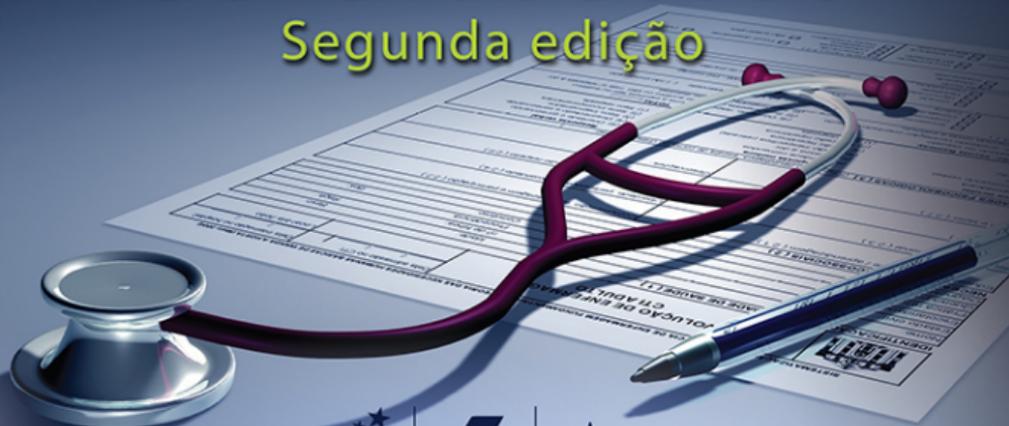


Meire Chucre Tannure
Ana Maria Pinheiro

SAE

Sistematização da Assistência
de Enfermagem

Guia Prático
Segunda edição





SAE
Sistematização
da Assistência
de Enfermagem

Guia Prático

Sobre as autoras

Meire Chucre Tannure Martins*

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Instituto de Educação Continuada (IEC) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Professora Titular das disciplinas Metodologia da Assistência de Enfermagem e Semiologia da Escola de Enfermagem da PUC Minas, *campus* Coração Eucarístico. Professora das disciplinas Semiologia e Assistência de Enfermagem a Pacientes em Situações Crônicas em Unidades de Terapia Intensiva do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência e Trauma da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte. *O sobrenome Martins foi adquirido por casamento. Para fins de indexação e de referenciamento bibliográfico o sobrenome adotado no restante do livro é Tannure.

Ana Maria Pinheiro

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Instituto de Educação Continuada (IEC) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Coordenadora do Curso de Graduação em

Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte. Professora Titular da disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica e Estágio Supervisionado da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte. Professora das disciplinas Sistematização da Assistência de Enfermagem, Fisiopatologia e Regulação do Sistema Cardiovascular e Assistência de Enfermagem a Pacientes em Situações Críticas Cardiovasculares do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência e Trauma da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte.

SAE

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Guia Prático

Segunda edição

Meire Chucre **Tannure**

Ana Maria **Pinheiro**



■ As autoras deste livro e a EDITORA GUANABARA KOOGAN Ltda. empenharam seus melhores esforços para assegurar que as informações e os procedimentos apresentados no texto estejam em acordo com os padrões aceitos à época da publicação, *e todos os dados foram atualizados pelas autoras até a data da entrega dos originais à editora.* Entretanto, tendo em conta a evolução das ciências da saúde, as mudanças regulamentares governamentais e o constante fluxo de novas informações sobre terapêutica medicamentosa e reações adversas a fármacos, recomendamos enfaticamente que os leitores consultem sempre outras fontes fidedignas, de modo a se certificarem de que as informações contidas neste livro estão corretas e de que não houve alterações nas dosagens recomendadas ou na legislação regulamentadora. *Adicionalmente, os leitores podem buscar por possíveis atualizações da obra em <http://gen-io.grupogen.com.br>.*

■ As autoras e a editora se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Direitos exclusivos para a língua portuguesa

Copyright © 2010 by

EDITORA GUANABARA KOOGAN Ltda.

Travessa do Ouvidor, 11

Rio de Janeiro – RJ – CEP 20040-040

Tels.: (21) 3543-0770/(11) 5080-0770 | Fax: (21) 3543-0896

Publicado pela Editora LAB, sociedade por cotas de participação e de parceria operacional da

EDITORA GUANABARA KOOGAN Ltda.

editoraguanabara.com.br | www.grupogen.com.br | editorial.saude@grupogen.com.br

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição pela internet ou outros), sem permissão, por escrito, da **EDITORA GUANABARA KOOGAN Ltda.**

Imagens da capa: **Bernard Design**
Projeto gráfico: **Editores LAB**
Produção digital: **Hondana**

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

T173s
2.ed.

Tannure, Meire Chucre

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem : Guia Prático /
Meire Chucre Tannure, Ana Maria Pinheiro. 2.ed. - [Reimpr.] - Rio de
Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

il.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-277-1766-3

1. Enfermagem - Manuais, guias, etc. 2. Enfermagem - Prática -
Manuais, guias, etc. 3. Diagnóstico de enfermagem - Manuais, guias, etc.
I. Gonçalves, Ana Maria Pinheiro. II. Título. III. Título: Sistematização
da Assistência de Enfermagem.

09-6221.

CDD: 610.73

CDU: 616-083

Colaboradores



Adelaide De Mattia Rocha

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Departamento de Enfermagem Básica). Experiência assistencial e administrativa na implementação da SAE no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

Andreza Werli

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em curso teórico-prático de Controle de Infecção Hospitalar. Enfermeira Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Daclé Vilma Carvalho

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG (Departamento de Enfermagem Básica).

Jaqueline Marques Lara Barata

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração Hospitalar. Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Coordenadora do Curso de Enfermagem da PUC Minas. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da PUC Minas e dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico e de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal do Instituto de Educação Continuada (IEC) da PUC Minas, nas áreas de Gestão, Humanização e Fundamentos da Assistência e Educação e Comunicação em Saúde. Pesquisadora do GEPES – Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde. Enfermeira do setor de Educação Continuada do Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) – IPSEMG.

Juliana Caldeira Sarsur

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pelo IEC da PUC Minas. Auditora dos Sistemas de Gestão pela Qualidade Iso 9001 e 14000 e da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte, nas disciplinas Gestão em Enfermagem, Saúde da Mulher e da Criança. Professora da disciplina Gestão em Terapia Intensiva do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva.

Katiucia Martins Barros

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Terapia Intensiva pelo IEC da PUC Minas. Professora das disciplinas Saúde do Adulto e Semiologia do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte, e das disciplinas Fisiopatologia em Situações Críticas, Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico na Unidade de Terapia Intensiva, Assistência de Enfermagem ao Paciente Crônico na Unidade de Terapia Intensiva e Sistematização da Assistência de Enfermagem do Curso de Pós-Graduação em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte.

Ricardo Bezerra Cavalcante

Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Informação pela Escola de Ciências da Informação da UFMG. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Tem experiência na área de Terapia Intensiva, Tecnologias Aplicadas à Saúde e Administração em Saúde nos seguintes temas: Saúde do Trabalhador, Sistemas de Informação em Saúde,

Prontuário Eletrônico, Educação em Informática em Saúde, Tecnologias de Monitorização Invasiva e Não Invasiva, Processo de Trabalho em Unidades de Terapia Intensiva, Informação e Informática em Saúde. Membro da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Pesquisador dos núcleos de pesquisa Núcleo de Pesquisa em Informática em Enfermagem – USP – e Núcleo de Pesquisa em Administração em Enfermagem – UFMG. Atualmente tem trabalhado com o tema Relações de Poder e Sistemas de Informação em Saúde. Professor Assistente da Universidade Federal de São João Del Rei, *campus* Centro Oeste.

Tânia Couto Machado Chianca

Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Pós-Doutorado no Center for Nursing Classification do College of Nursing, The University of Iowa, EUA. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Infecção Hospitalar e Classificação da Prática. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Saúde e Enfermagem e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Baseada em Evidências, Escola de Enfermagem da UFMG, ambos registrados no CNPq. Membro da Subcomissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Grupo Técnico de Definição de Modelagem para Construção de um Sistema de Apoio para a SAE da ABEn Nacional.

Valéria Alvarenga Medeiros

Enfermeira. Odontóloga. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem da UFMG, em Gestão Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração Hospitalar e em Gestão da Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (NESCON/Escola de Medicina da UFMG). Docente da PUC Minas e do Centro Universitário UNA.

Dedicatória



Ao nosso bom e amado Deus, por ser a razão da nossa existência e por nos ter dado a vida e o maravilhoso e nobre dom de cuidar de pessoas.

Aos nossos queridos pais, maiores exemplos de vida, por sempre nos apoiarem e por nos ensinarem o caminho da verdade, da justiça e do amor.

Aos nossos irmãos e demais familiares, por serem nossos amigos nas horas incertas, por serem fiéis, cúmplices e sempre verdadeiros.

Ao Guilherme, por nos incentivar, nos apoiar e nos impulsionar.

Ao Gabriel, à Isabella e a quem mais chegar, por darem mais alegria às nossas vidas.

Às pedrinhas preciosas que Deus nos deu e que chamamos de sobrinhos.

Aos nossos amigos e amigas, por acreditarem e por compartilharem do nosso sonho.

