descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais no ser humano. É composto de _____ e _____. O DE de promoção da saúde é um julgamento clínico da motivação e do desejo do ser humano de aumentar o bem-estar (...). É determinado por _____. Enquanto que o diagnóstico de risco é o julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que tem maior probabilidade de ocorrer no ser humano. É preciso dos _____ que contribuam para aumento da vulnerabilidade.

Completando as lacunas conforme a descrição correta de cada diagnóstico, a alternativa correta é:

- a) Características definidoras e fatores relacionados; fatores de risco.
- b) Características definidoras e fatores relacionados; características definidoras e fatores de risco.
- c) Características definidoras e características definidoras; fatores de risco; fatores de risco.
- d) Fatores relacionados e fatores de risco; características definidoras.
- e) Fatores de risco; características definidoras e fatores de risco.

2. De acordo com a NANDA, algumas características definidoras são: sentimento de culpa, depressão, isolamento social, estratégias ineficazes de enfrentamento e como fator relacionado transtornos psicológicos.

Dentre os diagnósticos de enfermagem listados a seguir, qual diagnóstico preenche as características definidoras e fator relacionado mencionado anteriormente?

- a) Risco de resiliência comprometida.
- b) Tristeza crônica.
- c) Resiliência prejudicada.
- d) Pesar.
- e) Negação Ineficaz.

3. Uma jovem de 25 anos após uma cirurgia intestinal de diverticulite necessitou-se de colocação de bolsa de colostomia descendente temporária. Ela é recém-casada, professora e tem uma vida social agitada.

Levando em conta as características da jovem, referente a bolsa de colostomia temporária e sua vida social, o diagnóstico de enfermagem nesse caso é:

- a) Padrão de sono prejudicado.
- b) Ansiedade.
- c) Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais.
- d) Distúrbio na imagem corporal.
- e) Síndrome do estresse pós-mudança.

Seção 3.2

Terceira etapa do processo de enfermagem: planejamento

Diálogo aberto

Caro aluno, chegamos à terceira etapa do Processo de Enfermagem (PE), chamada de planejamento. Conforme já mencionado em etapas anteriores, as fases do PE são inter-relacionadas, sendo assim, nessa terceira etapa, vamos recorrer à etapa anterior chamada de diagnósticos de enfermagem. Você verá que o planejamento dos resultados é o que desejamos alcançar para obter melhores respostas do processo saúde-doença do cliente. Vamos acompanhar os estudantes de enfermagem João e Carlos que estão planejando os resultados esperados de um cliente.

João e Carlos são estagiários em uma UBS, e após realizar a primeira e a segunda etapa do PE iniciaram a terceira, denominada de planejamento. Senhor P.S., 68 anos, comunicativo, lúcido, tabagista há 30 anos, bebe esporadicamente e adora frequentar o baile da terceira idade. É hipertenso há dez anos, e controla rigorosamente a sua pressão com medicação e está com sobrepeso. Frequenta a UBS periodicamente. Sua queixa principal é que apareceu uma “ferida” em sua perna, na região maleolar medial esquerda, e há um mês que mesmo fazendo os curativos prescritos na UBS acredita que não esteja melhorando, pois agora está atrapalhando as suas caminhadas no parque. Além disso, está nervoso, pois não quer perder o baile de final do ano. PA: 180 X 90 mmHg. Os estudantes identificaram os seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade; integridade tissular prejudicada; mobilidade física prejudicada; risco para infecção e obesidade. A enfermeira da UBS solicitou que os estudantes planejassem a assistência de enfermagem, para isso deveriam: estabelecer as prioridades e elaborar os resultados esperados.

Como os estudantes podem identificar as prioridades nesse caso? Quais seriam os diagnósticos prioritários? E como elaborar os resultados esperados?

Vamos ajudar João e Carlos?

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem inicia-se a terceira etapa do processo de enfermagem: o planejamento da assistência de enfermagem ou o planejamento dos resultados esperados.

Na administração, o planejamento significa “definir objetivos para o desempenho futuro da organização e decidir sobre as tarefas e a utilização dos recursos necessários para atingi-los” (CARAVANTES, 2008, p. 277).

Para o planejamento da assistência, necessita-se: estabelecer prioridades, fixar os resultados esperados de enfermagem, determinar as intervenções de enfermagem e assegurar que o plano seja registrado adequadamente (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, no artigo 2º o “planejamento de Enfermagem é a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 2).

O planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, garantir a prescrição adequada dos cuidados, orientar a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações de enfermagem (SANTOS et al, 2002).

Para seu desenvolvimento, essa etapa envolve diferentes atores, como: pessoa, procedimentos e local. Ou seja, envolve a pessoa que receberá os cuidados de enfermagem, e os procedimentos necessários para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do local no qual esse cuidado ocorrerá. Além dos componentes: família, a equipe de enfermagem e de saúde e os serviços disponíveis para que o cuidado aconteça, também estão inseridos no desenvolvimento do planejamento (COREN, 2015).



Para a elaboração desse plano de cuidados, há quatro finalidades principais que devem ser atendidas: promover a comunicação entre os cuidadores; direcionar o cuidado e a documentação; criar um registro para que possa ser usado mais tarde para avaliação, pesquisa e situações legais; subsidiar documentação das necessidades de cuidados de saúde com finalidade de reembolso da seguradora (ALFARO-LEFEVRE, 2005; TANNURE, 2010).

O planejamento de enfermagem pode ser compreendido por meio dos seus componentes, que são: estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários, a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem, que serão executadas na próxima etapa do processo de enfermagem, a fase de implementação (COREN, 2015).

Identificados os diagnósticos, como vimos na etapa anterior, devemos dar preferência aos prioritários para determinarmos os cuidados imediatos. Diagnósticos de enfermagem prioritários precisam ser identificados (ou seja, são aqueles diagnósticos urgentes que não podem esperar e demandam atenção imediata, e são também aqueles diagnósticos com alto nível de coerência com as características definidoras, fatores relacionados ou de risco) para que seja direcionada a resolução de problemas (NANDA, 2015; COREN, 2015).

Na prática, os enfermeiros e sua equipe devem analisar e determinar quais são os problemas ou necessidades do cliente que são urgentes e que precisam de atendimento imediato e aqueles cujo atendimento poderá esperar, a médio ou em longo prazo.

Além de saber que a priorização de diagnósticos de enfermagem também leva em conta o conhecimento científico e habilidades do enfermeiro e da sua equipe, a aceitação da pessoa que recebe o cuidado e os recursos humanos e materiais disponíveis no ambiente no qual o cuidado será oferecido (COREN, 2015).

Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar os resultados esperados com cuidado, e planejar as intervenções específicas da enfermagem.

Um resultado de enfermagem refere-se ao comportamento ou percepção mensurável, demonstrado pelo indivíduo, família, grupo ou comunidade, na qual responde a intervenção de enfermagem (NANDA, 2015).

Segundo Tannure (2010), os resultados esperados constituem um componente essencial na fase de planejamento, pois ao avaliar o alcance dos resultados, o enfermeiro poderá definir posteriormente se aquele diagnóstico foi solucionado ou minimizado, ou seja, se as prescrições de enfermagem foram eficazes.

Os resultados esperados para os diagnósticos de enfermagem devem representar condições propícias que podem ser alcançadas ou mantidas por meio das prescrições de enfermagem. Caso os resultados esperados não estiverem sendo alcançados, o enfermeiro deve reavaliar os diagnósticos, rever os prazos e os cuidados prescritos.

Para estabelecer os resultados esperados para cada diagnóstico identificado, o enfermeiro poderá utilizar algum sistema de linguagem padronizada, como a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC, *Nursing Outcomes Classification*), que é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas dos resultados relacionados aos diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2015).



Reflita

Quando os enfermeiros selecionam os diagnósticos de enfermagem, é comum e incorreto irem direto para as intervenções de enfermagem. É fundamental que o profissional analise os resultados esperados antes de determinar as intervenções. Por isso que essa etapa chama-se de “planejamento”.

A seleção dos resultados esperados deve levar em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, mensuráveis e atingíveis. Ou seja, um resultado sensível, demonstra a contribuição específica da enfermagem no cuidado às pessoas, e deve conter indicadores que possam ser medidos, assim será possível verificar o estado atual do indivíduo/família/comunidade e planejar o estado que se quer atingir desde a manutenção do estado atual ou a resolução do problema. E por fim, um resultado esperado é atingível quando há tempo suficiente para tal, se a pessoa sob o cuidado

concordar com o resultado selecionado e de suas condições para atingi-lo (COREN, 2015).

Tannure (2010), cita alguns itens necessários para a formulação de um resultado esperado, como: ser claro e conciso; ser centrado no cliente; estar relacionado ao título do diagnóstico; ser alcançável; conter limite de tempo e ser mensurável.



Exemplificando

Diagnóstico de enfermagem: integridade da pele prejudicada relacionada ao emagrecimento, imobilização física e idade avançada evidenciada por hiperemia na região sacral.

Resultados esperados: o cliente apresentará melhora da integridade da pele na região sacral em até sete dias.

(TANNURE, 2010).

A NOC está atualmente na quinta edição, e por meio da sua taxonomia, que é uma estrutura sistemática de resultados, contém: sete domínios, 32 classes e 490 resultados esperados. Cada resultado tem uma definição, uma escala de mensuração e uma lista de indicadores associados ao conceito e às referências de apoio.

A mensuração do resultado é realizada por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, é usada em todos os resultados e indicadores fornecendo um número adequado de opções para demonstrar a variabilidade do estado, comportamento ou percepção descrito no resultado Ex: no domínio um: saúde funcional, na classe D: autocuidado: alimentação, temos como resultado cinco indicadores que são mensurados pela escala *Likert* em “gravemente comprometido” a “não comprometido”. Essas escalas são padronizadas, sendo assim, um índice “5” significa sempre uma pontuação melhor possível, enquanto que o índice “1” é a pior possível.

Quadro 3.3 | Exemplo de uma classificação de resultados de enfermagem, segundo NOC

Domínio 1: Saúde funcional					
Classe D: Autocuidado	Resultados que descrevem a capacidade do indivíduo de cumprir atividades básicas e instrumentais de vida diária.				
0303: Autocuidado: Alimentação	Ações pessoais para preparar e ingerir alimentos e líquidos de modo independente, com ou sem dispositivos auxiliares.				
	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Classificação geral do resultado:	1	2	3	4	5
Indicadores:					
Prepara alimentos para ingestão					
Abre recipientes					
Corta alimentos					
Utiliza utensílios					
Coloca o aumento no utensílio					

Fonte: adaptado de Moorhead, 2016.

Para medir os resultados, pode-se usar uma “pessoa de referência” para comparação com o cliente que está sendo cuidado. Ou seja, essa pessoa de referência é definida como uma pessoa saudável que possua a mesma idade e o mesmo sexo. Isso significa que quando você vai mensurar os resultados de um cliente, você utiliza as mesmas experiências pessoais com outros clientes da mesma faixa etária para fazer a comparação. Isso garante fazer comparações com diferentes tipos de populações.

É importante enfatizar que a NOC, não é uma classificação de resultados completa, ou seja, não estão incluídos todos os resultados que poderiam ser importantes para a enfermagem. Conforme utilizamos os resultados na prática e na pesquisa, estamos sempre identificando a necessidade de outros resultados adicionais. Além disso, os resultados da NOC não são prescritivos. Os diagnósticos em nível individual não são prescritos para um diagnóstico ou intervenção de enfermagem em particular, podem ser usados para um diagnóstico ou intervenção com base no julgamento coletivo dos profissionais para desenvolvimento de um caminho ou para um plano de cuidados padronizados (MOORHEAD, 2016).

Além disso, é extremamente importante ter em mente, que os resultados da NOC, não são diagnósticos de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem sinaliza o estado de saúde que está alterado, ou tem o potencial para estar alterado ou para ser melhorado. Já os resultados NOC, avalia um estado real de uma determinada situação, usando uma escala de mensuração de cinco pontos.



Exemplificando

Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada.

Resultado NOC: Mobilidade.

Diagnóstico de enfermagem: desesperança.

Resultado NOC: esperança.

E por fim, os resultados não são coleta de dados, pois nenhum resultado representa toda a ampla condição de dados, coletado na primeira etapa do processo de enfermagem.

A importância dos resultados da NOC permite traçar caminhos na prática clínica, uma vez que permite a quantificação do estado do cliente, comportamento ou percepção que se espera que aconteça em determinada situação para o caminho desejado de cuidado. As principais vantagens do seu uso são: capacidade de monitorar a variabilidade do estado do cliente durante a situação e capacidade de comparar a obtenção de estados específicos dos clientes nos diferentes cenários (MOORHEAD, 2016).

Para cada resultado esperado o enfermeiro deverá propor intervenções de enfermagem e prescrever ações de enfermagem que visem minimizar ou eliminar os fatores que contribuem para o diagnóstico, promover condições de saúde, prevenir e monitorar o estado atual de saúde ou o surgimento de agravos.

As intervenções de enfermagem serão estudadas nas seções posteriores.



Para saber sobre a importância da contribuição da classificação dos resultados de enfermagem na assistência, leia esse breve editorial que aponta essas contribuições. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/771/677>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

Sem medo de errar

Senhor P.S., 68 anos, comunicativo, lúcido, tabagista há 30 anos, bebe esporadicamente e adora frequentar o baile da terceira idade. É hipertenso há dez anos, e controla rigorosamente sua pressão com medicação e está com sobrepeso. Frequenta a UBS periodicamente. Sua queixa principal, é que apareceu uma “ferida” em sua perna, na região maleolar medial esquerda, e há um mês que mesmo fazendo os curativos prescritos na UBS não acha que esteja melhorando, pois agora está atrapalhando as suas caminhadas no parque. Além disso, está nervoso, pois não quer perder o baile de final do ano. PA: 180 X 90 mmHg. Os estudantes identificaram os seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade; integridade tissular prejudicada; mobilidade física prejudicada; risco para infecção e obesidade. A enfermeira da UBS solicitou que os estudantes planejassem a assistência de enfermagem, para isso deveriam: estabelecer as prioridades e elaborar os resultados esperados.

Nesse caso, os estudantes elencaram alguns diagnósticos importantes, porém, nem todos são prioritários nesse momento. Observa-se que o senhor está com uma úlcera varicosa, sendo assim, têm cuidados e tratamento específico. Os diagnósticos prioritários seriam: ansiedade relacionada aos agentes estressores (úlcera varicosa, ameaça a condição atual) evidenciado pela preocupação de não poder ir ao baile, hipertensão e integridade tissular prejudicada relacionado a circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado (sobrepeso), mobilidade prejudicada evidenciado pelo tecido lesado e destruído (altamente prioritário). Fixado os diagnósticos prioritários, os estudantes iniciam o planejamento dos resultados esperados por meio da NOC. Nesse caso, os resultados esperados são: a) ações pessoais para

controlar os estressores que consomem os recursos individuais, b) integridade estrutural e função fisiológica normal da pele, ambas podem ser alcançadas por meio de orientações sobre a úlcera varicosa, tratamento, fatores que atrapalham como tabagismo, álcool, má alimentação e realizar corretamente o tratamento para o fechamento da úlcera vai depender da extensão, profundidade, higiene, fatores intrínsecos e extrínsecos.