Aos colegas e colaboradores deste livro.

Aos enfermeiros e professores, por se empenharem na construção de uma enfermagem embasada em princípios científicos e mais humana.

Aos alunos e pacientes, por serem anjos que Deus coloca em nossa caminhada e que nos ensinam a cada dia o sentido da missão de cuidar e de ensinar.



O GEN | Grupo Editorial Nacional reúne as editoras Guanabara Koogan, Santos, Roca, AC Farmacêutica, Forense, Método, LTC, E.P.U. e Forense Universitária, que publicam nas áreas científica, técnica e profissional.

Essas empresas, respeitadas no mercado editorial, construíram catálogos inigualáveis, com obras que têm sido decisivas na formação acadêmica e no aperfeiçoamento de várias gerações de profissionais e de estudantes de Administração, Direito, Enfermagem, Engenharia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Educação Física e muitas outras ciências, tendo se tornado sinônimo de seriedade e respeito.

Nossa missão é prover o melhor conteúdo científico e distribuí-lo de maneira flexível e conveniente, a preços justos, gerando benefícios e servindo a autores, docentes, livreiros, funcionários, colaboradores e acionistas.

Nosso comportamento ético incondicional e nossa responsabilidade social e ambiental são reforçados pela natureza educacional de nossa atividade, sem comprometer o crescimento contínuo e a rentabilidade do grupo.

Agradecimentos



Às nossas grandes mestras, professoras e amigas:

Dra. Tânia Couto Machado Chianca

Dra. Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro

Dra. Daclé Vilma Carvalho

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

e à

Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

Material suplementar



GEN-IO (GEN | Informação Online) é o repositório de material suplementar e de serviços relacionados com livros publicados pelo GEN | Grupo Editorial Nacional, o maior conglomerado brasileiro de editoras do ramo científico-técnico-profissional, composto por Guanabara Koogan, Santos, LTC, Forense, Método e Forense Universitária.

Prefácio



A primeira edição deste livro foi um dos maiores sucessos já ocorridos na literatura brasileira para Enfermagem. Em pouco tempo a obra tornou-se referência e, por conta de seu caráter prático e objetivo, foi utilizada para a implementação da SAE em inúmeros serviços Brasil afora.

Esse sucesso, embora nos tenha deixado extremamente orgulhosas, não nos fez estagnar. Além de continuarmos a praticar a SAE em nosso cotidiano, arregaçamos as mangas para aprimorar o texto. Durante esse trabalho, ouvimos inúmeros profissionais para conhecer o que poderia ser feito para que este livro se tornasse ainda mais útil para nossos colegas de profissão, o que, em última instância, é nosso objetivo maior.

Nesse processo fomos percebendo que novas demandas surgiam, e durante as consultorias que prestávamos fomos trabalhando para responder a elas. As principais reivindicações eram relacionadas

aos instrumentos de gestão e a ferramentas assistenciais que pudessem ajudar na operacionalização das etapas do processo de enfermagem. Por este motivo, esta segunda edição traz capítulos que abordam assuntos relacionados com utilização de ferramentas administrativas, informatização e educação em serviço, consideradas estratégicas no auxílio à implantação do processo de enfermagem.

Além disso, alguns colegas da área da saúde coletiva nos solicitaram que o livro abordasse a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®) nesse ramo de nossa profissão.

Os capítulos sobre o processo de enfermagem foram revisados e atualizados em razão de este tema ser constantemente discutido e de terem surgido muitas novas publicações a respeito. Além disso, uma vez que as classificações passam constantemente por processos de atualização, novos conceitos e novas formatações foram propostas e já foram consideradas nesta nova edição do SAE | Guia Prático.

Cabe ressaltar que novos casos clínicos foram elaborados a fim de continuar auxiliando enfermeiros, professores e alunos nesta jornada rumo a compreensão e aplicação do raciocínio clínico, e que os casos que havia na primeira edição estão disponíveis para download no GEN-IO | GEN Informação Online (<http://genio.grupogen.com.br>).

Nesta edição continuamos a utilizar o termo enfermeiro no masculino. Contudo, em algumas situações, em razão do contexto histórico e das citações utilizadas, empregamos enfermeira.

Queremos destacar, ainda, o apoio de colegas que colaboraram muito com esta segunda edição. Somos gratas a eles, que compartilharam tantos e tão úteis conhecimentos conosco – e agora com vocês.

Nosso desejo é o de que possamos continuar crescendo junto com nossos leitores – que nos honram –, contribuindo para seu

aprimoramento pessoal, de modo que todos possamos conciliar a ciência com o amor ao próximo durante a prestação dos cuidados de Enfermagem!

Boa leitura!

Meire e Ana Maria

Sumário



Introdução

- 1** Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE
- 2** Teorias de Enfermagem
- 3** O Processo de Enfermagem
- 4** Primeira Etapa do Processo de Enfermagem: Investigação (Anamnese e Exame Físico)
- 5** Segunda Etapa do Processo de Enfermagem: Diagnósticos de Enfermagem
- 6** Terceira Etapa do Processo de Enfermagem: Planejamento dos Resultados Esperados
- 7** Quarta Etapa do Processo de Enfermagem: Implementação da Assistência de Enfermagem (Prescrição de Enfermagem)

-
- 8** Quinta Etapa do Processo de Enfermagem: Avaliação da Assistência de Enfermagem
 - 9** NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem
 - 10** CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
 - 11** CIPESC® – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
 - 12** Classificações de Enfermagem e Pesquisa
 - 13** Gestão da Sistematização da Assistência de Enfermagem
 - 14** A SAE e a Obtenção de Indicadores de Saúde
 - 15** A Informatização como Ferramenta para Auxiliar na Sistematização da Assistência de Enfermagem
 - 16** A Educação Permanente como Estratégia para a Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem
- R**eferências Bibliográficas
- Í**ndice Alfabético



Introdução

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Nossa visão
A estrutura do livro
Além da técnica



▪ Nossa visão

Acreditamos que, para implantar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), o primeiro passo a ser dado é selecionar

uma teoria de enfermagem que irá direcionar as demais etapas do processo de enfermagem. Isso precisa ser feito de maneira bem refletida e cuidadosa, e, para tanto, os enfermeiros precisam compreender quais são os conceitos dos metaparadigmas das teorias de enfermagem e relacioná-los com os conceitos que emergem de discussões com a equipe e com a população do ambiente no qual a SAE será implementada.

Realizar um diagnóstico situacional poderá auxiliar na seleção de uma teoria de enfermagem mais apropriada à realidade na qual o serviço de enfermagem encontra-se inserido.

Além disso, para conseguir implantar corretamente o processo de enfermagem, é preciso que os enfermeiros compreendam cada uma das suas etapas e saibam utilizar as classificações de enfermagem.

Cabe ressaltar que a implantação da SAE envolve mudança de comportamento e que, para isso, estratégias que favoreçam a incorporação dessa metodologia na prática precisam ser pensadas e discutidas. Ferramentas de gestão, a informatização, a educação permanente e a pesquisa têm sido apontadas como fatores capazes de auxiliar os enfermeiros neste processo.

▪ A estrutura do livro

Esta segunda edição deste guia prático é composta por 16 capítulos elaborados para auxiliar estudantes, docentes e profissionais de enfermagem na implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Convidamos você a ler o livro na sequência numérica dos capítulos, a fim de que haja uma melhor compreensão dos assuntos abordados, pois cada um deles tem relação direta com o tema que o antecede, constituindo, de certo modo, pré-requisito para um bom entendimento da matéria seguinte.

Começamos estudando as teorias de enfermagem, apresentamos as etapas do processo e as taxonomias que se relacionam com elas, abordamos pesquisas relacionadas com os sistemas de classificação e as etapas do processo de enfermagem. Em seguida tratamos de gestão, com um capítulo específico sobre indicadores de saúde, de informatização e da educação permanente.

No final de cada capítulo há perguntas que servem para que o leitor avalie o que aprendeu. Sugerimos que você tente respondê-las e, se sentir insegurança quanto ao resultado, releia o capítulo antes de se dedicar ao capítulo seguinte.

Apresentamos também alguns estudos de casos, cada qual fundamentado em uma diferente teoria de enfermagem. Propomos que você os resolva e confira suas considerações com os estudos que apresentamos no final de cada caso. Ressaltamos que os diagnósticos, os resultados e as prescrições não precisam ser descritos exatamente como o fizemos. Na verdade, existem diagnósticos, resultados e prescrições que não foram descritos no nosso texto, e pode haver outras maneiras de redigir ou apresentar além daquelas que descrevemos.

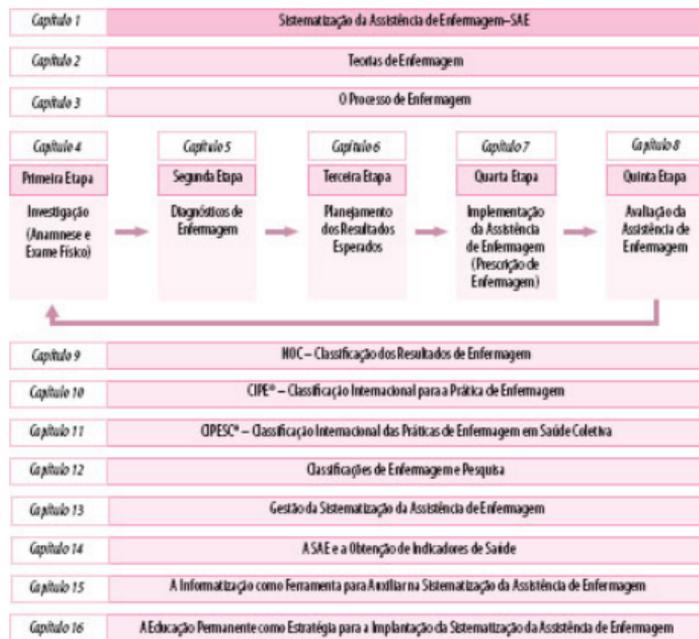


Figura I.1

Representação esquemática da estrutura deste livro.

▪ Além da técnica

Por fim, queremos sugerir um aspecto que não está mencionado explicitamente no livro, mas que constitui uma filosofia importante que pode fazer a diferença em nossa vida pessoal e profissional: *exercite o raciocínio clínico, seja ousado e acredite no seu potencial!*

Embora contenha informações e estratégias capazes de favorecer a implantação da SAE, este livro não fará o trabalho sozinho. Para que o processo flua sem sobressaltos, é necessário que os

profissionais de enfermagem responsáveis por implementá-la tenham conhecimentos sobre teorias de enfermagem, processo de enfermagem, semiologia e semiotécnica, fisiopatologia, classificações de enfermagem, gestão em saúde, educação em serviço, tecnologia em enfermagem e pesquisa em enfermagem. E, principalmente, que haja constante aprimoramento e atualização quanto aos conhecimentos mencionados aqui. Educação permanente é fundamental para o sucesso profissional.

Lembre-se: a Enfermagem terá a importância que você dará a ela!



1



Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

O que é a SAE
Questões para fixação do
conteúdo

The image shows a tilted, semi-transparent version of a form. At the top left, there is a logo consisting of the letters 'FBI' in a stylized font. Below the logo, the text 'FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION' is visible. The form contains numerous fields, some of which are labeled with terms like 'NAME', 'ADDRESS', 'CITY', 'STATE', and 'ZIP'. There are also several checkboxes and lines of text, suggesting a detailed data collection or reporting form. The entire form is rotated approximately 45 degrees clockwise.

A SAE é uma ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade.

Bartira de Aguiar Roza

■ O que é a SAE

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.

O novo cenário econômico decorrente da globalização e as atuais políticas públicas de saúde têm gerado a necessidade de uma reorganização da assistência prestada aos pacientes, pautada na obtenção e análise de indicadores de saúde que permitam a troca de informações, a avaliação e o acompanhamento da qualidade dos serviços prestados à população (TANNURE, 2008).

O crescente aumento e a velocidade das trocas de informações, a evolução tecnológica, as constantes demandas das instituições de saúde para maximizar recursos, diminuir custos e aumentar a qualidade da assistência têm exigido da enfermagem o aprimoramento de suas atividades (LUCENA; BARROS, 2006). Para isso, torna-se

cada vez mais necessária a sistematização da assistência de enfermagem.

A SAE é uma metodologia científica de que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; SPERANDIO; EVORA, 2005; DALRI; CARVALHO, 2002). Pode oferecer respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, contribuindo para maior credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem e, em consequência, para maior autonomia e satisfação profissional (CARRARO; KLETEMBERG; GONÇALVES, 2003; LIMA; BUCHER; LIMA, 2004).

Deste modo, a implementação da SAE é fundamental por contribuir para a melhora na qualidade da assistência de enfermagem (MARQUES; CARVALHO, 2005), para a caracterização do corpo de conhecimentos da profissão (JESUS, 2002) e por trazer implicações positivas para o paciente e para a equipe de enfermagem (MENDES; BASTOS, 2003).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, tem preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o processo de enfermagem (PE) (COFEN, 2009). A concepção de que a enfermagem como ciência deve estar pautada em uma ampla estrutura teórica, aplicada à prática por meio do PE, vem sendo também divulgada por educadores, enfermeiros e estudantes, porém é necessário que o processo seja guiado por uma teoria de enfermagem a fim de tornar mais operacionalizáveis os resultados da assistência prestada aos pacientes (ALMEIDA, 2004; FARIAS; NÓBREGA, 2000; TANNURE; CHIANCA, 2006).

Santos e Nóbrega (2004) relatam que os enfermeiros desejam aplicar a SAE na prática de modo que produza resultados que possam ser mensurados, permitindo ampliação dos conhecimentos e melhora da qualidade da assistência e do registro das informações de enfermagem. Além disso, a sistematização das ações pode

favorecer um maior contato entre enfermeiros e pacientes, promovendo a criação de vínculos e a melhora do atendimento.

No entanto, existe na prática assistencial a necessidade de se capacitar os enfermeiros de modo que esse contato seja mais efetivo e que as ações sejam sistematizadas.

Sendo assim, os enfermeiros precisam, cada vez mais, de conhecimentos acerca das teorias de enfermagem, do PE, de semiologia, de fisiologia, de patologia, além das habilidades necessárias para gerenciarem as unidades efetivamente. Dessa forma, os enfermeiros poderão assistir diretamente o paciente/a família/a comunidade e obter indicadores de saúde a partir dos registros realizados nos prontuários pela equipe de enfermagem, com os quais poderão avaliar a qualidade da assistência prestada e mensurar o quanto esses profissionais contribuíram para a melhora do quadro dos pacientes sob seus cuidados.

É importante também ressaltar que, para que a SAE seja incorporada à prática, é necessária uma educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo.

Além disso, os enfermeiros necessitam de “instrumentos” que favoreçam a implantação das etapas do PE na prática, tais como impressos para auxiliar na coleta e no registro dos dados do indivíduo, da família ou da comunidade e/ou *softwares* que os auxiliem na execução das etapas do método científico.

As tentativas de organizar o conhecimento na enfermagem datam da década de 1950, quando houve um considerável avanço na construção e na organização dos modelos teóricos da enfermagem (NÓBREGA; SILVA, 2008). No entanto, foi a partir dos estudos de Horta (1979) no final da década de 1960 que a atenção dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para a SAE (CRUZ, 2008). Com os trabalhos de Horta, enfatizou-se o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, por meio da implementação da SAE (GONÇALVES, 2004).

Cabe ressaltar que no final da década de 1980, quando o Decreto-lei 94406/87 (BRASIL, 1986), que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no País, definiu como atividade privativa do enfermeiro, entre outras, a elaboração da prescrição de enfermagem, passou a existir uma maior incorporação da SAE à prática e que enfermeiros vêm desde então registrando cada vez mais suas experiências com a implementação dessa metodologia, realizando novas pesquisas sobre o tema e se empenhando intensamente para que a implementação do PE se concretize efetivamente na prática assistencial.

A SAE confere maior segurança aos pacientes, uma vez que, para ser implementada, requer que o enfermeiro realize o julgamento clínico. Este é uma ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo/da família/da comunidade (ROZA, 2005).

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Conceitue SAE.
2. Por que a implantação da SAE é fundamental?
3. Qual é a resolução do COFEN que trata da SAE?
4. Quais demandas os enfermeiros têm apresentado para implementar a SAE na prática?
5. Quando os estudos sobre a SAE receberam maior destaque no Brasil?
6. Por que a SAE confere maior segurança aos pacientes?



2

Teorias de Enfermagem

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Um pouco de história
Estruturação das teorias
de enfermagem
Níveis de teorias
Escolha de uma teoria
Por que escolher uma
teoria?
Questões para fixação do
conteúdo

The image shows a tilted, pink-tinted document with a complex layout of text and fields. The document is oriented diagonally, with the top-left corner pointing towards the upper right of the page. The text is small and difficult to read, but it appears to be a form or a contract with various sections and lines. The overall appearance is that of a scanned document that has been rotated and tinted.

As teorias podem ser definidas como um conjunto de afirmações sistemáticas, relacionadas com questões importantes de uma disciplina, que são comunicadas de modo coerente. São compostas por conceitos que se relacionam entre si. Nelas estão contidos aspectos da realidade que são comunicadas com a finalidade de descrever fenômenos, explicar as relações entre os fenômenos, prever as consequências e prescrever cuidados de enfermagem.

Afaf I. Meleis

▪ Um pouco de história

A preocupação da enfermagem com a questão teórica nasce com Florence Nightingale, que afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos daquelas da medicina. Ela definiu as premissas em que a profissão deveria basear-se, estabelecendo um conhecimento de enfermagem direcionado às pessoas, às condições em que elas viviam e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre a saúde delas (NIGHTINGALE, 1989).

Florence Nightingale idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes do modelo biomédico.

Apesar da forte influência de Nightingale, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo intuitivo e

não sistematizado. Alguns enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão sob a mesma perspectiva de profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no paciente. Desse modo, ocorreu uma quase-estagnação da enfermagem, que permaneceu centrada no modelo biomédico, fato esse que perdurou por muitas décadas (SOUZA, 1984).

Por conta disso, a enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos e de conceitos preexistentes que lhe ditassem *o que fazer e como fazer*, e na maioria das vezes não refletia sobre *por que fazer e quando fazer*.