Avançando na prática

Déficit no autocuidado para alimentação

Descrição da situação-problema

M.S., 72 anos, fraturou o antebraço após a atividade de jardinagem. Mantém gesso para a imobilização e ficará no mínimo dois meses assim. Em casa, costuma realizar todas as atividades de vida diária, é independente, ainda dirige e cuida das compras e finanças. Não aceita morar com os filhos. Porém, na atual situação, a neta mais velha irá fazer companhia, principalmente no preparo da alimentação. Diante do diagnóstico de Déficit no Autocuidado para alimentação, como podemos planejar a assistência dessa cliente?

Resolução da situação-problema

A cliente tem o diagnóstico de enfermagem, Déficit no Autocuidado para alimentação, relacionado ao prejuízo muscular esquelético evidenciado pela capacidade prejudicada de preparar os alimentos. Segundo a escala Likert da NOC, ela está moderadamente comprometida (indicador 3), pois o braço comprometido é o esquerdo, e ainda consegue realizar algumas tarefas com o direito, mas mesmo assim, precisa de auxílio. Espera-se que ela consiga preparar os alimentos sem auxílio após os dois meses de imobilização, mas para isso deve seguir o tratamento proposto, manter o membro prejudicado em repouso, tomar os medicamentos prescritos, não sobrecarregar o membro e depois seguir a reabilitação sugerida. Nessa situação, deverá manter auxílio de terceiros para a realização do preparo de sua alimentação.

Faça valer a pena

1. O Planejamento de Enfermagem é a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 358/2009).

O planejamento da assistência de enfermagem envolve quatro aspectos, que são:

- a) Estabelecer necessidades, resultados alcançados, intervenções e registro.
- b) Estabelecer os resultados esperados, fixar as prioridades, determinar as intervenções e registrar corretamente.
- c) Estabelecer prioridades, fixar os fatores de risco, determinar as intervenções e registrar.
- d) Estabelecer prioridades, fixar resultados esperados, determinar os diagnósticos e registrar corretamente.
- e) Estabelecer prioridades; fixar os resultados esperados de enfermagem; determinar as intervenções de enfermagem e registrar adequadamente.

2. Cliente de 66 anos, emagrecido, apático, mora sozinho. Chega à UBS e queixa-se de fraqueza e dor nas pernas. Questionado sobre a sua alimentação, o mesmo diz que antes de ficar viúvo adorava cozinhar, mas agora não sente mais vontade. A enfermeira após a coleta de dados e exame físico elabora alguns diagnósticos prioritários e identifica os resultados esperados.

No diagnóstico de enfermagem “Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais”, qual o melhor resultado esperado de acordo com o caso citado anteriormente?

- a) Peso: coerência entre peso do corpo, dos músculos e da gordura com a altura, o gênero e a idade.
- b) Apetite: desejo de comer quando doente ou em tratamento.
- c) Autocuidado: alimentação (capacidade de preparar e ingerir alimentos de forma independente, com ou sem ajuda de acessórios).
- d) Estado nutricional: adequação do padrão de nutrientes ingeridos.
- e) Quantidade de alimentos e líquidos consumida durante 24 horas.

3. Para estabelecer os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem identificado, o enfermeiro deve utilizar um sistema de linguagem padronizada, como a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), que é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas dos resultados relacionados aos diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2015).

Sobre a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) é correta afirmar que:

- a) A mensuração do resultado é realizada através de uma escala do tipo Likert de seis pontos.
- b) Os resultados não são coleta de dados, pois nenhum resultado representa toda a ampla condição de dados, coletado na primeira etapa do processo de enfermagem.
- c) A NOC equivale aos diagnósticos de enfermagem.
- d) Atualmente está na quinta edição com sete classes, 32 domínios e 490 resultados.
- e) A classificação de resultados é completa, ou seja, estão incluídos todos os resultados que são importantes para a enfermagem.

Seção 3.3

Quarta etapa do processo de enfermagem: implementação

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, iremos abordar a quarta etapa do Processo de Enfermagem (PE), chamada de implementação. Vimos nas etapas anteriores, a classificação dos diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados (planejamento de enfermagem). Agora, você irá estudar nessa etapa, a execução das atividades de enfermagem, ou seja, as prescrições de enfermagem.

O enfermeiro Lucas, em visita à senhora S.M., de 63 anos, internada na clínica médica, depara-se com esse quadro: S.M., começou a apresentar há uma semana mal-estar, cansaço, coriza, tosse e febre de 38 °C. Acreditando ser apenas uma gripe, acabou se medicando sem orientação médica. Apresenta quadro de inapetência, sonolência e secreção traqueal com aspecto amarelado. Ainda relata febre, cansaço e tosse, e nos últimos dias queixa-se de dificuldade para caminhar devido o cansaço, sendo trazida pelo filho até o hospital. Ao exame físico: confusa, febril, mucosas oculares hipocoradas (3+/4+). Murmúrios Vesiculares (MV) diminuído no ápice do pulmão D, roncos difusos, frequência respiratória de 28 rpm, saturação 87%, mantém nebulização a 5 l/min. Frequência cardíaca de 110 bpm, bulhar rítmicas normofonéticas, ausência de sopros, pressão arterial de 100 x 60 mmHg. Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes. Lucas, após concluir a etapa de investigação, identificou três Diagnósticos de Enfermagem (DE) nesse momento, como: **Padrão Respiratório Ineficaz** relacionado ao processo infeccioso pulmonar evidenciado pela taquidispneia (28 rpm). **Desobstrução Ineficaz de vias** áreas, relacionada a secreções retidas evidenciadas por roncos difusos, MV diminuído, expectoração com aspecto purulento e taquidispneia. **Hipertermia** relacionada ao processo infeccioso pulmonar evidenciado por temperatura de 38 °C.

Após a identificação desses Diagnósticos de Enfermagem, o enfermeiro Lucas deverá identificar quais são os resultados esperados (etapa de planejamento) e elaborar a prescrição de enfermagem (etapa que veremos nesta seção, implementação). Vamos ajudar o Lucas a elaborar o plano de cuidados para essa cliente?

Não pode faltar

Já estudamos que as etapas do Processo de Enfermagem (PE), são inter-relacionadas e interdependentes, e essa quarta etapa do PE não é diferente. A etapa de implementação, consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

Como vimos na seção anterior, é na etapa de planejamento de enfermagem que vamos determinar os resultados que se espera alcançar das ações ou intervenções de enfermagem, após identificar os diagnósticos.

Consegue perceber como as etapas estão inter-relacionadas e interdependentes?

A implementação é a execução, pela equipe de enfermagem, das atividades/ações prescritas na etapa anterior de planejamento de enfermagem. Ou seja, é o cumprimento pela equipe da Prescrição de Enfermagem. Quem prescreve essas ações é o enfermeiro, e toda equipe a executa.

Vários autores diferem entre si sobre a prescrição de enfermagem, mas todos a referem como uma ação, atividade, conduta, orientação ou intervenção. O importante é que a prescrição de enfermagem possua os mesmos objetivos: traçar um plano assistencial ao cliente de forma individualizada e sistemática.

Sousa et al (2008) apud Tannure (2011), enfatiza que nessa etapa a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) tenha habilidades técnicas e psicomotoras específicas, a fim de que, durante a interação com os pacientes, possam desenvolver uma relação de confiança.

As intervenções de enfermagem são ações/atividades realizadas pela equipe de enfermagem com fins de: "monitorizar o estado de saúde; reduzir os riscos; resolver prevenir ou controlar um problema; facilitar a independência ou auxiliar nas atividades da vida diária (banho, alimentação, etc.); promover uma otimização do bem-estar físico, psicológico, espiritual e emocional" (ALFARO-LEFEVRE, 2005, p. 34).

As ações/intervenções de enfermagem podem ser: independentes dos demais profissionais da saúde e relacionadas aos diagnósticos de enfermagem como: avaliar a dor quanto à intensidade, local,

tipo (diagnóstico de dor aguda). Podem ser dependentes da recomendação médica como: administrar os analgésicos prescritos e monitorizar os efeitos colaterais como náusea, sedação, etc. E também podem ser interdependentes com os demais profissionais da saúde, como: promover com a fisioterapia e métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens dos pés e costas, para aliviar a tensão muscular e aumentar a circulação local (COREN, 2015).

As intervenções de enfermagem podem ser classificadas em cuidados diretos e cuidados indiretos:

As intervenções de cuidados diretos são ações/atividades realizadas por meio da interação direta com o cliente. Exemplos incluem auxiliar na alimentação, sair da cama, ensinar a autoaplicação de insulina para os portadores de diabetes. As intervenções de cuidados indiretos são aquelas realizadas longe do cliente, ou de um grupo de clientes. São intervenções de coordenação e controle do ambiente em que o cuidado é ofertado. Alguns exemplos são: avaliação e monitoramento dos exames laboratoriais, a transferência do cliente de quarto, encaminhamento para a nutricionista e serviço social (ALFARO-LEFEVRE, 2005; COREN, 2015).



Assimile

Ao prescrever os cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve atentar-se à: diagnósticos com foco no problema: aos fatores relacionados (fatores etiológicos) e aos sinais e sintomas (características definidoras), ou seja, ao prescrever, seu foco deve reverter os fatores etiológicos e solucionar as características definidoras de um diagnóstico de enfermagem. Já nos diagnósticos de risco, as prescrições devem ser focadas na alteração ou eliminação dos fatores de risco (TANNURE, 2011).

A prescrição de enfermagem compete ao enfermeiro decidir as condutas a serem implementadas no processo saúde-doença em que o indivíduo se encontra garantindo uma assistência humanizada, holística e de qualidade. As atividades prescritas devem ser os cuidados necessários para eliminar os fatores que contribuirão para o surgimento das respostas humanas e os sinais e sintomas identificados na primeira etapa do PE, por meio da investigação (coleta de dados e exame físico).



Os enfermeiros devem ter em mente de que eles não prescrevem nem tratam as condições clínicas (tratamento) e sim prescrevem os cuidados necessários para garantir que o cliente se restabeleça, dentro das esferas biopsicossociais e espirituais. No momento da consulta de enfermagem, o enfermeiro deve centrar – no levantamento das necessidades do cliente, além das demandas apenas biológicas.

Quando o enfermeiro não prescreve os cuidados necessários, ele compromete a qualidade da assistência ofertada a população e deixa de realizar suas atribuições profissionais.

Para implementar a prescrição de enfermagem, ou seja, colocar o plano em ação, incluirá: preparar para comunicar e receber comunicações; estabelecer as prioridades diárias; realizar as intervenções; registrar e fazer comunicações:

A preparação para comunicar envolve saber sobre os problemas do cliente, ler os prontuários, perguntar e o **recebimento das comunicações permite anotar as informações relevantes, em uma planilha por exemplo. Estabelecer as prioridades diárias** possibilita realizar visitas nos quartos dos clientes, verificar as intercorrências, situações críticas do setor, identificando os urgentes, determinar as intervenções a serem realizadas para prevenir, resolver ou controlar os problemas, incentivar e permitir a autonomia do cliente; investigar antes e depois de uma intervenção.

A realização das intervenções envolve preparo, execução, determinação das respostas e implementação das mudanças necessárias. Na preparação deve certificar-se se conhece o que irá executar, minimizar os riscos, promover segurança, conforto e eficiência. É importante também conhecer a fundamentação e os princípios para a intervenção, ser qualificado para realizar a intervenção, basear-se em protocolos, diretrizes institucionais que devem ser realizadas as intervenções, prever os resultados possíveis, avaliar os riscos e benefícios e envolver o cliente na intervenção.

Após a oferta dos cuidados de enfermagem o **Registro da implementação** é fundamental registrar no prontuário todas as informações significativas e pertinentes relacionadas ao paciente. O registro é importante, pois estabelece uma comunicação com outros

profissionais de saúde, identifica padrões de respostas e mudanças no estado de saúde; proporciona uma base para avaliação; além de ser uma fonte de documentação legal. Por isso, devemos sempre anotar! E por último, estabelecer uma boa **comunicação** tanto na passagem de plantão, quanto na comunicação com os demais membros da equipe de saúde de maneira objetiva, clara e específica, retratando as condições de saúde, a melhora ou a piora do paciente.

Prescrições de enfermagem:

As prescrições devem incluir a ação a ser realizado (os verbos deverão estar no infinitivo), conter uma frase descritiva (o quê, como, quando, onde, com que frequência, por quanto tempo ou quando), o enfermeiro responsável pela elaboração deve assinar e carimbar (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Quadro 3.4 | Itens necessários em uma prescrição de enfermagem

Itens necessários em uma prescrição de enfermagem					
Prescrições devem ser completas e objetivas					
O que fazer	Como fazer	Quando fazer	Onde fazer	Com que frequência fazer	Por quanto tempo fazer ou quando fazer

Fonte: (TANNURE, 2011, p. 97).

As prescrições de enfermagem devem ser redigidas de maneira clara, objetiva, precisa e completa, a fim de evitar qualquer dúvida de interpretação, ou seja, devem ser autoexplicativas.

A prescrição de enfermagem deverá ser redigida sempre começando com o verbo no infinitivo, traduzindo a ação correspondente em vários graus de dependência com a enfermagem, como já vimos. Ao nível de **dependência de enfermagem**, temos os verbos: executar, realizar, pesar e aferir. Ou quando a **dependência corresponde a um auxílio de enfermagem**: auxiliar, fornecer e acompanhar. Pode ainda utilizar um verbo quando **a dependência for ao nível de orientação** como: orientar, esclarecer, discutir e explicar. Quando a dependência for

de suspensão o verbo utilizado deverá corresponder a ação de observar e controlar: observar, controlar, avaliar, inspecionar. “Na **dependência de encaminhamento** poderão ser empregados os verbos: encaminhar, levar e conduzir.” (HORTA, 1979, p. 59)



Exemplificando

1. Prescrição de enfermagem:

Incompleta: monitorar a saturação de O_2 .

Completa: monitorar a saturação de O_2 com oxímetro de pulso, anotar valores de 1/1 h e comunicar valores abaixo de 90% ao enfermeiro de plantão.

2. Prescrição de enfermagem:

Incompleta: medir e anotar volume urinário de 1/1 h.

Completa: medir e anotar volume urinário e aspecto da urina de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro o volume urinário inferior a 50 ml/h e superior a 200 ml/h, e a presença de colúria, piúria ou hematúria.

Fonte: adaptado de Tannure (2011, p. 99).

Para toda prescrição de enfermagem deve ter um diagnóstico prévio, ou seja, não se deve prescrever um cuidado para um problema ou necessidade que não tenha sido descrito. Para cada diagnóstico de enfermagem, deve haver um resultado esperado, e para alcançá-lo deve haver a prescrição de cuidados de enfermagem.

A prescrição de enfermagem sofre mudanças ao longo das 24 horas, devendo ser reformulada, acrescida ou alterada caso necessário. Possui um caráter individual, devendo-se resultar de julgamento clínico, após estabelecer o diagnóstico e planejar as ações para executá-las na prescrição de enfermagem.