Entretanto, sob influência de vários fatores, tais como guerras mundiais, movimentos femininos de reivindicação, desenvolvimento das ciências e da educação, modificações socioeconômicas e políticas, as enfermeiras começaram a questionar o *status quo* da prática de enfermagem e a refletir sobre ela.

Souza (1984) confirma tal questionamento e reflexão acerca da prática de enfermagem ao relatar que a percepção da necessidade de condições menos servis para a profissão levou as enfermeiras norte-americanas a questionarem e refletirem sobre a situação profissional em que estavam inseridas. A partir da influência dos fatores citados, surgiu a consciência da necessidade de as enfermeiras serem mais bem preparadas, por meio do aprimoramento da educação em enfermagem, de modo a se alcançar a melhora da qualidade do cuidado prestado à população.

Assim, percebeu-se a necessidade de se desenvolver um corpo específico e organizado de conhecimentos sobre a profissão, difundindo-se a preocupação com o significado da enfermagem e com seu papel social.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), as primeiras atividades em enfermagem incluíam inúmeras funções de outras áreas profissionais, e o foco de atenção das enfermeiras era voltado para medidas de alívio e manutenção de um ambiente higiênico (limpo e organizado).

Hickman (2000) apresenta uma descrição da evolução das teorias de enfermagem relatando que nos anos 1940, com o surgimento dos estudos psicossociais nos currículos, o cuidado de enfermagem começou a ser enfatizado como um processo interpessoal.

Nos anos 1950, iniciou-se o foco da enfermagem na assistência holística. A visão dominante quanto ao cuidado vinculado apenas aos sistemas biológicos começou a ser enriquecida com um novo enfoque do ser humano. Surgiu, então, a ênfase no cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, centralizando-se a assistência de enfermagem não mais na patologia, mas na pessoa e na promoção da sua integridade, percebendo-se o doente como pessoa com necessidades a serem atendidas pelas enfermeiras.

As transformações causadas pela Segunda Guerra Mundial fizeram com que as enfermeiras norte-americanas se organizassem em associações e iniciassem discussões sobre as necessidades e as dificuldades relativas à profissão. Esse foi um período caracterizado por intensa busca de identidade profissional, uma vez que despertou as enfermeiras para a necessidade de desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos e organizados para a enfermagem.

Nos anos 1950, as teóricas Hildegard E. Peplau, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah e Dorothea E. Johnson enfocavam o papel dos enfermeiros quanto às necessidades dos doentes, e naquela época já se sugeria que os diagnósticos de enfermagem deveriam ser diferentes dos diagnósticos médicos.

Na década de 1960, as teorias de enfermagem procuravam relacionar fatos e estabelecer as bases para uma ciência de enfermagem, constituindo uma nova fase da evolução histórica da profissão. Nos EUA, naquela época, verbas federais foram liberadas para estudos de enfermagem em nível de doutorado, o que aumentou os esforços para se desenvolver o conhecimento da profissão.

O objetivo dos teóricos daquela época, representados por Ida Jean Orlando e Ernestine Wiedenbach, torna-se mais amplo, uma vez que enfatiza o relacionamento entre enfermeiros e pacientes. Carraro, Madureira e Radunz (1999) citam que o desenvolvimento dos diversos modelos conceituais decorreu da motivação intrínseca de cada teórica, além do valor que seus trabalhos trariam à profissão como ciência.

Segundo Rossi e Carvalho (2002), esses modelos teóricos de enfermagem foram elaborados para retratar conceitos, descrever, explicar, prever o fenômeno e determinar o campo de domínio da profissão. Segundo essas autoras, houve uma busca por respostas para questões acerca de quem era o enfermeiro, quem era a pessoa-alvo do cuidado, quais conceitos deveriam orientar o modelo de assistência de enfermagem e como se poderia torná-los conhecidos para os profissionais, de modo que pudessem guiar a prática clínica mantendo a consonância com as políticas das instituições de saúde.

Na segunda metade dos anos 1960, Wanda de Aguiar Horta, primeira enfermeira brasileira a abordar teoria no campo profissional, embasou-se na teoria da motivação humana de Abraham Maslow e na teoria de João Mohana para elaborar a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Ela propôs então às enfermeiras brasileiras uma assistência de enfermagem sistematizada que fez surgir no Brasil uma nova visão de enfermagem (HORTA, 1979).

Nos anos 1970, a literatura sobre as teorias teve grande impulso, ensejando maior reflexão sobre o assunto. Nos anos 1980 e 1990, aumentaram ainda mais as pesquisas que expandiam o conhecimento em enfermagem, e muitas teorias passaram a subsidiar a assistência de enfermagem em instituições de saúde.

Atualmente, em virtude da mudança no comportamento dos enfermeiros, que estão passando a assistir as pessoas que demandam seus serviços com foco não apenas na esfera biológica mas também nas dimensões social, psíquica e espiritual, as teorias vêm sendo

cada vez mais implementadas na prática, o que tem aumentado a possibilidade de melhora na qualidade da assistência.

Leopardi (1999) afirma que as teorias são tão importantes para a assistência profissional quanto para a técnica, a comunicação ou a interação, uma vez que servem de guia para o contexto assistencial.

Essa busca focada no fortalecimento da ciência e da prática de enfermagem tem motivado os enfermeiros a estudar e desenvolver teorias de enfermagem como uma maneira de sistematizar a assistência prestada à população, otimizando, desse modo, as relações humanas (ARAÚJO; OLIVEIRA; FERNANDES, 2005). Isso tem promovido amadurecimento profissional, consolidando a enfermagem cada vez mais como ciência (MOREIRA *et al.*, 2008).

O uso de teorias de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporciona um meio sistemático de coletar dados para se descrever, explicar e prever a prática, promove a prática racional e sistemática, torna a prática direcionada por metas e resultados, determina a finalidade da prática de enfermagem e promove um cuidado coordenado e menos fragmentado (MCEWEN, 2009).

▪ Estruturação das teorias de enfermagem

Segundo Souza (1985), há muitas definições de teoria. Por ser muito difícil a aceitação unânime de uma delas, optamos por trabalhar com o conceito proposto por Afaf I. Meleis, que define a teoria de enfermagem como um conjunto de afirmações sistemáticas, relacionadas com questões importantes de uma disciplina, que são comunicadas de modo coerente. São compostas por conceitos que se relacionam entre si. Nelas estão contidos aspectos da realidade comunicados com a finalidade de descrever fenômenos,

explicar as relações entre os fenômenos, prever as consequências e prescrever cuidados de enfermagem (MELEIS, 2007).

As *teorias* devem direcionar as ações dos enfermeiros, de modo a que se possa responsabilizá-los pelos cuidados a serem prestados aos pacientes, não mais executados de maneira empírica.

Segundo Barbara Stevens Barnum (1994), *apud* Hickman (2000), as teorias completas têm:

- **Contexto:** ambiente em que ocorre a assistência de enfermagem
- **Conteúdo:** assunto da teoria
- **Processo:** método pelo qual a enfermagem atua.

Além disso, as teorias contêm elementos fundamentais que representam o conteúdo nuclear dessa disciplina: a *enfermagem*, a *pessoa*, o *ambiente* e a *saúde*, denominados *metaparadigma da enfermagem*.

Componentes das teorias de enfermagem		
Contexto	Conteúdo	Processo
Ambiente em que ocorre a assistência de enfermagem	O assunto da teoria	Método pelo qual a enfermagem atua

Figura 2.1

Componentes das teorias de enfermagem.

Metaparadigma da enfermagem

- **Enfermagem.** É a ciência do cuidado executado por meio de uma metodologia de trabalho

- **Pessoa.** Quem recebe o cuidado. Pode ser exclusivamente o paciente, o paciente e sua família ou as pessoas que compõem uma comunidade
- **Ambiente.** Pode representar o entorno imediato em que se encontra a pessoa que recebe a assistência de enfermagem ou a comunidade, a moradia, o ambiente de trabalho
- **Saúde.** É a finalidade da assistência de enfermagem. Deve ser, quando possível, decidida em conjunto pelo paciente e pelo enfermeiro.

O metaparadigma da enfermagem ilustra qual é o público receptor dos cuidados de enfermagem, qual a finalidade da assistência de enfermagem (saúde), em qual ambiente essa assistência é prestada e como ela deve ser executada (papéis do enfermeiro).

Para compreendermos as teorias, é de suma importância entendermos seus princípios e pressupostos, bem como o metaparadigma da enfermagem que as compõem, a fim de analisarmos se eles se adequam à população atendida pelo enfermeiro que irá adotar esses princípios e pressupostos para sistematizar as ações realizadas pela equipe de enfermagem.

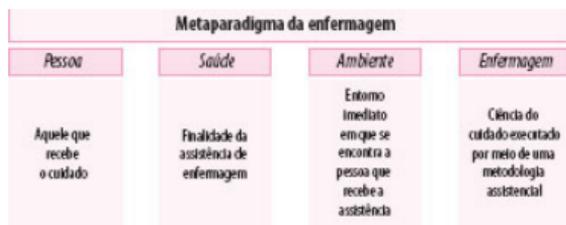


Figura 2.2
Metaparadigma da enfermagem.

▪ Níveis de teorias

Segundo James Dickoff, Patrícia James e Ernestine Wiedenbach (1968), *apud* Hickman (2000), as teorias são classificadas em quatro níveis, de acordo com a sua finalidade.

- **Nível I.** Isolamento dos fatores: é descritivo por natureza. Envolve a denominação ou a classificação de fatos e/ou eventos.

Exemplo: *O enfermeiro descreve o aparecimento de hiperemia na região sacral do paciente*

- **Nível II.** Relacionamento de fatores: exige a correlação ou a associação de fatores de tal maneira que representem significativamente uma situação maior.

Exemplo: *O enfermeiro associa a hiperemia aos fatos de o paciente estar acamado, ser obeso e estar fazendo uso de fármacos vasoativos, entre outras condições que sabidamente predisõem à formação de úlceras por pressão*

- **Nível III.** Relacionamento de situações (preditivas): explica e prevê como as situações estão relacionadas.

Exemplo: *O enfermeiro prevê que é necessária uma intervenção rápida para que haja a regressão dessa hiperemia; caso contrário, a evolução poderá ser prejudicial ao paciente*

- **Nível IV.** Produtora de situações (prescritiva): controla ou faz mais do que descrever, explicar ou prever.

Exemplo: *O enfermeiro atua prescrevendo ações para minimizar a evolução dessa lesão, entre elas mudanças de decúbito, uso de colchão piramidal,*

hidratação da pele, coberturas protetoras na área acometida.

▪ Escolha de uma teoria

Para escolher uma teoria de enfermagem para fundamentar a sua prática, o enfermeiro precisa conhecer a realidade do setor em que trabalha, o perfil dos enfermeiros que trabalham nessa unidade, bem como a clientela atendida, uma vez que essa caracterização deverá estar em acordo com os conceitos da teoria selecionada. Por exemplo, um enfermeiro que atua em um Programa de Saúde da Família (PSF) deve sistematizar a assistência de enfermagem utilizando como marco conceitual uma teoria que conceitue pessoa como o indivíduo, a família e/ou a comunidade; que conceitue ambiente de modo que englobe a comunidade em que essa pessoa vive; que conceitue saúde de acordo com as diretrizes do Programa de Saúde da Família; e que conceitue o enfermeiro como um agente de promoção da saúde.

Sendo assim, espera-se que os enfermeiros estudem as teorias de enfermagem avaliando os conceitos estabelecidos por quem os desenvolveu e a congruência deles com seu cotidiano de trabalho.

Torna-se necessário, portanto, compreender se o conceito de pessoa é condizente com a clientela do serviço em questão, se o conceito que representa saúde para a teórica atenderá a demanda dos pacientes, se o ambiente em que atua o profissional enfermeiro é condizente com o ambiente exposto na teoria e se as características e a filosofia da instituição em que a teoria será aplicada estão em harmonia com os pressupostos do modelo teórico.

Além disso, é fundamental saber se os enfermeiros que vão trabalhar com a teoria selecionada estão dispostos e capacitados a realizar as atividades preconizadas por essa teoria.

Após fazer essas considerações, e diante da articulação dos conceitos de *saúde*, *pessoa*, *ambiente* e *enfermagem*, o profissional poderá selecionar a teoria de enfermagem que melhor fundamentará o seu processo de cuidar.

Cabe ressaltar, porém, que não basta selecionar uma teoria de enfermagem para fundamentar a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). É necessário que o enfermeiro estude a fundo a teoria selecionada e adote um comportamento condizente com o que é preconizado pelo arcabouço teórico que foi eleito como a fundamentação científica para a prestação da assistência de enfermagem.

▪ Por que escolher uma teoria?

A teoria funciona como um alicerce estrutural para a implantação da SAE, uma vez que, para sistematizar a assistência de enfermagem, é necessário um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço almeja alcançar. Segundo Ferreira (1975), sistematizar é tornar coerente com determinada linha de pensamento, e entre as linhas de pensamento que podem ser utilizadas na enfermagem propomos o uso das teorias de enfermagem, uma vez que foram escritas a partir de vivências da prática profissional, retratando as ações realizadas pelos enfermeiros e determinando como esses profissionais devem agir.

As vantagens e a propriedade de se estabelecer a SAE na prática são incontestáveis. A teoria auxilia nessa sistematização, pois facilita e direciona a organização das observações realizadas na prática e a condução das ações, visando ao alcance dos resultados esperados para os pacientes. Sem elas, a prática torna-se caótica e desintegradora (LEOPARDI, 1999).

Os estudos sobre SAE no Brasil só se destacaram no final dos anos 1980, quando o Decreto-lei 94406/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, definiu como atividade privativa do enfermeiro, entre outras, a elaboração da prescrição de enfermagem (BRASIL, 1986).

Entretanto, Nóbrega e Silva (2009) questionam como o enfermeiro realiza uma consulta sem seguir um método científico? Como prescrever sem antes coletar dados e diagnosticar problemas ou necessidades específicas do paciente?

Para que possa prescrever os cuidados de enfermagem, o enfermeiro precisa nortear suas ações pelos diagnósticos das necessidades de saúde, das condições de bem-estar e das condições que possam vir a comprometer a vida do paciente: os chamados diagnósticos de enfermagem (DE). A coleta de dados que conduzirá a esses DE deverá ser direcionada por uma teoria de enfermagem. Caso contrário, a tendência é que o enfermeiro continue respaldando suas ações no modelo biomédico (ainda vigente), o qual direciona as ações para o tratamento da doença – âmbito do profissional médico.

O enfermeiro deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano, diagnosticando as necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família ou pela comunidade e cuidando para que tais necessidades sejam supridas e a independência deles seja restaurada.

Atualmente, a implantação das teorias de enfermagem na prática tem sido uma constante, sobretudo após a divulgação da Resolução 272/2002 do COFEN, atualmente revogada pela Resolução 358/2009, que determina que a implantação da SAE seja uma incumbência privativa do enfermeiro e ressalta a importância e a obrigatoriedade da sua implantação. Tal fato provocou enorme interesse e a necessidade premente de conhecimento entre profissionais e estudantes de enfermagem.

Na Resolução é apresentado o método científico que deve ser utilizado para a sistematização da assistência de enfermagem, denominado *processo de enfermagem* (PE).

O PE é um método que favorece a prestação do cuidado de modo organizado. Uma teoria de enfermagem é implementada na prática por meio desse método científico, que compreende etapas que devem ser previamente estabelecidas, tais como coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Que motivos levaram os enfermeiros a se inquietarem com a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico para a enfermagem?
2. Descreva a evolução histórica das teorias de enfermagem.
3. Qual foi a primeira enfermeira brasileira a abordar teoria de enfermagem no campo profissional?
4. Qual o conceito apresentado por Afaf I. Meleis em 2007 para as teorias de enfermagem?
5. Quais são os componentes das teorias de enfermagem?
6. Quais são os conceitos definidos como metaparadigmas da enfermagem? Explique cada um deles.
7. Descreva uma estratégia que pode ser utilizada para a seleção de uma teoria de enfermagem para subsidiar a SAE.
8. Por que escolher uma teoria de enfermagem?



3



O Processo de Enfermagem

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**
Daclé Vilma
Carvalho

O processo de enfermagem
Etapas do processo de enfermagem
Questões para fixação do conteúdo

The image shows a tilted, semi-transparent version of a form. At the top left, there is a logo consisting of the letters 'FBI' in a stylized font. Below the logo, the text 'FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION' is visible. The form contains numerous fields, some of which are labeled with 'NAME', 'ADDRESS', 'CITY', 'STATE', and 'ZIP'. There are also several checkboxes and a large section with a grid-like structure. The form is rotated approximately 45 degrees clockwise.

O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva.

Cristine Alves Costa de Jesus

▪ O processo de enfermagem

Processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessária a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam implantados na prática.

A ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é uma das ferramentas por meio das quais essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem – ou seja, é o método de solução dos problemas do paciente.

Jesus (2002) relata que a organização do cuidado foi descrita inicialmente em forma de estudos de casos a partir de 1929 e que, após 1945, os estudos de casos deram lugar aos planos de cuidados, considerados as primeiras expressões do processo de enfermagem. Esses planos eram relatórios de enfermagem e, de 1955 a 1960, foram praticamente abandonados, visto que objetivavam somente melhorar a comunicação da equipe de enfermagem a respeito da assistência prestada aos pacientes.

O termo *processo* foi mencionado pela primeira vez em 1955 por Lydia Hall (JESUS, 2002; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Em 1961, em uma publicação de Orlando (1978), o processo de enfermagem foi descrito como uma proposta para se melhorar a qualidade do cuidado prestado por meio do relacionamento dinâmico enfermeira-paciente.

Carlson, Craft e McGuire (1982) relatam que as enfermeiras Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) e Ernestine Wiedenbach (1963) desenvolveram, cada qual, métodos distintos para o estudo e a identificação do processo de enfermagem, que compreendia três fases, e acrescentam que, em 1967, houve a descrição, pela primeira vez, de um processo de quatro fases (histórico, planejamento, implementação e avaliação), por Helen Yura e Mary B. Walsh.