Assimile

Dentre as normas para execução da prescrição de enfermagem é importante citar: é um instrumento privativo do enfermeiro; realizada em impresso próprio ou software; realizada diariamente e reavaliada caso necessite de nova conduta; ser concisa, clara, específica; preceder

com verbo no infinitivo e relacionar com o grau de dependência de enfermagem; checar com nome, assinatura/rubrica e Coren no horário, e anotar observações referentes ao cuidado prestado no impresso de anotação de enfermagem.

Sobre anotação e evolução de enfermagem, estudaremos mais adiante, na Unidade 4.

A prescrição de enfermagem é um instrumento norteador das ações de enfermagem, portanto, a equipe de enfermagem deve estar bem orientada, treinada, motivada e unida, pois todos são corresponsáveis para proporcionar uma assistência de enfermagem de qualidade aos nossos clientes.

Hoje em dia, as prescrições são informatizadas na maioria das instituições de saúde. O software utilizado deve permitir que o enfermeiro individualize as ações, apresentando especificidades para cada cuidado prescrito, não podendo ser programas fechados a ponto de não permitir a inclusão de dados. Também é importante destacar que o enfermeiro mesmo utilizando dessa ferramenta informatizada, deve examinar os clientes, diagnosticar as necessidades e identificar as prioridades para depois selecionar as ações prescritas de acordo com as prioridades, de forma individualizada e completa (TANNURE, 2011).



Exemplificando

Diagnóstico de enfermagem:

Integridade Tissular prejudicada relacionada à imobilização física e circulação alterada evidenciada por lesão de 5 cm na região tibial E.

Resultado esperado: o cliente apresentará melhora no aspecto da lesão da região tibial E, e redução da área lesionada em até 15 dias.

Prescrição de enfermagem:

1. Realizar mudança de decúbito de 2/2 h. Não posicionar o cliente em decúbito lateral esquerdo.

Horário: 8h, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h, 0h, 2h, 4h, 6h.

2. Instalar colchão pneumático hoje.

Horário: 10h

3. Fazer curativo em lesão tibial E com SF 0,9% em jato e curativo de alginato de cálcio, ocluindo com gaze e fita hipoalérgica hoje. Avaliar o curativo diariamente e trocá-lo em três dias, ou antes se estiver sujo, solto, úmido. Realizar o registro do aspecto, dimensões da lesão.

(Enfermeiro)

Horário: 10 h.

Fonte: adaptado de Tannure (2011, p. 102).

Para auxiliar na elaboração das prescrições de enfermagem, podemos utilizar uma taxonomia para auxiliar nessa elaboração, chamada Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). A NIC foi criada para padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados que eles realizavam com os clientes.

Atualmente, a NIC contém sete domínios, 30 classes, 554 intervenções e aproximadamente 13 mil atividades específicas.

Na NIC, encontram-se apresentadas às ligações com a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Para cada enunciado diagnóstico estão listadas as intervenções apropriadas, e cabe ao enfermeiro analisar quais delas são apropriadas ao cliente que está sob os cuidados (TANNURE, 2011).



Exemplificando

Diagnóstico de Enfermagem: Hipertermia relacionado a desidratação evidenciado por irritabilidade, letargia, taquicardia e taquipneia.

Intervenção: Tratamento da Febre

Definição: Controle de cliente com hiperpirexia causada por fatores não ambientais.

Atividades: (algumas atividades listadas da NIC).

Monitorar a temperatura,

Monitorar a perda insensível de líquidos,

Monitorar a coloração e a temperatura da pele,

Monitorar atividade relacionada com convulsão,

Administrar banho morno,

Estimular maior ingestão via oral de líquidos.

Fonte: adaptado de Tannure (2011, p.106).

Estudaremos mais detalhadamente sobre a NIC, no início da próxima unidade.

As prescrições de enfermagem têm como objetivo monitorar o estado de saúde do cliente, a fim de minimizar riscos, resolver ou controlar um problema (diagnóstico de enfermagem), auxiliar nas atividades da vida diária e promover a saúde (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

As prescrições devem conferir segurança ao cliente, devem estar fundamentados de pesquisas que evidenciam que as ações/atividades são capazes de melhorar a condição do cliente, ou seja, as prescrições devem estar embasadas nas melhores evidências disponíveis na literatura científica.

Há vários termos utilizados, como Saúde Baseada em Evidências, Prática Baseada em Evidências (PBE), Medicina Baseada em Evidências e Enfermagem Baseada em Evidências.

"A Prática Baseada em Evidências é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente. Esta prática requer a integração da melhor evidência disponível na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do paciente e aos recursos disponíveis na instituição" (COREN, 2015b, p. 20).

A PBE originou-se no final da década de 1980 e início de 1990, com epidemiologistas canadenses e com o britânico Archie Cochrane, com o propósito de promover assistência clínica efetiva, dentro dos recursos disponíveis para a prestação do cuidado, buscando identificar e promover práticas que funcionem, eliminando as ineficientes ou prejudiciais e minimizando lacunas entre a produção da evidência e sua aplicação no cuidado ao cliente (COREN, 2015b).

Os profissionais da enfermagem encontram evidências em diferentes lugares. Um bom livro incorpora elementos de evidência nas orientações práticas e procedimentos que descreve. Entretanto, os livros apresentam uma desatualização importante no que se refere às condutas sobre tratamento e prevenção de doenças. Informações mais atuais podem ser encontradas em artigos científicos, publicados em periódicos renomados e confiáveis.

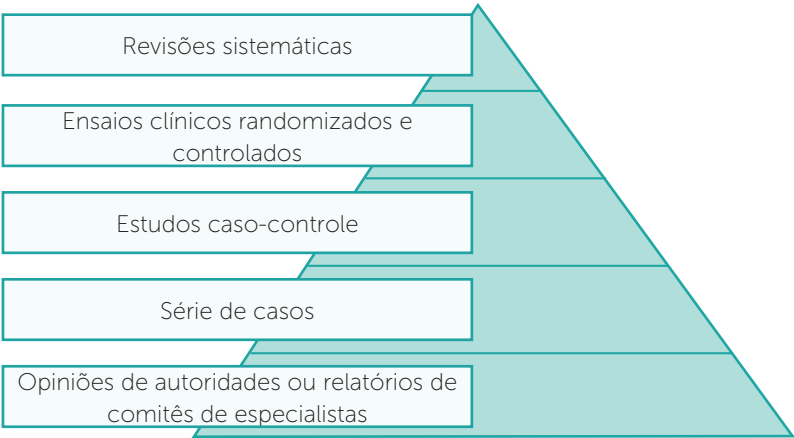
Assim, o enfermeiro precisa realizar uma leitura criteriosa do artigo, para extrair uma recomendação para a prática, necessitando de competências e habilidades para julgar os pontos positivos e

negativos do texto, generalizar ou não a evidência encontrada e ser crítico e cauteloso quanto à aplicação da conduta (TANNURE, 2011).

O enfermeiro primeiramente precisa analisar os artigos científicos quanto à abordagem metodológica empregada, em tratando-se de estudos quantitativos, devendo avaliar a força da evidência.

A Pirâmide dos Níveis de Evidência propõe hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. No topo da pirâmide estão os estudos de maior qualidade (evidência tipo I) e, na base (evidência tipo 5), os de menor, na seguinte ordem decrescente: revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte, estudos caso-controle, série de casos e, por fim, opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas (COREN, 2015b).

Figura 3.1 | Pirâmide do nível de evidência



Fonte: adaptada de Centre for Evidence Based Medicine. Oxford.

Para utilizar a PBE, o enfermeiro precisa analisar o estudo quanto aos resultados e considerar uma evidência do tipo 1, 2, 3, 4 ou 5. Para isso, o enfermeiro deve adquirir conhecimento de epidemiologia clínica e bioestatística a fim de analisar criteriosamente a metodologia empregada.

Sendo assim, o recomendado é realizar pesquisas, sobretudo, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados bem delineados, a fim de extrair deles as evidências fortes, o que proporciona maior segurança aos clientes (TANNURE, 2011).



O objetivo deste artigo é refletir sobre a Prática Baseada em Evidências na prática profissional do enfermeiro. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483648977023/>>. Acesso em: dez/2017.

Sem medo de errar

S.M, de 63 anos, internada na clínica médica, começou a apresentar há uma semana mal-estar, cansaço, coriza, tosse e febre de 38 °C. Acreditando ser apenas uma gripe, acabou se medicando sem orientação médica. Apresenta quadro de inapetência, sonolência e secreção traqueal com aspecto amarelado. Ainda relata febre, cansaço e tosse, nos últimos dias queixa-se de dificuldade para caminhar devido o cansaço, sendo trazida pelo filho até o hospital. Ao exame físico: confusa, febril, mucosas oculares hipocoradas (3+/4+). Murmúrios Vesiculares (MV) diminuído no ápice do pulmão D, roncos difusos, frequência respiratória de 28 rpm, saturação 87%, mantém nebulização a 5 l/min. Frequência cardíaca de 110 bpm, bulhar rítmicas normofonéticas, ausência de sopros, pressão arterial de 100 x 60 mmHg. Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes. Lucas, após concluir a etapa de investigação, identificou três Diagnósticos de Enfermagem (DE) nesse momento, como: *Padrão Respiratório Ineficaz* relacionado ao processo infeccioso pulmonar evidenciado pela taquidispneia (28 rpm). Desobstrução Ineficaz de vias aéreas, relacionada a secreções retidas evidenciadas por roncos difusos, MV diminuído, expectoração com aspecto purulento e taquidispneia. *Hipertermia* relacionada ao processo infeccioso pulmonar evidenciado por temperatura 38 °C.

O enfermeiro Lucas, após concluir as etapas de investigação e diagnóstico de enfermagem, deverá elaborar os resultados esperados (etapa de planejamento) e em seguida a etapa de implementação.

DE: padrão respiratório ineficaz relacionado ao processo infeccioso pulmonar evidenciado pela taquidispneia (28 rpm).

RESULTADOS ESPERADOS (RE): a cliente apresentará melhora no padrão respiratório dentro de uma hora.

DE: *desobstrução ineficaz de vias aéreas*, relacionada a secreções retidas evidenciadas por roncos difusos, MV diminuído, expectoração com aspecto purulento, taquidispneia.

RE: a cliente apresentará as vias aéreas desobstruída pela equipe de enfermagem, nesse momento.

DE: *hipertermia* relacionada ao processo infeccioso pulmonar evidenciado por temperatura de 38 °C.

RE: a cliente apresentará baixa temperatura corporal em até uma hora.

Algumas prescrições de enfermagem para os diagnósticos relatados:

1. Aspirar as vias aéreas superiores, nesse momento e quando necessário. Anotar o aspecto, quantidade, e odor da secreção pulmonar.

2. Manter nebulização contínua 5 l/min.

3. Aferir, registrar e comunicar qualquer alteração dos sinais vitais: frequência respiratória ≥ 28 rpm, saturação $\leq 90\%$, pressão arterial $\leq 90 \times 60$ mmHg ou $\geq 140 \times 90$ mmHg.

4. Manter a cabeceira do leito elevada a 45 °C.

5. Administrar antitérmico e antibioticoterapia conforme a prescrição médica.

6. Verificar e anotar a temperatura axilar a cada 30 minutos, comunicar ao enfermeiro se o valor estiver acima de 38 °C. Caso persistir, dar banho morno de aspersão.

7. Manter conforto e segurança no leito, atentar as grades.

8. Comunicar e anotar qualquer alteração de comportamento e confusão.

Vale lembrar que outros diagnósticos e demais prescrições de enfermagem podem ser abordados nesse caso.

Distúrbio metabólico

Descrição da situação-problema

Um adolescente de 15 anos, deu entrada no Pronto Atendimento com histórico de um mês apresentando sede excessiva (polidipsia), emagrecimento rápido, pele seca, fraqueza e fome exagerada (polifagia). Está acompanhado da mãe e apresenta-se muito ansioso. Não faz uso de substâncias ilícitas e lícitas e pratica atividade física regularmente. Ao exame físico: orientado, hipocorado, relata fraqueza, diminuição do turgor de pele e pele ressecada. Ao pulmonar: MV presentes sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros, pulsos rítmicos e cheios e perfusão adequada. Abdome plano, flácido, indolor a palpação, ruídos hidroaéreos presentes. Refere micção espontânea em grande quantidade (poliúria) e fome exagerada. Glicemia capilar: 245 mg/dl. Hipótese diagnóstica: Diabetes tipo 1.

Elabore dois diagnósticos de enfermagem e suas prescrições de enfermagem:

Resolução da situação-problema

Risco de glicemia instável relacionado ao controle insuficiente do diabetes, monitorização inadequada da glicemia, controle ineficaz de medicamentos, conhecimento insuficiente da doença.

Conhecimento deficiente relacionado a informação insuficiente evidenciado por conhecimento insuficiente.

Resultados esperados: controle adequado da glicemia capilar dentro de uma hora, conhecimento adequado e orientações sobre a doença.

Prescrições de enfermagem:

Verificar e anotar o valor da glicemia capilar.

Administrar medicamento conforme a prescrição médica (insulinoterapia).

Orientar sobre a prática de estilo de vida saudável, o uso de medicações, os horários, a higiene, a prevenção e o reconhecimento da hipoglicemia.

Ensinar o cliente ao autocuidado com os pés, unhas, calosidades e umidade a fim de evitar lesões de difícil cicatrização.

Orientar sobre a utilização de calçados confortáveis.

Orientar a procurar um nutricionista e acompanhamento médico para um tratamento adequado.

Faça valer a pena

1. Segundo Horta (1979), a prescrição de enfermagem deverá ser redigida sempre começando com o verbo no infinitivo, traduzindo a ação correspondente em vários graus de dependência com a enfermagem.

A seguir estão listados os graus de dependência com o respectivo verbo, a alternativa correta é:

- a) Dependência de enfermagem corresponde aos verbos realizar, pesar e executar.
- b) Dependência ao nível de orientação corresponde aos verbos observar, controlar, avaliar e inspecionar.
- c) Dependência de encaminhamento corresponde aos verbos auxiliar, fornecer e acompanhar.
- d) Dependência de suspensão corresponde aos verbos encaminhar, levar e conduzir.
- e) Corresponde ao auxílio de enfermagem os verbos orientar, esclarecer, discutir.

2. A prescrição de enfermagem compete ao enfermeiro decidir as condutas a serem implementadas no processo saúde-doença em que o indivíduo se encontra garantindo uma assistência humanizada, holística e de qualidade.

A prescrição de enfermagem deve levar em consideração:

- a) Ser redigida no gerúndio.
- b) Conter uma frase explicativa, clara e objetiva.
- c) Ser privativa do enfermeiro e executada por todos os membros da equipe de enfermagem.
- d) Deve mencionar quem realizará a ação e assinatura da equipe responsável pela confecção da prescrição.
- e) A prescrição de enfermagem é individual, sendo necessária realizar a cada período, no mínimo três vezes ao dia.

3. A Prática Baseada em Evidências é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente. Os artigos científicos conferem as melhores evidências para a prática clínica, entretanto, devemos avaliar a força da evidência conforme cada abordagem metodológica.

A melhor evidência (evidência tipo 1) extraída de artigos científicos encontra-se nos estudos de:

- a) Estudos de opiniões de especialistas e autoridades no assunto.
- b) Estudo de caso – controles.
- c) Estudos de casos.
- d) Revisões sistemáticas.
- e) Estudos de ensaio clínico randomizado.

Referências

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. Tradução Regina Garcez – 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARAVANTES, Geraldo R. e cols. **Administração: teorias e processo**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Processo de enfermagem**: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B.L. de Barros. [et al.] – São Paulo: COREN-SP, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**/ Cibele A. de M. P. et al. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015b.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem** / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. – São Paulo: EPU 1979.

MOORHEAD S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem**: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NANDA – **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificações 2015-2017/ Nanda Internacional; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Botura Leite de Barros et al. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Santos I, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. **Enfermagem fundamental**: realidade, questões e soluções. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2002.

TANNURE, Meire Chucre. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Etapas da sistematização de enfermagem III

Convite ao estudo

Caro aluno, chegamos a Unidade 4! Percorremos até aqui, as etapas do Processo de Enfermagem (PE): investigação (coleta de dados e exame físico), diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação.

Nesta unidade, vamos estudar a quinta e última etapa do PE. Também vamos estudar mais detalhadamente sobre a Taxonomia NIC, avaliação e sobre os indicadores de saúde, nesta unidade.

Você já percebeu a importância do PE, como método de trabalho para a prática de enfermagem, conferindo a autonomia e a cientificidade da profissão. Lembre-se de que, embora estamos estudando as etapas do PE separadamente, elas estão interligadas e ocorrem concomitantemente.

Ao final desta Unidade, após aprender detalhadamente sobre a Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); compreender a quinta e última etapa do processo de enfermagem (PE), que é a etapa de avaliação, e, posteriormente, entender o que é qualidade da assistência e seus indicadores de saúde; você será capaz de identificar e elaborar cada etapa do PE de um estudo de caso, assim como na prática clínica de enfermagem.

Você acompanhará a vivência dos enfermeiros de um Hospital Geral, que atende os usuários do Sistema Único de Saúde, em diversas especialidades, como: Pronto-Socorro adulto e pediátrico, Clínica Médica e Cirúrgica, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

A gerência de enfermagem implementou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) informatizada e também iniciou um programa de melhorias da qualidade do serviço de enfermagem, a fim de requerer a processo de Acreditação. Vamos acompanhar três enfermeiros de alguns setores desse hospital, na sua prática clínica do Processo de Enfermagem, nas etapas de Classificação de Intervenção de Enfermagem e Avaliação e também na prática gerencial do enfermeiro.

Seção 4.1

Taxonomia NIC – Classificação de intervenções de enfermagem

Diálogo aberto

Caro aluno, aprendemos nas unidades anteriores às quatro etapas do processo de enfermagem (PE): investigação (coleta de dados e exame físico), identificação dos diagnósticos de enfermagem, planejamento (resultados esperados) e a implementação (intervenções de enfermagem). Nesta seção, você verá etapa de prescrição de enfermagem (intervenção).

Você lembra que os enfermeiros do Hospital Geral que atende os usuários do SUS em diversas especialidades terão alguns desafios pela frente: a gerência de enfermagem implementou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) informatizada e também iniciou um programa de melhorias da qualidade do serviço de enfermagem, a fim de requerer a processo de Acreditação.

Para começar, vamos conhecer a enfermeira Flávia, que é a supervisora do Pronto-Socorro (PS) desse hospital. Ela irá colocar em prática a Sistematização da Assistência de Enfermagem através da Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC).

A enfermeira Flávia atende na triagem a seguinte jovem: A. T. de 16 anos, acompanhada da mãe, queixa-se de ardor ao urinar, sensação de urgência a micção e aumento da frequência urinária. Nega qualquer comorbidades e alergias. Ao exame físico (EF): mucosas oculares descoradas, apática, queixa-se de muita dor na região suprapúbica. Nega dor lombar. Relata hábito de segurar a micção, quando está ocupada com as tarefas escolares. Relata tomar uns quatro copos de água por dia, e consome pelo menos duas latas de refrigerante diariamente. Sente-se bem em posição fetal, para alívio da dor. PA: 140 x 90 mmHg, FC: 120 bpm. Suspeita de Infecção do Trato Urinário (ITU).

A enfermeira Flávia identificou dois diagnósticos de enfermagem: *Dor aguda*, relacionada à infecção, evidenciada pela expressão de dor e posição para alívio, e mudanças no parâmetro fisiológico da pressão e frequência sanguínea. *Eliminação urinária prejudicada*, relacionada à infecção do trato urinário, evidenciada pela disúria (ardor ao urinar), urgência e frequência urinária.

Vamos estabelecer os resultados esperados e as intervenções de enfermagem para esse caso?

Bons estudos!

Não pode faltar

Uma intervenção de enfermagem é “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do cliente” (*Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*, 2008, p. 23).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem, em inglês é chamada de *Nursing Intervention Classification (NIC)*, é uma linguagem abrangente e padronizada das intervenções de enfermagem.

A NIC foi desenvolvida a partir de 1987 na Universidade de Iowa nos Estados Unidos. As pesquisas sobre as intervenções de enfermagem foram impulsionadas após o trabalho da NANDA. Os pesquisadores observaram que a profissão necessitava de uma classificação de intervenções, pelo fato de que, uma vez estabelecido um diagnóstico de enfermagem, era preciso tomar alguma atitude em relação a ele.

A padronização da linguagem usada pelos enfermeiros possibilita uma padronização dos cuidados de enfermagem realizados com os clientes. A NIC foi desenvolvida por várias razões, dentro elas: padronização da nomenclatura dos cuidados de enfermagem; o desenvolvimento de sistemas de informação e assistência à saúde; o ensino da tomada de decisões aos estudantes de enfermagem; o planejamento dos recursos necessários nos locais da prática de enfermagem; uma linguagem abrangente para comunicação entre a equipe de enfermagem; a articulação com outros sistemas de classificação de cuidados de enfermagem (TANNURE e PINHEIRO, 2011).



Refleta

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma importante ferramenta para a documentação clínica, para a comunicação entre a equipe de enfermagem e interdisciplinar, para a integração de dados em sistemas de informação, para as pesquisas e para o êxito da profissão do enfermeiro.

A NIC inclui todas as intervenções nas quais os enfermeiros realizam nos clientes, sejam elas as intervenções de cuidado direto e indireto, independentes e colaborativas (conforme visto na unidade anterior). A Classificação das Intervenções abrange todas as especialidades da enfermagem, podendo ser utilizada em todos os locais que prestam cuidados/assistência de enfermagem.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem deve ser utilizada para comunicar às intervenções que os enfermeiros usam com os clientes. Para a seleção de uma intervenção, devem ser levados em conta seis fatores para a escolha: os resultados esperados do cliente, as características do diagnóstico de enfermagem, a base de pesquisa ou os princípios científicos para a intervenção, a praticabilidade para realizar a intervenção, a aceitação pelo cliente e as competências e habilidades do enfermeiro para selecionar uma intervenção (NIC, 2008).

Taxonomia das Intervenções de Enfermagem

Atualmente, a NIC está na 6ª edição, apresenta uma estrutura taxonômica com 7 domínios, 30 classes, 554 intervenções e aproximadamente 13 mil atividades específicas.



Assimile

A taxonomia é uma estrutura organizada sistematicamente das intervenções, com base em semelhanças dentro do que pode ser considerada uma estrutura conceitual. A estrutura da taxonomia da NIC apresenta três níveis: domínios, classes e intervenções.

A 4ª edição da NIC, de 2008, apresenta os setes domínios, numerados de 1 a 7, cada domínio inclui as classes (que foram denominados pelas letras do alfabeto) ou grupos de intervenções relacionadas (cada intervenção apresenta um código único composto de quatro algarismos), que representam o terceiro nível da taxonomia (Quadro 4.1).

Quadro 4.1 | Taxonomia da NIC

Domínios	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Domínio 5	Domínio 6	Domínio 7
	Fisiológico básico	Fisiológico: Complexo	Comportamental	Segurança	Família	Sistema de Saúde	Comunidade
Classes	A. Controle da atividade e do exercício.	G. Controle eletrolítico e ácido-básico.	O. Terapia comportamento.	U. Controle de crises.	W. Cuidados no nascimento de filhos.	Y. Mediação com o sistema de saúde.	c. Promoção da saúde da comunidade.
	B. Controle da Eliminação.	H. Controle de medicamentos.	P. Terapia cognitiva.	V. Controle de riscos.	Z. Cuidados na educação de filhos.	a. Controle dos sistemas de saúde.	d. Controle de riscos na comunidade.
	C. Controle da Imobilidade. .	I. Controle neurológico.	Q. Melhora da comunicação.		X. Cuidados ao longo da vida.	b. Controle de informações.	
	D. Suporte Nutricional.	J. Cuidados perioperatórios.	R. Assistência no enfrentamento.				
	E. Promoção do conforto físico.	K. Controle respiratório.	S. Educação do paciente.				
	F. Facilitação do Autocuidado.	L. Controle da pele/feridas.	T. Promoção de conforto psicológico.				
		M.Termorregulação.					
		N. Controle da perfusão tissular.					

Fonte: NIC, 2008, p. 151-152.

A taxonomia agrupa intervenções relacionadas para facilitar o uso, esses agrupamentos representam todas as áreas da prática da enfermagem e podem ser utilizadas por enfermeiros de qualquer especialidade (NIC, 2008).

Algumas informações importantes ao utilizar a taxonomia NIC: os enfermeiros devem utilizar toda a taxonomia com o cliente e não apenas as intervenções de um domínio ou classe; as intervenções podem ser usadas com qualquer teoria de enfermagem e em todas as instituições e locais de assistência de enfermagem e sistemas de atendimento à saúde. O uso da taxonomia NIC também pode ser utilizada associada a outras classificações, como a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), a Classificação Internacional de Doenças (CID) e ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (NIC, 2008).

Quadro 4.2 | Exemplo dos três níveis da Taxonomia NIC

Nível 1 Dominio	1. Fisiológico: Básico. Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico.
Nível 2 Classe	A. Controle da Atividade e do Exercício. Intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação e o gasto de energia.
Nível 3 Intervenções	0140. Promoção da mecânica corporal. 0180. Controle de energia. 0200. Promoção do exercício. 0201. Promoção do exercício: treino para fortalecimento. 0202. Promoção do exercício: alongamento. 0221. Terapia com exercícios: deambulação. 0222. Terapia com exercícios: equilíbrio. 0224. Terapia com exercícios: mobilidade articular. 0226. Terapia com exercícios: controle muscular. 5612. Ensino: atividade/exercício prescritos (incluída também na classe S).

Fonte: Adaptado da NIC, 2008, p. 153.



Exemplificando

Intervenção de Enfermagem: Promoção da MECÂNICA CORPORAL.

0140

Definição: Facilitação do uso da postura e dos movimentos nas atividades diárias para prevenir fadiga, tensão ou lesão musculoesquelética.

Atividades de Enfermagem:

Determinar a compreensão que o cliente tem da mecânica corporal e dos exercícios (por exemplo: demonstração das técnicas corretas enquanto realiza as atividades/exercícios).

Orientar o cliente sobre a estrutura e o funcionamento da coluna vertebral e de uma postura adequada para a movimentação e o uso do corpo.

Orientar o cliente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão e lesões.

Orientar a utilização de colchão, cadeira ou travesseiro firmes, se apropriado.

Monitorar a melhora da postura/mecânica corporal do cliente.

Referência para consulta

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentals of nursing: human health and function**. 3 rd, Philadelphia: Lippincott. 2000.

Fonte: Adaptado da NIC, 2008, p. 489.

As intervenções são constituídas de **título** (nome da intervenção), **definição** da intervenção, uma lista de aproximadamente de 10 a 30 **atividades de enfermagem** (ações para implementar uma intervenção) e as **referências bibliográficas**.

As intervenções de enfermagem da NIC estão listadas em ordem alfabética. Para encontrá-las, deve-se procurar a partir dos termos apresentados em letras maiúsculas. Exemplo: a intervenção, promoção da MECÂNICA CORPORAL, encontra-se na letra M.

Ao final da NIC, o livro sinaliza o tempo estimado para a realização das intervenções, e o profissional indicado (enfermeiro assistência, enfermeiro especialista e auxiliar/técnico de enfermagem) para a sua execução.

Em relação à intervenção de enfermagem mencionada anteriormente, Promoção da Mecânica Corporal, a NIC indica o tempo necessário entre 16 a 30 minutos e o enfermeiro assistencial, como o profissional indicado para execução dessa intervenção.

É importante ressaltar que o enfermeiro, além de selecionar as intervenções de enfermagem, deve também selecionar as atividades, pois nem sempre todas as atividades de determinada intervenção estarão direcionadas para a situação apresentada pelo cliente (COREN, 2015).

Assim como na Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, a NIC também permite a inclusão ou revisão de intervenções e/ou atividades de enfermagem. Essas contribuições deverão ser enviadas seguindo as orientações encontradas no final do livro, encaminhadas por correio, fax ou *e-mail*, disponibilizados no livro da NIC.

Conforme salienta o Coren (2015, p. 78), "a utilização da classificação ou parte dela em qualquer publicação ou folheto impresso requer permissão por escrito, além do que qualquer uso eletrônico da NIC também requer autorização, que deverá ser solicitada por *e-mail*".

O livro da NIC apresenta uma lista de intervenções essenciais, que são um conjunto limitado de intervenções centrais que define a natureza da especialidade, ou seja, uma lista das intervenções mais usadas em cada área de especialidade da enfermagem. São 43 especialidades para as quais são identificadas as intervenções essenciais na NIC, que são:

1. Enfermagem para a dependência.
2. Enfermagem ambulatorial.
3. Enfermagem anestésica.
4. Enfermagem para dependência química.
5. Enfermagem psiquiátrica para a criança e adolescente.
6. Enfermagem de saúde universitária.
7. Enfermagem de saúde comunitária/pública.
8. Enfermagem prisional.
9. Enfermagem em cuidados intensivos.
10. Enfermagem dermatológica.
11. Enfermagem para déficits do desenvolvimento.
12. Enfermagem em emergências.
13. Enfermagem para aviação.
14. Enfermagem em gastroenterologia.
15. Enfermagem genética.
16. Enfermagem gerontológica.
17. Enfermagem holística.
18. Enfermagem epidemiológica e de controle de infecções.
19. Enfermagem em terapêutica endovenosa.
20. Enfermagem médico-cirúrgica.
21. Enfermagem para partos.
22. Enfermagem neonatal.
23. Enfermagem nefrológica.
24. Enfermagem neurológica.
25. Enfermagem obstétrica.
26. Enfermagem em saúde do trabalho.
27. Enfermagem oncológica.
28. Enfermagem oftalmológica.
29. Enfermagem ortopédica.
30. Enfermagem em otorrinolaringologia e cabeça/pescoço.
31. Enfermagem para controle da dor.
32. Enfermagem em comunidades religiosas.