Na segunda metade dos anos 1960, Wanda de Aguiar Horta, com base em sua teoria, apresentou um modelo de processo de enfermagem com os seguintes passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Santana e Carvalho (2000) afirmam que o processo de enfermagem é o paradigma científico, sem alternativa até o momento atual, de que a enfermagem deve lançar mão para ser reconhecida e consolidada como ciência.

O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva (JESUS, 2002).

Para Stanton, Paul e Reeves (1993), o processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências.

De acordo com Beyers e Dudas (1989), o processo de enfermagem é a aplicação sistemática do conhecimento a situações específicas da assistência aos pacientes.

Acreditamos que a autonomia na profissão só será alcançada quando toda a classe começar a utilizar essa metodologia científica – ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do processo de enfermagem.

No Brasil, alguns enfermeiros têm utilizado o processo de enfermagem como um método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde.

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), o processo de enfermagem desenvolveu-se em um processo de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), coerentes com a evolução da profissão.

Cabe ressaltar, porém, que, embora estejam divididas didaticamente, as etapas do processo não se dão de maneira isolada e linear; ao contrário, estão inter-relacionadas e ocorrem concomitantemente (BUB; BENEDET, 1996).

▪ Etapas do processo de enfermagem

O processo de enfermagem se operacionaliza em etapas (ou fases, ou componentes) que variam de acordo com cada autor no que diz respeito ao número e à terminologia utilizada. A maioria dos autores é acorde quanto à necessidade de quatro etapas no processo de enfermagem: *investigação ou histórico, diagnóstico, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação* de enfermagem.

Neste livro o processo de enfermagem é estudado em cinco etapas, conforme mostra a Figura 3.1.



Figura 3.1

Etapas do processo de enfermagem.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Que método pode ser utilizado para se implantar uma teoria de enfermagem na prática?
2. Defina com suas palavras processo de enfermagem.
3. Quando a expressão processo de enfermagem foi mencionada pela primeira vez?
4. Descreva a evolução histórica do processo de enfermagem.
5. Quais são as fases do processo de enfermagem?



4



Primeira Etapa do Processo de Enfermagem: Investigação (Anamnese e Exame Físico)

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Investigação: primeiro
passo para se

determinar o estado de
saúde do paciente

Coleta de dados

Validação dos dados

Agrupamento dos dados

Identificação de padrões

Comunicação e registro de
dados

Aplicação prática: teorias
versus investigação

Questões para fixação do
conteúdo

The image shows a tilted, semi-transparent version of a form. At the top left, there is a logo consisting of the letters 'FBI' in a stylized font. Below the logo, the text 'FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION' is visible. The form contains numerous fields, some of which are labeled with terms like 'NAME', 'ADDRESS', 'CITY', 'STATE', and 'ZIP'. There are also several checkboxes and a large section with a grid-like structure, possibly for data entry or classification. The form is oriented diagonally, with the top-left corner pointing towards the upper right of the page.

Na investigação, você realiza a coleta de dados e examina informações sobre a situação de saúde, buscando evidências de funcionamento anormal ou fatores de risco que possam estar contribuindo para os problemas de saúde.

Rosalinda Alfaro-LeFevre

- **Investigação: primeiro passo para se determinar o estado de saúde do paciente**

A investigação (anamnese e exame físico) é a primeira fase do processo de enfermagem, ou seja, é o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente.

Essa fase consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (definidos de acordo com a teoria de enfermagem utilizada como marco conceitual), com o propósito de identificar as necessidades, os problemas, as preocupações e as reações humanas destes. Portanto, torna-se imprescindível que as informações coletadas sejam o mais precisas e fidedignas possível, para que seja estabelecido o perfil de saúde ou de necessidades do paciente.

Carpenito-Moyet (2008) alerta que o formato de investigação empregado pelos enfermeiros deve ser capaz de direcionar a coleta de dados para as respostas humanas, que variam da condição da pele e da função urinária até a saúde espiritual e a capacidade de autocuidado.

Para Alfaro-LeFevre (2005), existem cinco passos que podem ajudar o enfermeiro a realizar uma investigação sistemática e ordenada, descritos a seguir.

■ Coleta de dados

Os dados referentes ao estado de saúde do paciente são investigados de maneira direta ou indireta.

Os dados diretos são aqueles coletados diretamente do paciente, por meio da anamnese e do exame físico.

Os dados indiretos são aqueles obtidos por meio de outras fontes como, por exemplo, familiares ou amigos, prontuários de saúde, registros de outros profissionais da equipe multiprofissional, resultados de exames laboratoriais, entre outras.

Os dados são classificados em duas categorias: *objetivos* (o que é observável) e *subjetivos* (o que a pessoa afirma). A separação das informações em dados subjetivos e dados objetivos auxilia o raciocínio crítico (raciocínio clínico), porque um tipo complementa e esclarece o outro.

Esses dados são indicações que possibilitam um julgamento ou uma inferência sobre a existência ou não de um problema.

- **Exemplo de dado subjetivo:** “Estou com febre há dias, sinto-me cansado, e tenho tossido muito.”
- **Exemplo de dado objetivo:** temperatura axilar de 38°C, frequência respiratória de 32 irpm e raios X com presença de broncograma aéreo.

Os dados objetivos oferecem suporte aos dados subjetivos (*o que é observado confirma o que o paciente diz*).

O conhecimento que o enfermeiro tem dos sinais e sintomas para os diagnósticos reais e dos fatores de risco para os diagnósticos de risco, ou das possíveis complicações fisiológicas orienta a coleta de dados.

▪ Validação dos dados

O enfermeiro deverá comprovar se os dados coletados estão corretos, comparando-os com valores normais ou com valores padrões, ou seja, verificar se a informação coletada é factual e completa, no intuito de evitar erros na identificação dos problemas ou deixar de coletar dados importantes, não fazer presunções, entre outros aspectos.

- *Por exemplo:* o enfermeiro pergunta ao paciente qual é a localização da dor no peito por ele relatada, e se essa dor continua muito intensa. Imagine que o paciente, por medo da morte, dê a seguinte resposta: “Não, está fraca, e acho que é problema de estômago”. Se essa for a única pergunta do enfermeiro e ele não fizer a verificação, buscando mais informações (p. ex., resultados séricos de marcadores cardíacos ou eletrocardiograma), o profissional poderá agir com base no pressuposto de que não se trata de dor precordial, o que pode ser muito perigoso.

▪ Agrupamento dos dados

Os dados da situação de saúde do paciente devem ser agrupados em conjuntos de informações relacionadas, mantendo-se o enfoque de enfermagem e aproximando-se os padrões de resposta e funcionamento humanos.

O agrupamento de dados é um princípio do pensamento crítico que exige do enfermeiro a realização de julgamentos com base em evidências e que favorece sua capacidade de ter uma visão clara da situação de saúde. A capacidade do enfermeiro para detectar os indicadores significativos, que são os dados subjetivos e objetivos identificados, e para fazer inferências corretas é influenciada por sua capacidade de observação, seus conhecimentos de enfermagem e sua experiência clínica. Seus valores e suas crenças também afetam o modo como ele interpreta alguns indicadores.

Essa coleta de dados pode ser direcionada pela criação e pela utilização de instrumentos investigativos para o registro e a organização das informações coletadas.

Ressalte-se, porém, que esses instrumentos devem ser elaborados para que se obtenham informações específicas e relevantes em relação ao paciente, e de maneira holística, assegurando-se que as esferas biológica, social, psicológica e espiritual desse ser humano sejam levadas em conta, conforme a teoria de enfermagem utilizada.

▪ Identificação de padrões

A partir dos dados listados e de suas inferências, o enfermeiro deverá identificar as impressões iniciais dos padrões de

funcionamento humano e decidir o que é relevante, direcionando a investigação para a aquisição de mais informações, ou seja, procurar os fatores que contribuem para a criação do padrão.

- *Por exemplo, ao perceber que o paciente apresenta um problema respiratório, o enfermeiro deve inferir quais são os fatores relacionados com o aparecimento das evidências apresentadas pelo paciente.*

Para focar sua investigação na validação dos dados e definir as peças-chave que informam os padrões de saúde ou de doença, o enfermeiro precisa ter em mente os seguintes princípios de pensamento crítico: determinar o que é e o que não é relevante, e descobrir como e por que o padrão se criou (ou seja, deve buscar os fatores causais).

▪ Comunicação e registro de dados

Os dados significativos (ou anormais) devem ser registrados e comunicados, assegurando-se com isso que os outros membros da equipe interdisciplinar tenham conhecimento da situação do paciente e garantindo a detecção precoce dos problemas.

O registro dos dados promove a continuidade da assistência, a exatidão das anotações e o pensamento crítico, uma vez que o enfermeiro poderá fazer uma avaliação do registro de suas informações e, assim, analisar os dados coletados e aprofundar seus conhecimentos.

A Figura 4.1 sintetiza os cinco passos da fase de investigação propostos por Alfaro-LeFevre (2005).

A organização dos dados é essencial para a sua interpretação e para o processamento apto e crítico de inferências e julgamentos.

Dessa forma, o enfermeiro poderá estar mais bem estruturado para determinar o diagnóstico de enfermagem, o que constitui a etapa seguinte do processo de enfermagem. Portanto, uma avaliação insuficiente ou incorreta nessa fase poderá levar a um diagnóstico de enfermagem também incorreto, resultando em prescrição e evolução errôneas, o que pode comprometer a saúde do paciente.