33. Enfermagem pediátrica.
34. Enfermagem oncológica-pediátrica.
35. Enfermagem perioperatória.
36. Enfermagem psiquiátrica em saúde mental.
37. Enfermagem radiológica.
38. Enfermagem para reabilitação.
39. Enfermagem escolar.
40. Enfermagem para lesões da medula espinal.
41. Enfermagem urológica.
42. Enfermagem vascular.
43. Enfermagem em saúde da mulher.



Pesquise mais

Esse artigo lista as principais intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. "Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco". *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55316/38634>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Sem medo de errar

Flávia é enfermeira do Pronto-Socorro (PS) e na triagem atende a seguinte jovem: A. T. de 16 anos, acompanhada da mãe, queixa-se de ardor ao urinar, sensação de urgência a micção e aumento da frequência urinária. Nega qualquer comorbidades e alergias. Ao exame físico (EF): mucosas oculares descoradas, apática, queixa-se de muita dor na região suprapúbica. Nega dor lombar. Relata hábito de segurar a micção, quando está ocupada com as tarefas escolares. Relata tomar uns quatro copos de água por dia, e consome pelo menos duas latas de refrigerante diariamente. Sente-se bem em posição fetal, para alívio da dor. PA: 140 x 90 mmHg, FC: 120 bpm. Suspeita de Infecção do Trato Urinário (ITU).

A enfermeira Flávia identificou dois diagnósticos de enfermagem: *Dor aguda*, relacionada à infecção, evidenciada pela expressão de dor e posição para alívio, e mudanças no parâmetro fisiológico da

pressão e frequência sanguínea. *Eliminação urinária prejudicada*, relacionada à infecção do trato urinário, evidenciada pela disúria (ardor ao urinar), urgência e frequência urinária.

Estabelecer os resultados esperados e intervenções de enfermagem

1. *Dor aguda*, relacionada à infecção, evidenciada pela expressão de dor e posição para alívio, e mudanças no parâmetro fisiológico da pressão e frequência sanguínea.

Resultado esperado (RE): Controle da dor.

Intervenções

Avaliar a intensidade e características da dor.

Investigar com a cliente os fatores/posição que aliviam ou pioram a dor.

Orientar o uso da analgesia prescrita de acordo com a intensidade, frequência e características da dor.

2. *Eliminação urinária prejudicada*, relacionada à infecção do trato urinário, evidenciada pela disúria (ardor ao urinar), urgência e frequência urinária.

RE: Eliminação urinária.

Intervenções

Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, o odor, volume e a cor.

Explicar a cliente os sinais e sintomas da ITU.

Orientar a cliente a desenvolver uma rotina diária de uso do sanitário, para diminuir o tempo de retenção urinária.

Incentivar a ingestão hídrica e explicar sua importância.

Tranquilizar a cliente quanto ao episódio de ITU, porém, alertá-la ao risco recorrente da infecção, devido aos hábitos de vida.

Transtorno alimentar: Bulimia nervosa.

Descrição da situação-problema

Os transtornos alimentares (TA), como a Bulimia nervosa, são acompanhados de várias complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para o controle do peso (vômitos, uso de diuréticos, enemas e laxativos).

Para esse diagnóstico médico, após a consulta de enfermagem, de uma cliente de 32 anos, foi identificado os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Nutrição desequilibrada, menor do que as necessidades corporais, relacionada à incapacidade de absorver nutrientes devido ao vômito provocado, evidenciado por mucosas pálidas, percepções errôneas sobre o peso ideal, peso do corpo mais abaixo do que o esperado.

Distúrbio da imagem corporal, relacionado à alteração na autopercepção de seu corpo (imagina-se acima do peso), evidenciado por comportamento de monitorar o próprio corpo demasiadamente, mudanças no estilo de vida.

Estabeleça uma prescrição de enfermagem com base nesses diagnósticos de enfermagem.

Resolução da situação-problema

Algumas intervenções de enfermagem são:

1. Encorajar a cliente a seguir um programa de acompanhamento com psicólogo e nutricionista.
2. Explicar sobre sua doença, riscos e gravidade.
3. Monitorar os vômitos, o uso de dispositivos para provocá-lo, as idas ao banheiro.
4. Encaminhar ao nutricionista para estabelecer um plano alimentar adequado.
5. Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição para a cliente.
6. Desenvolver uma relação de apoio à cliente.

7. Pesar a cliente diariamente.
8. Monitorar os sinais vitais e exames laboratoriais.
9. Auxiliar a promover a autoestima com o peso adequado.
10. Envolver a família no tratamento.

Faça valer a pena

1. A Classificação das Intervenções de Enfermagem, em inglês é chamada de *Nursing Intervention Classification (NIC)*, é uma linguagem abrangente e padronizada das intervenções de enfermagem. Essa padronização da linguagem usada pelos enfermeiros possibilita uma padronização dos cuidados de enfermagem realizados com os clientes.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem foi desenvolvida por várias razões, dentre elas:

- a) padronização da terminologia dos resultados esperados na enfermagem.
- b) o ensino da autoeficácia para os estudantes de enfermagem.
- c) exclusivamente devido ao controle de gastos das instituições.
- d) favorece a comunicação entre equipe de enfermagem.
- e) não se articula com outros sistemas de classificação.

2. Taxonomia é uma estrutura organizada sistematicamente das intervenções, com base em semelhanças dentro do que pode ser considerada uma estrutura conceitual. A taxonomia agrupa intervenções relacionadas para facilitar o uso, esses agrupamentos representam todas as áreas da prática da enfermagem e podem ser utilizadas por enfermeiros de qualquer especialidade.

Sobre a Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), é correto afirmar.

- a) As intervenções são baseadas no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os diagnósticos de enfermagem.
- b) A NIC abrange apenas algumas especialidades da enfermagem.
- c) Pode-se utilizar a NIC em todos os locais que prestam cuidados hospitalares.
- d) Apresenta setes domínios numerada de 1 a 5.
- e) A NIC apresenta três níveis: domínios, classes e intervenções.

3. As intervenções são constituídas de título (nome da intervenção), definição da intervenção, uma lista de aproximadamente de 10 a 30 atividades de enfermagem (ações para implementar uma intervenção) e as referências bibliográficas.

Em relação à *Intervenção de Enfermagem: Promoção da MECÂNICA CORPORAL*, a alternativa correta quanto às atividades de enfermagem pertinente é

- a) estimular aos exercícios de grande impacto para fortalecimento da musculatura.
- b) orientar a utilização de colchão, cadeira ou travesseiro firmes, se apropriado.
- c) orientar sobre a estrutura e funcionamento da coluna vertebral, apenas quando o cliente demonstrar dúvida.
- d) orientar quanto à postura correta, pois isso contribui apenas com a aparência estética, o que é muito importante para os clientes.
- e) demonstrar as técnicas corretas dos exercícios através de vídeos autoexplicativos.

Seção 4.2

Quinta etapa do processo de enfermagem: avaliação

Diálogo aberto

Caro aluno, estamos na quinta etapa do processo de enfermagem chamada de avaliação. Nessa etapa, você verá que ela é privativa do enfermeiro, e necessitará analisar todas as etapas anteriores já estudadas, como investigação, diagnósticos, planejamento e implementação de enfermagem. Vamos recordar que os enfermeiros que trabalham no Hospital Geral que atende os usuários do SUS em diversas especialidades tinham alguns desafios pela frente: a gerência de enfermagem implementou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) informatizada e também iniciou um programa de melhorias da qualidade do serviço de enfermagem, a fim de requerer a processo de Acreditação.

Nesta seção, vamos acompanhar outro enfermeiro do setor da Clínica Médica, ele está diante de um paciente de 62 anos que se encontra no 3º dia de internação hospitalar (DIH). Tem antecedentes de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e um infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorrido há 7 anos. O motivo da internação foi pneumonia lobar à direita. Às 8 horas inicia quadro de taquipneia, intensa sudorese, ansiedade, agitação, cianose, desconforto respiratório, tosse com secreção, agitação e ortopneia. Ao EF: pálido, sudorese, agitado, consciente, com discurso pouco coerente. FR: 32 rpm, uso de musculatura acessória e retração subdiafragmática. Ausculta pulmonar: sibilos, estertores finos até ápices D/E, secreção avermelhada (escarros hemópticos). Refere precordialgia, FC: 130 bpm. Ausculta cardíaca: ritmo de galope (B3), extremidades frias e cianóticas. Hipótese diagnóstica: Edema Agudo de Pulmão. Diagnósticos de enfermagem: Volume de líquidos excessivo relacionado a mecanismo regulador comprometido, evidenciado por agitação, ansiedade, congestão pulmonar, dispneia, ruídos adventícios. Troca de gases prejudicada, relacionada a desequilíbrio, ventilação/perfusão evidenciado por cianose, dispneia, taquicardia, hipóxia.

Quais elementos você como enfermeiro deverá levar em conta para executar a Evolução diária desse cliente? Como você redigiria essa evolução?

Bons estudos!

Não pode faltar

A avaliação da assistência de enfermagem é a quinta etapa do processo de enfermagem, que consiste em acompanhar as respostas do cliente aos cuidados prescritos e implementados, através das anotações no prontuário, da observação direta das respostas do cliente à assistência proposta, assim como do relato do cliente (TANNURE; PINHEIRO, 2011 p. 153).

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (2015), a avaliação é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade em um dado momento do processo saúde-doença. Também é um processo para determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, ou se há necessidade de mudanças ou adaptações, se os resultados não foram alcançados ou se surgiram novos dados (COREN, 2015, p. 51). Portanto, a avaliação da assistência é também chamada de **evolução de enfermagem**.



Assimile

Na avaliação, determina-se o atual estado de saúde do cliente, após a conferência das etapas precedentes, ou seja, investiga-se novamente se houve mudanças no estado de saúde; certifica-se os diagnósticos de enfermagem, se são os mesmos ou precisa de exclusão ou acrescentar outros; verifica-se a ocorrência de novos problemas; observa-se o planejamento das ações de enfermagem, se foi adequado ou não e se os resultados foram alcançados, examina-se o plano de cuidados (prescrição de enfermagem), se está suprimindo as necessidades exigidas para a melhora do estado de saúde do cliente.

Obtém-se, através da avaliação, o feedback necessário para determinar se todas as etapas do processo de enfermagem foram contempladas no decorrer da assistência/prestação de cuidados, conforme o quadro 4.3. Na avaliação, pode-se observar a satisfação do cliente e também a qualidade dos serviços prestados pela equipe.

Quadro 4.3 | Representação das etapas do processo de enfermagem referente à avaliação.

Etapas do Processo de Enfermagem			
<i>Investigação</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Planejamento</i>	<i>Implementação</i>
Coletar, mediante anamnese e exame físico, todos os dados objetivos e subjetivos do estado de saúde do cliente.	Analisar os dados obtidos, identificar os possíveis diagnósticos e listá-los de acordo com a prioridade.	Desenvolver um plano de ação, estabelecendo os resultados esperados.	Prescrever cuidados de enfermagem que poderão levar ao alcance dos resultados esperados.
Avaliação			
			
Determinar se há mudanças no estado de saúde e certificar-se de que todos os dados estão completos.	Determinar se os diagnósticos e os problemas que exigem cuidado de enfermagem estão resolvidos, piorados ou melhoraram para a alta. Analisar se há novos problemas.	Verificar se os resultados e as intervenções são adequados e se os resultados estão sendo alcançados.	Examinar como o planejamento foi implementado. Identificar os fatores que afetaram o sucesso ou criaram problemas com o plano.

Fonte: Adaptado de Alfaro-LeFevre (2005 p. 205); Tannure e Pinheiro (2011 p. 154).

Para garantir uma assistência de qualidade, devem ser levado em conta três tipos de avaliação: a estrutura, o processo e o resultado.

A avaliação de estrutura refere-se ao ambiente em que ocorre o cuidado, aos recursos materiais, recursos humanos e financeiros que garantam um mínimo de qualidade à assistência. A avaliação de processo centraliza o julgamento do cuidado prestado pela equipe, ou seja, como foi oferecido o cuidado e a avaliação de resultado referem-se à satisfação do cliente durante e após o cuidado, e está baseada em mudanças comportamentais e no estado de saúde da pessoa a partir da assistência oferecida.



Exemplificando

Algumas questões para os três tipos de avaliação, visando a melhoria da qualidade na assistência oferecida:

Avaliação de estrutura: em que ambiente foi realizada a sondagem vesical de demora (SVD) nos clientes submetidos à cirurgia de emergência? (ex.: na sala de emergência, na enfermaria, no centro cirúrgico, na terapia intensiva).

Avaliação de processo: em que momento cada um dos clientes submetidos à cirurgia de emergência recebeu antibióticos pela primeira vez?

Avaliação de resultado: quantos clientes submetidos à cirurgia de emergência contraíram infecção urinária a ponto de retardar a alta?

Fonte: Adaptado de Alfaro-LeFevre (2005 p. 210).

É importante enfatizar que todos os enfermeiros são responsáveis pela participação na melhoria da qualidade da assistência oferecida aos clientes. Ao deparar-se com problemas humanos ou estruturais/procedimentos hospitalares, o enfermeiro deve comunicar e documentar aos supervisores/gerência. É fundamental que o enfermeiro esteja preparado para melhor atender às necessidades dos clientes.

Para o enfermeiro avaliar o progresso do cliente, é esperado dele uma avaliação crítica, deliberada e detalhada, de vários aspectos do cuidado, além de levar em conta as questões: o estado de saúde do cliente melhorou, piorou ou se manteve? Os diagnósticos de enfermagem são precisos? O cliente apresenta novas necessidades? Os resultados esperados foram alcançados? A prescrição precisa ser revista? Assim, a etapa de avaliação exige a revisão do plano de cuidados no que se refere aos diagnósticos de enfermagem, aos resultados esperados e alcançados e as intervenções implementadas.



Reflita

Mesmo sendo a última etapa do processo de enfermagem (PE), a avaliação é realizada a cada etapa do PE, ou seja, o enfermeiro executa a reavaliação a cada novo contato com o cliente.

Ao avaliar a assistência prestada, o enfermeiro poderá observar: no caso de melhora, o que foi feito, quais foram as estratégias adotadas e aprimorá-las cada vez mais. Em caso de piora ou manutenção do quadro, deve-se investigar onde ocorreu a falha (coleta de dados, resultados esperados, intervenções etc.). Lembrando que às vezes há a impossibilidade do alcance dos resultados esperados, devido ao agravamento e da complexidade da situação (TANNURE e PINHEIRO, 2011).

Salienta-se que o enfermeiro deva sempre avaliar as consequências das ações de enfermagem previstas, devendo aprender tanto com os resultados negativos quanto com os positivos, ampliando seus conhecimentos a favor de uma assistência de enfermagem de qualidade (TANNURE e PINHEIRO, 2011).

Após a avaliação do estado geral do cliente frente aos cuidados prestados e resultados alcançados, tem-se necessidade do enfermeiro realizar o registro dessa avaliação, após um período preestabelecido, o que se denomina de *evolução de enfermagem*.

Quando registramos as informações sobre a assistência prestada a fim de comunicá-las aos membros da equipe de saúde, ou seja, registros de todos os cuidados executados, chamamos de *anotação de enfermagem*. A seguir, veremos sobre as diferenças entre anotação e evolução de enfermagem.

Documentação dos Cuidados de Enfermagem:

Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 311/07), são responsabilidades e deveres do profissional de enfermagem: (COFEN 311/07, p. 71).

Art. 72. Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.



A documentação de enfermagem, seja qual for a sua natureza (anotação ou a evolução de enfermagem), deve ser objetiva e compreensível, refletindo exatamente o estado do cliente e o que acontece com ele. A ideia de que tínhamos em mente “escrever tanto quanto possível” é equivocada, pois os registros malfeitos são tão prejudiciais quanto não ter realizado. A documentação de enfermagem também contribui para o respaldo legal no caso de

ocorrer algum processo judicial, além de demonstrar prudência, comprometimento com a política da instituição e com a profissão.

É por isso que toda a documentação de enfermagem apresenta algumas características gerais, dentre elas, a principal é comunicar aos outros membros da equipe de cuidados de saúde a evolução e a condição do cliente. Também é importante para: (CARPENITO, 2011, p. 27).



**Definir o foco da enfermagem para o cliente ou comunidade;
Diferenciar a responsabilidade do enfermeiro e de outros membros da equipe;
Proporcionar os critérios para a avaliação dos cuidados (melhoria da qualidade);
Fornecer os critérios para a classificação dos clientes;
Proporcionar a justificativa para reembolso dos planos de saúde (auditoria);
Fornecer dados para a revisão administrativa e legal;
Comprometer-se com as exigências legais da profissão e
Fornecer dados para a finalidade educacional e de pesquisa.**

O que é a Anotação de Enfermagem?

Segundo Cianciarullo et al (2008), a finalidade da anotação de enfermagem é fornecer informações a respeito da assistência prestada, para facilitar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, o que permite ter uma compreensão global do cliente.

O Conselho Regional de Enfermagem (2015) enfatiza que a anotação de enfermagem é realizada por todos os membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares). Além disso, salienta que, legalmente, somente o que foi registrado pode ser considerado como executado, portanto, devem ser anotados detalhadamente e objetivamente todos os cuidados realizados (COREN, 2015).

Uma anotação de enfermagem pode ser realizada de várias maneiras, como na forma gráfica (exemplo sinais vitais (SSVV)), sinal gráfico (checar ou circular) ou descritivo.

Tipos de Anotação de Enfermagem

Gráfico: facilita a visualização dos parâmetros vitais ou sinais vitais, como pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (T), entre outros.

Sinal gráfico: os universais são: checar (/) e circular (O), utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica. O checar significa que a ação foi realizada e o circular significa que a ação ou medicação não foi realizada. Acima do sinal de checar, é obrigatório a colocação de rubrica do profissional que realizou a ação, o que permite rapidamente identificar o profissional responsável pelo cuidado. Quando um horário está circulado, é imprescindível uma justificativa da não realização do cuidado, detalhada na anotação. Seguem o quadro 4.4 e 4.5, para exemplificar os tipos de anotação: gráfico e sinal gráfico.

Quadro 4.4 | Tipo de anotação: gráfico

Nome: Pedro da Silva				Data de Nascimento: 20/06/1973				
Convênio: Sus				Apartamento: 13 leito 4				
Controle de parâmetros vitais								
DATA	HORA	PA	FC	FR	T	DEXTRO	SAT.	RUBRICA
20/07	08:00	130X70	87	18	35,7	87	98	Maria F.
20/07	13:00	120X80	85	20	36	92	100	João C.
20/07	19:00	110X70	82	18	35,8	-----	100	Vera P.

Fonte: autora.

Quadro 4.5. | Tipo de anotação: sinal gráfico

Nome: Pedro da Silva		
Convênio: Sus	Apartamento: 13 leito 4	DATA: 20/07/2016
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
1. Realizar banho de aspersão.	08  Maria F.	
2. Realizar mudança de decúbito de 3/3 horas.	08 - <u>11</u> - 14 - 17 20 - 23 - 02 - 05	
3. Aspirar secreções traqueais, quando necessário.		
1. Estimular exercícios respiratórios.	 T N	
5. Acompanhar deambulação em cadeira de rodas.	 T	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

20/07/16 7 h. Cliente comunicativo e colaborativo aceitou café com leite e pão. 8 h realizado banho de aspersão sem intercorrências. 10 h recebeu visita da filha que deixou os itens de higiene pessoal. 11 h não realizado mudança de decúbito (item 2), pois cliente encontra-se no RX. 12 h aceitou o almoço parcialmente (recusou comer carne e verduras), pois relatou falta de apetite.

Maria Fontes Coren: 000.XXXSP

Obs.: Todas as checagens devem conter rubrica do profissional. Para cada item circulado, deve conter uma justificativa.

M – manhã. T – tarde. N – noite.

Outro tipo de anotação, chamada de descritiva, pode ser através da narração escrita, ou seja, é o registro de forma narrativa daquilo que foi realizado, observado o que se obteve de informação do cliente/familiar e que ainda não tenha sido anotado nos outros tipos de anotação. Esse é o tipo de anotação mais usado na enfermagem, exigindo maior habilidade na comunicação e na linguagem escrita, pois é preciso fazer registros objetivos de dados não numéricos. Exemplo: se a prescrição de enfermagem é mudança de decúbito, não precisa anotar novamente o que foi realizado, pois já consta em impresso próprio. Deve-se, portanto, anotar a resposta do cliente ao cuidado, no caso, “ao realizar mudança de decúbito do lado esquerdo, referiu mal-estar e dor intensa na região do quadril, irradiando para os pés, comunicado à enfermeira X.”, ao invés de simplesmente anotar “realizado mudança de decúbito conforme prescrição” (CIANCIARULLO et al, 2008).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 311/07) proíbe atitudes errôneas referentes à documentação de enfermagem: (COFEN, 311/07, p. 62, 42).



Art. 35. Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

Art. 42. Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro.



A Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

Algumas regras importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, entre as quais: (COFEN, 2015 p. 14-15).

- 
1. Deve ser precedida de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren e carimbo.
 2. Observar e anotar como o paciente chegou: a) Procedência do paciente (residência, pronto-socorro, transferência de outra instituição ou outro setor intra-hospitalar); b) Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde); c) Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca, etc.);
 3. Observar e anotar as condições gerais do paciente: a) Nível de consciência; b) Humor e atitude; c) Higiene pessoal; d) Estado nutricional; e) Coloração da pele; f) Dispositivos em uso. Ex.: Jelco, sondas, curativos. g) Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável);
 4. Anotar orientações efetuadas aos pacientes e familiares. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc.;
 5. Cuidados realizados;
 6. Intercorrências;
 7. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;
 8. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
 9. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo;
 10. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
 11. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
 12. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- 

13. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
14. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
15. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura.



Pesquise mais

No “Guia de Recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem”, você encontrará dicas de como elaborar a anotação de enfermagem, desde a admissão do cliente até em como anotar procedimentos simples e complexos. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Para uma anotação de enfermagem de qualidade, é imprescindível que o profissional desenvolva habilidades na comunicação oral e escrita, incluindo a caligrafia adequada e legível, aprimoramento da língua portuguesa, capacidade de atenção e concentração, além do conhecimento técnico-científico.

O que é a Evolução de Enfermagem?

A evolução de enfermagem “é o registro realizado após a avaliação do estado geral do cliente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas” (CIANCIARULLO *et al*, 2008, p.165).

Segundo COREN (2015), a evolução de enfermagem é o registro feito pelo enfermeiro, após avaliar o estado geral do cliente frente aos cuidados prestados e os resultados alcançados, levando o enfermeiro a manter, modificar ou suspender algum cuidado prescrito. Geralmente é executada a cada 24 horas, ou quando ocorrer modificação no estado do cliente. Há condições de saúde que requer intervalos de tempo menores para a evolução, como unidades de terapia intensiva, centro obstétrico onde a situação

de saúde muda frequentemente. Há também outros serviços de saúde, como ambulatórios, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência de idosos, que necessitam de intervalos de tempo maiores (uma por semana, um por mês ou mais), pois o estado de saúde desses clientes não varia frequentemente.

Há algumas especificidades na evolução de enfermagem de acordo com o tipo de assistência prestada, por exemplo, em unidades de emergência, a evolução pode ser direcionada aos diagnósticos de enfermagem prioritários naquele momento ou para procedimentos realizados. Há também a evolução feita no momento da transferência, alta e óbito que devem ser pertinentes conforme cada situação.

Algumas normas para execução da Evolução de Enfermagem, segundo Cianciarullo et al, 2008:

- ✓ Realizada exclusivamente pelo enfermeiro;
- ✓ Realizada em impresso próprio, precedida de data e horário e finalizada com assinatura e COREN do enfermeiro;
- ✓ Realizada diariamente para todos os clientes internados ou em observação e refeita em parte ou totalmente na vigência de alterações no estado de saúde; podendo ser excluídas ou acrescidas algumas prescrições de enfermagem;
- ✓ Para elaboração da evolução, deve realizar a entrevista, exame físico e consultar: registros anteriores (prescrição médica e de enfermagem, anotação), pedidos e resultados de exames;
- ✓ Identificação de problemas novos, resposta do cliente aos cuidados de enfermagem e resolução dos problemas abordados;
- ✓ Cada evolução de enfermagem difere conforme as especificidades de cada unidade (emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico, berçário, etc) e conforme cada situação: alta, transferência, óbito.



Exemplificando

Evolução de Enfermagem em uma unidade de emergência deve seguir alguns conteúdos específicos, como:

Admissão: causa do atendimento e/ou hipótese diagnóstica; condições de locomoção; presença de acompanhante; condições físicas e emocionais do cliente; problemas detectados; orientações ministradas.

Evolução diária: tempo de permanência e diagnóstico médico; resultado dos cuidados prescritos; problemas novos identificados ou os que serão abordados; condições físicas (exame físico) e emocionais; condições de sondas, drenos e cateteres; resultado de exames; orientação para o autocuidado; destino a ser dado ao cliente.

Evolução de alta: condições físicas e emocionais do cliente, orientações ministradas.

Diferenças entre a evolução de enfermagem e anotação de enfermagem

A principal diferença da anotação de enfermagem é ser executada por toda a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), enquanto que a evolução é uma atividade privativa do enfermeiro, conforme previsto na Lei do Exercício Profissional. O quadro 4.6 compara as principais diferenças entre anotação e evolução de enfermagem.

Na anotação, os dados são brutos, ou seja, deve-se informar o que foi realizado ou observado, de forma objetiva, clara, sem analisar os dados, fazer interpretações ou julgamentos de valor. Por exemplo, cliente comeu arroz e legumes, mas recusou a carne e o feijão, ao invés de cliente parece não gostar de carne e feijão, ou cliente aceitou parcialmente a dieta.

O enfermeiro quando executa um procedimento e/ou cuidado deve também realizar a anotação e não a evolução do cliente, porque, nesse momento, não está se fazendo uma avaliação geral, não se analisa dados, apenas os descreve.

A anotação deve ser registrada no momento em que ocorreu o fato e é pontual. Anota-se o que foi observado ou executado. Por exemplo: 14 h, realizado mudança de decúbito, com posicionamento em decúbito lateral direito e uso de travesseiros entre as pernas.

Já na evolução de enfermagem, os dados são analisados e interpretados, isto é, o enfermeiro procede à entrevista e ao exame físico, considera todas as anotações realizadas pela equipe de enfermagem e de saúde, desde a última avaliação realizada até o momento. Além disso, é importante o enfermeiro investigar fatos relevantes que ocorreram no período; resultados de exames laboratoriais, comparando o estado de saúde anterior com o atual. Quanto mais acurada essa análise, mais a evolução de enfermagem será fidedigna, o que poderá levar à modificação do planejamento da assistência (prescrição e resultados esperados) e novos diagnósticos podem ser identificados (COREN, 2015).

Quadro 4.6 | Comparativo das principais diferenças entre anotação e evolução de enfermagem

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Dados brutos.	Dados analisados.
Elaborada por toda a equipe de enfermagem.	Privativa do enfermeiro.
Referente a um momento.	Referente ao período de 24 horas ou específico.
Dados pontuais.	Dados processados e contextualizados.
Registra uma observação.	Registra uma observação.

Fonte: COFEN, 2015, p. 17.



Pesquise mais

Parecer n. 13/2010 Coren/SP sobre "Redação das anotações e evoluções de enfermagem". *Conselho Regional de Enfermagem. Parecer Coren-SP CAT Nº 013/2010*. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_13_0.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Sem medo de errar

Imagine que você está diante de um paciente de 62 anos que se encontra no 3º dia de internação hospitalar (DIH), na clínica médica. Tem antecedentes de HAS e um IAM há 7 anos. O motivo

da internação foi pneumonia lobar à direita. Às 8 horas, inicia-se quadro de taquipneia, intensa sudorese, ansiedade, agitação, cianose, desconforto respiratório, tosse com secreção, agitação e ortopneia. Ao EF: pálido, sudorese, agitado, consciente, com discurso pouco coerente. FR: 32 rpm, uso de musculatura acessória e retração subdiafragmática. Ausculta pulmonar: sibilos, estertores finos até ápices D/E, secreção avermelhada (escarros hemópticos). Refere precordialgia, FC: 130 bpm. Ausculta cardíaca: ritmo de galope (B3), extremidades frias e cianóticas. Hipótese diagnóstica: Edema Agudo de Pulmão. Diagnósticos de enfermagem: Volume de líquidos excessivo relacionado a mecanismo regulador comprometido, evidenciado por agitação, ansiedade, congestão pulmonar, dispneia, ruídos adventícios. Troca de gases prejudicada, relacionado a desequilíbrio ventilação/perfusão, evidenciado por cianose, dispneia, taquicardia, hipóxia.

Alguns elementos para elaborar uma evolução diária

Deverá conter: dias de internação ou tempo de permanência e diagnóstico médico. Exame físico (condições físicas e emocionais); resultados dos cuidados prescritos; problemas novos identificados ou abordados; alimentação, hidratação, eliminação; sono e repouso; sinais vitais; condição e tempo de permanência de sondas, cateteres e drenos; resultados de exames laboratoriais; orientação para o autocuidado.

Exemplo de Evolução de Enfermagem diária desse cliente

11/12/17 às 9 h. Cliente no 3º DIH com HD: EAP história pregressa de HAS e IAM. Encontra-se consciente, discurso pouco coerente, presença de escarro hemóptico, desconforto respiratório, agitado, uso de musculatura acessória e retração subdiafragmática. Colocado em oxigenoterapia e posição de fowler. AP: sibilos, estertores finos até ápices D/E, FR: 32 rpm. AC: ritmo de galope (BE) FC: 130 bpm. Relata precordialgia. Extremidades frias e cianóticas, mesmo aquecidas com cobertores. Comunicado ao plantonista.