Figura 4.1

Os cinco passos da fase de investigação segundo Alfaró-LeFevre.

No momento da investigação, o relacionamento enfermeiro-paciente é fundamental para o bom desfecho do trabalho. Logo, entrosamento é essencial, tanto quanto é importante o enfermeiro ter bons conhecimentos de Semiologia e Semiotécnica, para que os dados objetivos e subjetivos sejam coletados de modo fidedigno.

Para isso, quando vai ao encontro do paciente, o enfermeiro deve lançar mão de seus conhecimentos e coletar os dados a partir de um referencial teórico. Ou seja, após optar por uma teoria de enfermagem, o profissional deve se direcionar pelos conceitos da teoria e realizar a anamnese e o exame físico guiados pelo modelo conceitual.

▪ Aplicação prática: teorias versus investigação

Você deve estar se perguntando: como fazer isso na prática? Como escolher uma teoria de enfermagem? Como implantar uma teoria na prática de modo que os enfermeiros possam vir a utilizar uma mesma linguagem e obter dados padronizados?

Rossi e Carvalho (2002) sustentam que, uma vez que o indivíduo, a família ou a comunidade apresentem uma situação específica, o enfermeiro pode relacionar o modelo que mostrar maior congruência com tal demanda.

A escolha do referencial teórico deve ser sustentada pela congruência entre os conceitos da teoria de enfermagem, o perfil dos pacientes e dos enfermeiros e o tipo de ambiente em que a teoria será aplicada.

Leopardi (1999) cita que a utilização e o desenvolvimento das teorias baseiam-se na suposição de que vemos o mundo de acordo com os conceitos que já temos, resultado da nossa experiência, da educação que recebemos e da nossa cultura. Não há, pois, formação de conceitos se não houver vivência de situações em que eles apareçam.

Diante disso, torna-se evidente que muitas teorias foram escritas a partir de uma vivência prática, e acreditamos que é a partir dos conceitos dessa prática que a escolha do marco teórico deve ser feita.

Realizar um diagnóstico prévio para melhor compreensão das características da unidade, das demandas de pacientes e profissionais e dos papéis desempenhados pelo corpo de enfermagem deve ser a primeira etapa para a escolha da teoria.

As teorias contêm definições próprias, e estas são importantes, uma vez que, segundo Meleis (1985), irão direcionar a escolha das teorias.

Hickman (2000) define que uma teoria sugere uma direção de como ver os fatos e os eventos – logo, deve ter relação direta com o cotidiano dos profissionais enfermeiros. Além disso, Rossi e Carvalho (2002) chamam a atenção para a consonância entre as políticas e as práticas da instituição e os conceitos da teoria.

Essa relação é imprescindível para a harmonia entre o modelo de gestão administrativo preconizado na instituição e a assistência prestada pelos profissionais no estabelecimento de saúde.

Após a escolha da teoria, torna-se necessária a capacitação dos enfermeiros por meio de programas de educação permanente, uma vez que uma mudança de comportamento motivada por capacitação profissional, desenvolvimento de talentos e motivação do grupo é pré-requisito para o bom êxito do trabalho.

A capacitação e o desenvolvimento de interesse pela equipe de enfermagem em prol da aplicabilidade da SAE são estratégias importantes a serem adotadas.

O interesse é enfocado por Santos (1998) como facilitador para a aplicação do processo de enfermagem, e é citado como: conscientização de que é importante, o interesse pela implementação, pela disponibilidade em seguir, pelo envolvimento do grupo e pela vontade da pessoa.

A preparação dos profissionais passa também pelo conhecimento de semiologia e semiotécnica, que se torna necessário para a coleta de dados e a análise dos dados obtidos, os quais serão o guia para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

A elaboração de instrumentos para auxiliar na anamnese e no exame físico diários (Figuras 4.2 e 4.3) embasados no marco teórico escolhido poderá ajudar os enfermeiros na obtenção das evidências e na aplicação da teoria.

	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM UTI ADULTO	1. Data da admissão ____/____/____ 2. Hora ____:____:____ Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta
	Identificação	
3. Nome: _____ 4. Registro: _____		5. Data de nascimento: ____/____/____ 6. Idade: _____ 7. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 8. Escolaridade: _____ 9. Raça: _____
10. Profissão: _____ 11. Naturalidade: _____		12. Nacionalidade: _____ 13. Convênio: _____ 14. Bole: _____
15. Diagnóstico clínico: _____		16. Procedência: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Outro hospital <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> Hemodinâmica <input type="checkbox"/> Unidade de internação <input type="checkbox"/> Outros: _____
		17. Informante: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Membro da família <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Profissional de saúde: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
Necessidades de saúde: Percepções e expectativas relacionadas à doença		
18. Motivos da internação na UTI/história da moléstia atual		
19. História progressa		
20. Dados alterados de exames complementares anteriores à internação na UTI		
21. Conhecimento do paciente e dos familiares sobre a doença e o tratamento		
<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado: Cite: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum		
22. Controle de saúde/hábitos de vida: Relato de alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____ Hábito de fazer exame médico regularmente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tabagismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Hábito de fazer exame odontológico regularmente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Etílico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Medicamentos em uso: _____		
Necessidades psioespirituais		
23. Pratica alguma atividade religiosa/espiritual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____		
24. Solicita algum acompanhamento religioso/espiritual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____		
Necessidades psiosociais		
25. Segurança/estado emocional prévio <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Relato de estar com medo <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Outros Especifique: _____		
26. Orientação prévia no tempo e espaço/comunicação/atenção Comunicação: <input type="checkbox"/> Verbal oral <input type="checkbox"/> Verbal escrita <input type="checkbox"/> Não verbal Cite: _____ <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Outros _____ Memória prejudicada <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____		
27. Interação social (gregária/participação/ amor) Participação em atividades <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____ Integração com a família <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____ Pessoas de maior afinidade: _____		
28. Recreação/fazer/atividade <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Revistas <input type="checkbox"/> Livros <input type="checkbox"/> Trabalhos manuais <input type="checkbox"/> Jogos <input type="checkbox"/> Outros Cite: _____		

29. Aprendizagem (educação para a saúde)		<input type="checkbox"/> Não comprometida	<input type="checkbox"/> Comprometida	Especifique: _____
Autoestima		<input type="checkbox"/> Não comprometida	<input type="checkbox"/> Comprometida	Especifique: _____
Autoimagem		<input type="checkbox"/> Não comprometida	<input type="checkbox"/> Comprometida	Especifique: _____
Autorrealização		<input type="checkbox"/> Não comprometida	<input type="checkbox"/> Comprometida	Especifique: _____
Liberdade		<input type="checkbox"/> Não comprometida	<input type="checkbox"/> Comprometida	Especifique: _____
Aceitação		<input type="checkbox"/> Não comprometida	<input type="checkbox"/> Comprometida	Especifique: _____
Neecessidades psicobiológicas				
30. Percepção dos órgãos dos sentidos	Alterações <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Gustativa <input type="checkbox"/> Tátil <input type="checkbox"/> Olfatória Cite: _____			
31. Cuidado corporal	Déficit prévio no autocuidado: Higiene corporal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____ Déficit prévio no autocuidado: Higiene oral: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____			
32. Hábito de sono e repouso	Tem dificuldade para dormir? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Identifique: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonambulismo <input type="checkbox"/> Inverte o dia com a noite <input type="checkbox"/> Meio noturno <input type="checkbox"/> Outros Cite: _____ O que interfere ou dificulta seu hábito de sono? _____			
33. Nutrição e hidratação	Apetite <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Diminuído Motivo: _____ Déficit prévio no autocuidado para alimentação/hidratação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
34. Mecânica corporal/motilidade/locomção/locomção	Déficit prévio de locomoção? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
35. Exercícios e atividades físicas	<input type="checkbox"/> Não realiza <input type="checkbox"/> Realiza Especifique: _____			
36. Integridade física/cutaneomucosa	Integridade física preservada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cite: _____ Integridade cutaneomucosa preservada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cite o comprometimento: _____			
37. Eliminação urinária	Relato de: <input type="checkbox"/> Fluxo urinário adequado <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Polaciúria <input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Outros: _____ Déficit prévio no autocuidado <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
38. Eliminação intestinal	<input type="checkbox"/> Hábito regular _____ Déficit prévio no autocuidado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
39. Terapêutica	Seguir orientações prévias relacionadas com a saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Observações: _____			
40. Sexualidade	Dados de interesse clínico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite: _____			
41. Ambiente e abrigo	Saneamento básico <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Moradia <input type="checkbox"/> Área urbana <input type="checkbox"/> Área rural <input type="checkbox"/> Outros: _____			
42. Solicitações do paciente/familiares				
Impressão do enfermeiro sobre o paciente/familiares/outros dados relevantes				
Enfermeiro/COREN				

Figura 4.2

Modelo de instrumento para coleta e agrupamento de dados da investigação de enfermagem fundamentado na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