Enf. Carlos – Coren: XXX-SP

Hipertensão Gestacional

Descrição da situação-problema

M. S., 26 anos, primigesta, zero parto, zero aborto, Idade Gestacional (IG): 27 semanas, foi internada na unidade de obstetria, encaminhada da Unidade Básica de Saúde com quadro de hipertensão. Apresenta hipertensão e edema em membros inferiores (2+/4+) desde a 22ª semana de gestação. Faz uso de Metildopa 750 mg/dia, dieta hipossódica e controle da pressão arterial. No momento, está ansiosa, com PA= 160 X100 mmHg, edemaciada, dinâmica uterina: negativa, movimentação fetal presente, frequência fetal de 135 bpm, colo grosso e impérvio, sem perdas vaginais, sem queixas de dor.

Elabore uma evolução de enfermagem diária, no seu 2º dia de internação.

Resolução da situação-problema

23/05/2017 às 19 h. Puérpera no seu 2º Dia de Internação Hospitalar (DIH), com Hipótese Diagnóstica (HD) de hipertensão gestacional. Encontra-se consciente, mantém repouso no leito em DLE, orientada, comunicativa, deambula sem ajuda, corada, hidratada. Pupilas isofotorreagentes, cavidade oral preservada. Ao EF: tórax simétrico com boa expansibilidade, AP: MV + sem presença de RA. AC: BRNF em 2T sem sopros. Mamas simétricas com mamilos protusos. ABD: gravídico de acordo com IG, auscultado foco em QIE (128 bcf). MMSS: perfusão periférica presente com edema 1+/4+. MMII: perfusão periférica preservada com presença de edema 3+/4+. Paciente informa não ter doenças pregressas e ter visão turva quando está hipertensa. Também senti muita falta dos familiares inclusive do marido (sic). Diurese e evacuação presentes (sic). Segue medicada, PA mantendo em 140 x 100 mmHg. Aguarda o exame de proteína 24 horas, liberado visita do marido em horário diferenciado.

Enfª. Mônica – Coren: XXX-SP.

Faça valer a pena

1. Através da avaliação, obtém-se o *feedback* necessário para determinar se todas as etapas do processo de enfermagem foram contempladas no decorrer da assistência/prestação de cuidados. É um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade em um dado momento do processo saúde-doença.

De acordo com as etapas do processo de enfermagem, a etapa que está corretamente definida ou caracterizada, após o processo de avaliação de enfermagem é:

- a) Investigação examina como o planejamento foi implementado. Identificar os fatores que afetaram o sucesso ou criaram problemas com o plano.
- b) Exame físico determina os diagnósticos de enfermagem.
- c) Planejamento verifica se os resultados e as intervenções são adequados e se os resultados estão sendo alcançados.
- d) Diagnósticos de enfermagem determinam se há mudanças no estado de saúde e certificar-se de que todos os dados estão completos.
- e) Implementação determina se os diagnósticos e os problemas que exigem cuidado de enfermagem estão resolvidos ou melhoraram para a alta.

2. A Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

Quais os elementos essenciais para a execução da Anotação de Enfermagem?

- a) Observar e anotar como o cliente chegou, apenas se vier com acompanhante.
- b) As anotações devem ser efetuadas no final de cada período, contendo todas as prestações do cuidado.
- c) Não é essencial a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.) e quantidade (ml, l, etc.).
- d) Devem conter data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren e carimbo.
- e) Podem-se deixar linhas em branco ou espaços quando for iniciar novo plantão.

3. A evolução de enfermagem é o registro realizado após a avaliação do estado geral do cliente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas.

Uma evolução de enfermagem segue algumas normas para execução, diante disso, qual a alternativa correta?

- a) Realizada diariamente, apenas para todos os clientes internados.
- b) Cada evolução de enfermagem difere conforme as especificidades de cada unidade (emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico, berçário etc.) e conforme cada situação: alta, transferência, óbito.
- c) Referente ao período de 24 horas, obrigatoriamente.
- d) Realizada em impresso próprio, precedida de data e horário e finalizada com assinatura.
- e) Para elaborar a evolução devem-se identificar apenas os problemas novos, a resposta do cliente aos cuidados de enfermagem e a resolução dos problemas abordados.

Seção 4.3

Sistematização da assistência de enfermagem - indicadores de saúde

Diálogo aberto

Caro aluno, você aprendeu ao longo das unidades a importância de todas as etapas do processo de enfermagem (PE). Agora, vamos compreender que para executar o PE é necessária a garantia de qualidade da assistência e do serviço prestado ao cliente. Além disso, iremos estudar como medir essa qualidade da assistência na enfermagem.

Vamos recordar que os enfermeiros que trabalham no Hospital Geral que atende os usuários do SUS em diversas especialidades tinham alguns desafios pela frente: a gerência de enfermagem implementou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) informatizada e também iniciou um programa de melhorias da qualidade do serviço de enfermagem, a fim de requerer a processo de Acreditação.

João Pedro é enfermeiro da Clínica Médica, onde possui 30 leitos. Atualmente vem percebendo que seus colaboradores estão muito sobrecarregados e até um pouco desatentos, mas a equipe é muito unida e ele garante que toda a assistência está sendo ofertada. Certo plantão, a técnica de enfermagem Verônica, estava preparando a medicação dos seus clientes quando recebeu uma ligação de sua mãe. Após atender o celular, continuou o preparo e foi administrar a medicação conforme a prescrição, para o sr. Mário da Silva do leito 2, quarto 21, quando entrou no quarto deparou-se com dois senhores, bem comunicativos e estavam fora do leito. Ao perguntar quem era o sr. Mário da Silva, os dois responderam positivamente, deixando-a confusa, pois se tratava de clientes com nomes homônimos, e um chamava-se Mário da Silva Pinto, mas ela não registrou o nome completo. Ao verificar o número do leito, a placa de sinalização estava gasta, não sendo possível ter precisão do número do leito. Mesmo assim, ela sabia que o leito ao lado da janela era de número 2, e resolveu administrar a medicação. Para sua surpresa, o cliente, ao questionar qual era a medicação,

disse que é alérgico a tal medicamento. Verônica não administrou e retornou para o posto de enfermagem perplexa com tal situação.

O que podemos falar sobre esse caso em relação à qualidade da assistência e do serviço prestado? Há maneiras de medir essa qualidade? Como podemos ajudar João Pedro?

Bons estudos!

Não pode faltar

Desde a Guerra da Crimeia em 1854, já se notava a preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde, através da pioneira da enfermagem contemporânea, Florence Nightingale. Mesmo em condições insalubres, desenvolveu um trabalho excepcional de gestão hospitalar e cálculos estatísticos de mortalidade (LOPES; SANTOS, 2010).

Entretanto, a avaliação de qualidade em saúde originou-se em 1912, com a formação do Colégio Americano de Cirurgiões, que em 1917 estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar, embora, esse programa só levava em consideração os padrões referentes aos procedimentos médicos. Na década de 1960, com a Comissão Conjunta de Acreditação dos hospitais, formado pelo Colégio Americano de Cirurgiões e Associação Canadense de Hospitais, buscou-se modificar o grau de exigência dos padrões de acreditação, o que ocorreu em 1970, com a publicação do manual de acreditação hospitalar que continha os padrões de qualidade, processos e resultados da assistência (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No Brasil apenas em 1988, com a Constituição Federal Brasileira, definiu-se saúde como direitos de todos, observou-se a necessidade de descentralizar a saúde do modelo hospitalar e desenvolver instrumentos gerenciais para a avaliação dos serviços oferecidos à população.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde levou em consideração a acreditação para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Assim, em 1990, com o convênio entre a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde elaboraram o manual de Padrões de Acreditação de Hospitais da América Latina e Caribe, tornando a acreditação uma realidade (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Em 1995, ocorreu a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, pelo Ministério da Saúde, que vem investindo no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde por Protocolo de Cooperação, que associa a experiência acadêmica, científica e de formação de recursos humanos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por meio de seu Instituto de Medicina Social, à tradição e à capacidade técnica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e da Academia Nacional de Medicina (ANM) e à experiência de avaliação de sistemas sociais da Fundação Cesgranrio, cabendo a essa última designar tal acreditação (BONATO, 2011).

Em 1999, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), por entidades públicas e privadas do setor de saúde. A metodologia de avaliação da ONA foi desenvolvida a partir da revisão dos modelos de acreditação regionais e dos manuais da América Latina e de países como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Inglaterra. O objetivo dessa organização é implementar um processo de avaliação de maneira contínua e certificação de qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações que prestam serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Mas o que é qualidade de assistência e qualidade dos serviços de saúde?

Certamente a qualidade de assistência é uma busca constante dos profissionais de saúde em adquirir estratégias e maneiras em prestar uma assistência de qualidade aos clientes. A qualidade segundo Tannure e Pinheiro (2011) pode ser compreendida como a consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente, que cria condições para que a ação assistencial perpetue-se em toda a instituição de saúde e não apenas em alguns setores.

A qualidade da assistência e dos serviços de saúde é quando os envolvidos, no caso, os profissionais de saúde, estão preocupados com a estrutura, com os malefícios e benefícios dos serviços prestados aos clientes, aprimorando-se para conquistar medidas eficazes que promovam essa qualidade. Uma boa gestão de qualidade permite rastrear os pontos negativos, aprimorá-los e

criar melhorias para o serviço, através de programas desenvolvidos internamente ou extremamente, capazes de comprovar a excelência da assistência, sempre buscando melhorias da estrutura, do processo e dos resultados (conforme já citamos na seção anterior).

A busca de qualidade nos serviços de saúde não é algo inatingível, que discerne apenas em normas, padrões, decisões para aceitar ou rejeitar um colaborador, ou um médico ou enfermeiro, mas, ao contrário, é uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, que permitirão, com o uso de métodos de melhoria da qualidade, atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade nas instituições (CARVALHO et al 2004).

Segundo Donabedian (1990, apud RIGHI, SCHMIDT E VENTURINI, 2010, p. 653), a qualidade está alicerçada em sete pilares: "eficácia, efetividade, eficiência, otimização, respeitabilidade, legitimidade e equidade", preceitos objetivados em todo o processo de acreditação. Os sete pilares são:

EFICÁCIA - capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.



ACEITABILIDADE - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQUIDADE - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Quando as instituições de saúde buscam melhorias para a qualidade da assistência em saúde, eles almejam o processo de acreditação de suas instituições.

O que é Acreditação dos serviços de saúde?

Segundo a Organização Nacional de Acreditação, define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde (ONA, 2018). Assim, um serviço de saúde, ao se tornar acreditado, adquire o status de instituição que inspira ou merece confiança da sua comunidade (BONATO, 2011, p. 321).

Conforme o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que é um instrumento para estimular a melhoria da qualidade dos hospitais brasileiros, com base na análise de alguns indicadores a ser observado, o processo de acreditação dos serviços de saúde contempla três níveis, com exigências diferenciadas, que são eles: (BRASIL, 2002, p. 26-27).

NÍVEL 1: As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

NÍVEL 2: As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna.

NÍVEL 3: As exigências deste nível contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.



Assimile

Em síntese, o programa de Acreditação permite que a instituição busque assegurar o padrão de qualidade no atendimento, através de procedimentos documentados e de maneira que indique seus pontos negativos para que a busca pela excelência seja feita com esforços direcionados aos reais problemas, otimizando o tempo gasto para implementar rotinas e garantindo maior eficiência e eficácia do sistema como um todo (BONATO, 2011, p. 322).

A avaliação das instituições e visita compreende-se em duas etapas, uma pré-visita, quando a instituição se prepara para o processo com a divulgação interna e distribuição de materiais aos colaboradores, e a visita propriamente dita, que ocorre após a solicitação formal da instituição. O processo de avaliação da acreditação constitui em comparação entre os padrões exigidos pelos manuais com os padrões encontrados nas instituições. Um padrão poderá ser comprovado através de documentos, entrevistas, prontuários etc. (TANNURE e PINHEIRO, 2011).

Após a visita, as instituições acreditadoras elaboram um relatório com o parecer final sobre a indicação para a acreditação e em que nível, dependendo do nível, o certificado terá validade de 2 ou 3 anos.



Pesquise mais

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar menciona as diretrizes e os princípios gerais da acreditação hospitalar e também lista todos os instrumentos de avaliação. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

E o que é uma Certificação?

A Certificação é um procedimento de comprovação da qualificação de qualquer item, produto ou serviço, procedimento, recursos pessoais ou mesmo um sistema da qualidade. executada por uma entidade designada com base em requisitos previamente estabelecidos e documentados, um exemplo são as normas de certificação, denominadas NBR ISO 9001.

A ISO é uma federação mundial de normalização de cada país, no Brasil, é representada pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). A expressão 9000 designa um grupo de normas técnicas que estabelecem um modelo de gestão da qualidade para organizações em geral. A NBR ISO 9001 é a versão mais recente, que ficou conhecida como “versão 2000” (BONATO, 2011).



Exemplificando

Principais programas de creditações:

ONA – Organização Nacional de Acreditação;

Accreditation Canada;

NIAHO – Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Saúde;

HIMSS – *Health care Information and Management Systems Society*;

Joint Commission International.

Fonte: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/quais-as-principais-certificacoes-e-acreditacoes-para-hospitaisr>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Indicadores de saúde e Indicadores de Enfermagem

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário medir as ações realizadas e os resultados devem ser analisados criteriosamente através de indicadores.

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade (2006), os indicadores são compreendidos como dados ou informações numéricas que buscam quantificar as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo.

A Organização Pan Americana de Saúde (2001) define indicadores como medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos ou dimensões do estado de saúde ou desempenho do sistema de saúde, em conjunto, eles traduzem a situação sanitária de uma população e serve para a vigilância das condições de saúde.

Conforme Mirarchi e Kurcgant (2010, p. 12), “indicadores são medidas usadas para ajudar a descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas”.

Cabe aos profissionais de saúde compreender todo o processo que a situação de saúde está inserida, ou seja, a situação que está sob vigilância, para buscar os indicadores de saúde mais adequados.

Na prática, utiliza-se um conjunto de indicadores de saúde para traduzir uma determinada situação. E para que haja o acesso aos indicadores de saúde é necessário um sistema de informação, para garantir o uso desses indicadores. Assim, na enfermagem, é fundamental o registro da documentação de enfermagem nos prontuários dos clientes, pois serve de fonte para obtenção de indicadores de saúde (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Para se traduzir uma determinada situação de saúde através de indicadores, deve-se levar em consideração a validade, a confiabilidade, a representatividade ou a cobertura deles, a saber:

Validade (periodicidade da coleta de dados); confiabilidade (dados que serão compilados devem ser verdadeiros) e representatividade ou cobertura (as amostras coletadas têm que ser representativas).

Há indicadores gerais e indicadores que medem resultados de processos, os indicadores gerais podem ser classificados em três grupos: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001 *apud* TANNURE e PINHEIRO, 2011, p. 254-255),



1. Aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;
2. Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;
3. Aqueles que medem os resultados dos processos. Exemplos: relação entre a qualidade da assistência prestada e os resultados obtidos.

Os indicadores que medem resultados dos processos podem ser classificados como assistências (medem a eficácia e a eficiência das ações ligadas ao cuidado) e administrativos (medem as condições para que esse cuidado seja executado).

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), estruturada com indicadores específicos, reflete o estado de saúde da população e os aspectos sociais, econômicos e organizacionais que influenciam e determinam a situação da saúde brasileira. Esses indicadores estão dispostos em seis subtemas: indicadores demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).



Exemplificando

Indicador de saúde: Taxa de mortalidade infantil

Definição: número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Cálculo:

$$\frac{\text{n. de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{n. de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000)}}$$

Fonte: Ripsa, 2008.

A American Nurses Association (ANA) é a principal organização mundial que representa a enfermagem e está na vanguarda da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para todos. Ela possui uma Base de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem, no qual menciona 14 indicadores: (Coren parecer n. 26/2010, p. 2)

1. Taxa de Horas de Enfermagem por Pacientes/Dia
2. Queda de pacientes
3. Queda de pacientes com danos
4. Avaliação em pediatria, intervenção, reavaliação
5. Taxas de infiltração de cateteres periféricos em pediatria
6. Prevalência de lesão por pressão
7. Abuso psicológico e/ou físico, taxa de abuso sexual
8. Prevalência de restrição
9. Certificação de enfermeiras/qualificação profissional
10. Opinião sobre satisfação no trabalho de enfermagem
11. Percentual de horas trabalhadas por categoria profissional
12. Turnover voluntário de enfermagem
13. Quantidade de profissionais de enfermagem
14. Infecções hospitalares: infecção do trato urinário, associado a cateter; infecção de corrente sanguínea, associada a cateter venoso central e pneumonia, associada a ventilação mecânica.

Conforme o Manual de Indicadores de Enfermagem elaborado pelo Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (Nageh), os indicadores de enfermagem que são utilizados por esses hospitais participantes são:

Quadro 4.7 | Indicadores assistências e de gestão de pessoas, Manual de Indicadores de Enfermagem

Indicadores assistências:

Indicador: Incidência de queda de Paciente.

Indicador: Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal.

Indicador: Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional.

Indicador: Incidência de Lesão por Pressão - Unidade de Internação Adulto.

Indicador: Incidência de Lesão por Pressão - Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Indicador: Incidência de Lesão de Pele.

Indicador: Incidência de Erro de Medicação.

Incidência de Quase Falha Relacionada ao Processo de Administração de Medicação.

Indicador: Incidência de Flebite.

Indicador: Incidência de Extravasamento de Contraste.

Indicador: Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica em Pacientes em Atendimento Ambulatorial.

Indicador: Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica em Pacientes.

Internados Indicador: Incidência de Perda de Cateter Central de Inserção Periférica.

Indicador: Incidência de Perda de Cateter Venoso Central.

Indicador: Incidência de Instrumentais Cirúrgicos com Sujidade.

Indicadores de gestão de pessoas:

Indicador: Horas de Assistência de Enfermagem (Unidades de Internação).

Indicador: Horas de Enfermeiro (Unidades de Internação).

Indicador: Horas de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem (Unidades de Internação).

Indicador: Horas de Assistência de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.

Indicador: Horas de Enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva.

Indicador: Horas de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem em UT.I

Indicador: Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem.

Indicador: Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem.

Indicador: Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turn Over*).

Indicador Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem.



Exemplificando

Indicador de enfermagem: Incidência de Erro de Medicação

Definição: relação entre o número de erros relacionados à administração de medicamentos e o número de pacientes/dia, multiplicado por 100.

Cálculo:

$$\frac{\text{nº de erros relacionados à administração de medicamentos}}{100 \text{ nº de pacientes/dia}} \times$$

Fonte: Manual de Indicadores de Enfermagem, 2012.

Assim, o emprego de indicadores possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os clientes, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos clientes, sempre como foco garantir a qualidade do atendimento e do serviço como um todo.



Pesquise mais

No Manual de Indicadores de Enfermagem, você encontrará todas as descrições dos indicadores. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Sabemos que todas as etapas do processo de enfermagem devem ser registradas no prontuário dos clientes. Através da documentação de enfermagem, podemos extrair dados que refletirão em indicadores nos quais mensurarão a qualidade da assistência oferecida à clientela.

Essa busca contínua pela melhoria da qualidade da assistência prestada à população pode ser alcançada através da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prática. Conforme vimos, os requisitos a serem avaliados nos três níveis para o processo de acreditação à SAE podem ser vistos dentro de cada nível (TANNURE e PINHEIRO, 2011, p. 256):

Nível 1: requisitos de segurança: atuar baseada nas legislações de enfermagem (Lei 7498 do Exercício Profissional de Enfermagem; resolução COFEN 293/00 sobre adequação do quadro de profissionais e resolução COFEN 358/09 que dispõe sobre a SAE);



Nível 2: análise de processos: cumprimento das ações padronizadas, protocolos de atendimento, cumprimento do PE e a análise de indicadores;

Nível 3: melhora contínua: já incorporados os planos assistências de enfermagem na instituição a fim de serem mensurados e acompanhados visando melhorias para o serviço.

Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é a principal ferramenta de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) utilizada pelos profissionais de saúde, para o registro dos dados objetivos e subjetivos do cliente, solicitação de exames, prescrição de tratamento e cuidados, além de conter todas as etapas do processo de enfermagem (COREN, 2015).

O uso da informatização para a implantação do processo de enfermagem pode colaborar para uma implementação mais rápida, precisa e completa, otimizando o tempo dos enfermeiros para demais atividades, por exemplo, possibilitando um contato maior com os clientes ou mesmo nas atividades de coordenação e supervisão.

Para o uso da informatização na aplicabilidade da SAE, é preciso que o sistema computadorizado tenha como suporte uma teoria de enfermagem, direcionando a abordagem para o cuidado integral, além de ter uma linguagem padronizada, como sistemas de nomenclaturas, classificações e taxonomias, para favorecer na qualidade da assistência através da sistematização e dos registros das ações executadas (TANNURE e PINHEIRO, 2011).

A Resolução Cofen n. 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações dos profissionais no prontuário do cliente, prevê a construção e implantação do PEP nos serviços de saúde.

É importante destacar o artigo 4º que menciona, “caso a instituição ou serviço de saúde adotar o sistema eletrônico, mas ainda não tenha providenciado a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos para a guarda e manuseio” (Cofen, 2012, p. 289).

Além disso, serão exigidos dos profissionais de enfermagem, noções e habilidades em computação para manuseio do PEP, sendo imprescindível a educação em informática em saúde e enfermagem permanentemente para o sucesso na implantação dos sistemas de informação em saúde.

A confidencialidade das informações do prontuário eletrônico é assegurada pela Constituição Federal de 1988, no seu artigo 5º, inciso X, que menciona o direito à intimidade, imagem e honra das pessoas, além desse direito também ser assegurado pelos códigos de ética profissional.



Refleta

Segundo o relatório do *Institute of Medicine dos Estados Unidos*, há seis dimensões mais importantes para que a assistência à saúde possa ser considerada de qualidade, dentre elas, uma assistência segura.

A segurança do paciente se traduz por tudo aquilo que deve ser feito para evitar que os pacientes sofram danos desnecessários causados pela assistência que deveria apenas ajudá-los.

Disponível em: <<https://www.seguranca dopaciente.com.br/noticia/as-6-dimensoes-da-qualidade-na-assistencia-a-saude/>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Sem medo de errar

João Pedro é enfermeiro da Clínica Médica, onde possui 30 leitos. Atualmente vem percebendo que seus colaboradores estão muito sobrecarregados e até um pouco desatentos, mas a equipe é muito unida e ele garante que toda a assistência está sendo ofertada. Certo plantão, a técnica de enfermagem Verônica, estava preparando a medicação dos seus clientes quando recebeu uma ligação de sua mãe. Após atender o celular, continuou o preparo e foi administrar a medicação conforme a prescrição, para o sr. Mário da Silva do leito 2, quarto 21, quando entrou no quarto deparou-se com dois senhores, bem comunicativos e estavam fora do leito. Ao perguntar quem era o sr. Mário da Silva, os dois responderam positivamente, deixando-a confusa, pois se tratava de clientes com nomes homônimos, e um chamava-se Mário da Silva Pinto, mas ela

não registrou o nome completo. Ao verificar o número do leito, a placa de sinalização estava gasta, não sendo possível ter precisão do número do leito. Mesmo assim, ela sabia que o leito ao lado da janela era de número 2, e resolveu administrar a medicação. Para sua surpresa, o cliente, ao questionar qual era a medicação, disse que é alérgico a tal medicamento. Verônica não administrou e retornou para o posto de enfermagem perplexa com tal situação.

João Pedro identificou que sua equipe está sobrecarregada e desatenta, isso é um ponto de atenção, e revela a má qualidade da assistência e do serviço em questão. Será que há poucos colaboradores e a demanda de clientes é alta? Será que estão cansados, trabalhando sem folgas? Para isso, João Pedro poderá instituir um programa de melhorias no seu setor e também conversar com a chefia do hospital para ampliar esse programa para todo o serviço. Assim, baseado em protocolos de melhoria, ele conseguira identificar o que pode ser aprimorado na qualidade do serviço, buscando, por exemplo, uma certificação. Em relação à assistência de enfermagem, poderá utilizar indicadores que traduzem o processo da assistência e de gestão de enfermagem, identificando o que deve ser melhorado.

Nesse caso, especificamente, identificamos que a qualidade da assistência está comprometida, e a desatenção, por exemplo, pode ser devido ao uso do celular em local de trabalho, o que é proibido. O que pode ter levado a técnica quase persistir em um de erro de medicação, e a assistência do serviço também está comprometida, pois a placa de sinalização do leito deveria estar legível e fixada para todos observarem.

Devem-se buscar melhorias tanto da estrutura como de processo e resultados, levando uma assistência de qualidade, segura, com efetividade e satisfação do cliente. Há indicadores que podem medir essa qualidade da assistência de enfermagem, por exemplo, como o Indicador, que mede erro de medicação, ou mesmo o indicador de gestão de pessoal, que mede as horas de assistência de Enfermagem.

Vulnerabilidade de idosos internados

Descrição da situação-problema

Sr. José Alves, 72 anos, está internado na enfermeira há 10 dias, devido quadro de pneumonia. Emagrecido, apático, pouco comunicativo, deambula com auxílio da acompanhante. Há dois dias, já perdeu o acesso periférico cinco vezes. A acompanhante “questionou o porquê de tantas manchas pelos braços, e o surgimento de feridas na região sacral, também comunicou que no período da tarde, não poderá permanecer como acompanhante, pois terá que ir para casa e retornar à noite”.

Diante desse cenário típico de um idoso internado, o enfermeiro da unidade resolve elencar alguns indicadores de enfermagem, para auxiliá-lo no programa de melhorias desse setor. Quais poderiam ser os indicadores assistências que devem ser levantados mensalmente?

Resolução da situação-problema

Os indicadores assistências que deverão ser levantados nessa unidade, podem ser: Incidência de queda de Paciente; Incidência de lesão por Pressão; Incidência de Lesão de Pele; Incidência de Erro de Medicação; Incidência de Quase Falha Relacionada ao Processo de Administração de Medicação e Incidência de Flebite.

Faça valer a pena

1. A qualidade da assistência é uma busca constante dos profissionais de saúde e do serviço em adquirir estratégias e maneiras em prestar uma assistência de qualidade aos clientes. Além disso, uma boa gestão de qualidade permite rastrear os pontos negativos, aprimorá-los e criar melhorias para o serviço, através de programas desenvolvidos internamente ou externamente.

Dentre as definições e características da “Qualidade da assistência”, a afirmação correta é

- a) a qualidade da assistência só pode ser conquistada mediante a ação da chefia com a imposição de normas e regras.
- b) qualidade da assistência é identificada em alguns setores da instituição que são mais propensos a cooperarem.
- c) está alicerçada em sete pilares: “eficácia, efetividade, eficiência, otimização, respeitabilidade, legitimidade e equidade”.
- d) é uma busca contínua para evitar desperdício, gastos desnecessários, tempo, que permitem uma maior satisfação dos profissionais de saúde e lucratividade para eles.
- e) está alicerçada em sete pilares: “eficácia, efetividade, eficiência, realização, respeitabilidade, confidencialidade e equidade”.

2. É fato que quando as instituições de saúde buscam melhorias para a qualidade da assistência em saúde, essas instituições almejam o reconhecimento de suas ações, de seus serviço e do seu atendimento de qualidade.

Dentre os processos de avaliação para o reconhecimento da qualidade do serviço, da assistência ou mesmo de um produto, a alternativa que apresenta tal reconhecimento corretamente é:

- a) o processo de Certificação, executado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).
- b) a Acreditação, um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde.
- c) a ISO 9001, representada pela *Joint Commission International*.
- d) a Certificação, um procedimento de comprovação da qualificação de apenas alguns itens, produtos ou serviços da instituição, procedimentos etc.
- e) a Acreditação Hospitalar, um instrumento para estimular a melhoria da Qualidade dos hospitais brasileiros, com base na análise da satisfação da clientela.

3. Para avaliar a qualidade da assistência é necessário medir as ações realizadas, e os resultados devem ser analisados criteriosamente através de indicadores. Há indicadores gerais e indicadores que medem resultados de processos, que são assistências (medem a eficácia e a eficiência das ações ligadas ao cuidado) e administrativos (medem as condições para que esse cuidado seja executado).

Dentre as alternativas a seguir, aquela que apresenta apenas indicadores assistências são:

- a) Indicador: Taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo e incidência de queda de paciente.
- b) Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal, Incidência de Lesão de Pele e Horas de Assistência de Enfermagem.
- c) Incidência de Instrumentais Cirúrgicos com Sujidade; Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem e taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem.
- d) Incidência de Lesão de Pele; Incidência de Flebite e Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica em Pacientes em Atendimento Ambulatorial.
- e) Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem; Incidência de Flebite e Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica em Pacientes em Atendimento Ambulatorial.

Referências

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**; tradução Regina Garcez – 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BONATO, Vera Lúcia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação**: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Tradução: Ana Maria V. Thorell, Regina Machado Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CARVALHO, Cristiane O. Mocelin *et al.* Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectiva. **J Bras Nefrol**, v. 26, n. 4, p. 216-222, 2004.

CIANCIARULLO *et al.* **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: jan./18.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 026/2010**. Indicadores de qualidade. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_26.pdf>. Acesso em: jan./18.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B.L. de Barros. [et al] – São Paulo: Coren-SP, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: jan./18.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios de enfermagem, independentes do meio de

suporte tradicional ou eletrônico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: jan./18.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das intervenções de enfermagem** (NIC). 4. ed. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FUNDAÇÃO PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional – Ciclo 2005-2006. **FPNQ/CQH**. São Paulo; 2005. 83 p

LOPES, Lúcia Marlene Macário; SANTOS, Sandra Maria Pereira dos. Florence Nightingale. Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 2, p. 181-189, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832010000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: jan./2018.

Manual de indicadores de enfermagem – Nageh / Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). – 2. ed. São Paulo: APM/Cremesp, 2012.

MIRARCHI, Vieira Ana Paula; KURCGANT, Paulina. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem [online]** 23, 2010 Disponível em: <<http://artificialwww.redalyc.org/articulo.oa?id=307026617005>>. Acesso em: jan./18.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em: jan./18.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde -- Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online** v.10, n.3, set. 2010. Disponível em: <<https://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/405/721>>. Acesso jan/18.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anotações

[illegible]

Anotações

[illegible]

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ISBN 978-85-522-0697-2



9 788552 206972 >