	EXAME FÍSICO CTI ADULTO	Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta Turno: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
Identificação do paciente: _____		Registro: _____
1. Regulação neurológica: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Escala de coma de Glasgow _____ (Total)		
Abertura ocular 4. Espontânea 3. Ao comando verbal 2. À dor 1. Ausente	Resposta motora 6. Obedece ao comando 5. Localiza dor 4. Flexão inespecífica 3. Flexão hipotônica 2. Extensão hipotônica 1. Sem resposta	Resposta verbal 5. Orientado 4. Desorientado e conservado 3. Palavras Inapropriadas 2. Sons Incompreensíveis 1. Sem resposta
Escala de Ramsay: _____ (Total) Paciente acordado Nível 1 – Acordado e agitado, ou inquieto, ou ansioso Nível 2 – Cooperativo, orientado e tranquilo Nível 3 – Responde apenas a comandos Paciente dormindo Nível 4 – Respostas rápidas Nível 5 – Respostas lentas Nível 6 – Sem respostas		
2. Segurança emocional: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Outros: _____		
3. Sono e repouso: <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Inadequado: _____		
4. Regulação térmica: <input type="checkbox"/> Afebril _____ °C <input type="checkbox"/> Subfebril _____ °C <input type="checkbox"/> Febril _____ °C <input type="checkbox"/> Hipotérmico _____ °C		
5. Coloração e hidratação da pele e das mucosas: <input type="checkbox"/> Anêmico <input type="checkbox"/> Ictérico _____ +/4 <input type="checkbox"/> Acianótico <input type="checkbox"/> Cianótico _____ +/4 <input type="checkbox"/> Corado <input type="checkbox"/> Hipocorado _____ +/4 <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado _____ +/4		
6. Cuidado corporal: Higiene pessoal: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada: _____ Higiene bucal: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada: _____		
7. COONG (cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta) e região cervical: <input type="checkbox"/> IRC: _____ mmHg <input type="checkbox"/> PPC: _____ mmHg <input type="checkbox"/> DVE <input type="checkbox"/> Etnico: Tipo _____ Pupila: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Micasa <input type="checkbox"/> Mídrise <input type="checkbox"/> Mídrise <input type="checkbox"/> Desírias Dilatado _____ cm Fotoreatividade pupilar: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Lagofórma <input type="checkbox"/> Niágamo <input type="checkbox"/> Ptoze palpebral <input type="checkbox"/> Anisocose _____ <input type="checkbox"/> Edema palpebral _____ <input type="checkbox"/> Otorrquia <input type="checkbox"/> Otoméia <input type="checkbox"/> Apurose auditiva Deriva do septo: _____ <input type="checkbox"/> Espátula <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> SNE (SOE) <input type="checkbox"/> SNG (SOG) <input type="checkbox"/> Cácula nasal TGF: <input type="checkbox"/> TGF cácula Guardar <input type="checkbox"/> Combúcio <input type="checkbox"/> Máscara laringea <input type="checkbox"/> Prótese dentária <input type="checkbox"/> Outros: _____		
8. Nutrição: Tipo: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral Fluzo: _____ Aceitação: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada _____ Via: <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral Fluzo: _____ ml/h <input type="checkbox"/> Restrição hídrica: _____ ml/dia Estado: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente: volume _____ <input type="checkbox"/> Suspensa: ml/h: _____		
9. Tórax: <input type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Torax <input type="checkbox"/> Peito de pombo <input type="checkbox"/> Peito escavado <input type="checkbox"/> Cifosecosto <input type="checkbox"/> Outros: _____		
10. Oxigenação <input type="checkbox"/> Frequência respiratória: _____ lpm <input type="checkbox"/> SaO ₂ : _____ % <input type="checkbox"/> ETCO ₂ : _____ % <input type="checkbox"/> Espúrico <input type="checkbox"/> Taquipnéico <input type="checkbox"/> Bradipnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico <input type="checkbox"/> Padrão Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Padrão Kussmaul <input type="checkbox"/> Padrão Biot <input type="checkbox"/> MVP a/RA <input type="checkbox"/> MV diminuído à direita <input type="checkbox"/> MV diminuído à esquerda <input type="checkbox"/> Ronco <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Crepitações _____ <input type="checkbox"/> Abalo pleural _____ <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Dispositivos de assistência: <input type="checkbox"/> Cabeleir nasal _____ l/min <input type="checkbox"/> Microventilação _____ l/min <input type="checkbox"/> Microventilação _____ l/h <input type="checkbox"/> Máscara de Venturi – Concentração _____ % <input type="checkbox"/> Máscara com reservatório <input type="checkbox"/> VNI PVE _____ l/h <input type="checkbox"/> VM: Tipo: _____ VC _____ VM _____ PEEP: _____ PS: _____ PFO ₂ _____ Descrição da secreção traqueal: _____		

11. Regulação vascular:
 Pressão arterial: _____ bpm PVC _____ mmHg PA _____ mmHg PAP _____ mmHg PPC _____ mmHg
 Eucárdico Bradicárdico Taquicárdico
 Normotenso Hipotenso Hipertenso
 Pulso: Círculo Filiforme Ritmico Arritmico
 Ausculta: S1/S2 S3+ S4+ Desdobramento de segunda bulha
 Sopros: Tipo: _____ grau: _____ J4
 Arritmias: FA TFSV TV FV BAV _____ grau Outras: _____
 Marca-passo: _____

12. Regulação abdominal:
 Normotenso Tenso Globoso Distendido Acítico Outros: _____
 Ruídos hidroacústicos: Presentes Diminuídos Hipertensos Ausentes
 Timpanismo: Presentes Diminuídos Ausentes
 Abaulamento/visceroagulação: Ausentes Presentes: Local(is) _____
 Gastrostomia Jejunostomia Ileostomia

13. Genitália:
 Integridade preservada Integridade comprometida: Cite: _____

14. Eliminação urinária:
 Espontânea Estimulada Volume: _____ Medicamento: _____
 Control Fístula SVD SVA _____ h Cateterismo Inefetividade Urterocolite
 Quantidade: _____ Aspecto: Fisiológico Concentrado Incolor Colado Fétido Outros: _____
 Balanço hídrico: Positivo Negativo Intervalo de tempo: _____ h

15. Eliminação intestinal:
 Presente Aspecto: Consistente Pastoso Líquido-pastoso Líquido Outros: _____
 Ausente Quantas dias? _____ Condição: _____
 Colostomia Aspecto: _____ Quantidade: _____ ml

16. MMSS e MMII:
 Paralisia Plegia Paraplegia Tetraplegia Paratetraplegia Paratetraplegia Fístula arteriovenosa (FAV): local _____
 Edema Ausente Presente: Local _____
 Perfusão capilar: Adequada (até 3 s) Diminuída: Local _____
 Cianose periférica: Ausente Presente: Local _____

17. Integridade física (cutâneo-mucosa):
 Preservada Comprometida
 Local(is) da(s) lesão(ões)/Característica(s) da(s) lesão(ões)/Curativo(s): _____

18. Soluções em infusão

Substância/STP	Vazão	Alteração na vazão	Substância/STP	Vazão	Alteração na vazão

19. Medicamentos intermitentes:

20. ATB's – Dias de uso/micro-organismo/Precaução:

21. Glicemia capilar:

Horário	Glicemia	Insulinoterapia	Horário	Glicemia	Insulinoterapia	Horário	Glicemia	Insulinoterapia

22. Dispositivos de assistência:

<input type="checkbox"/> TOT	Dias	<input type="checkbox"/> Caráter de Sivan-Gierz	Local	Dias
<input type="checkbox"/> TQT	Dias	<input type="checkbox"/> Acesso venoso central	Local	Dias
<input type="checkbox"/> PIC	Dias	<input type="checkbox"/> Acesso venoso periférico	Local	Dias
<input type="checkbox"/> SNG	Dias	<input type="checkbox"/> PIA	Local	Dias
<input type="checkbox"/> SNE	Dias	<input type="checkbox"/> BIA	Local	Dias
<input type="checkbox"/> SVD	Dias	<input type="checkbox"/> Duplo lúmen	Local	Dias
<input type="checkbox"/> DVE	Dias	<input type="checkbox"/> Outros	Local	Dias

Dreno (SpO2cat): _____ Volume: _____ Aspecto: _____

23. Dados relacionados às necessidades psicoespirituais e psico-sociais

24. Ocorrências durante o plantão

25. Ações para o próximo turno

Enfermeira COREM

Figura 4.3

Modelo de instrumento para coleta e agrupamento de dados para a evolução de enfermagem fundamentado na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

Para Carpenito-Moyet (2008), são três os principais fatores que podem influir nas maneiras de elaboração e no tipo de informação

que os instrumentos investigativos devem conter: as necessidades e os problemas identificados; a teoria de enfermagem; e os padrões de cuidado definidos pelos órgãos legisladores e Conselhos de Profissionais de Enfermagem. Ressalte-se que as informações exigidas pelas fontes mantenedoras dos custos médicos e hospitalares (convênios de saúde) podem também influenciar as informações que devem ser descritas nos impressos.

Esses instrumentos devem conter os conceitos da teoria, e os enfermeiros devem adotar um comportamento de acordo com esse fundamento teórico. Cabe, no entanto, reforçar que a simples implantação dos instrumentos de coleta de dados sem mudança de comportamento não garante a SAE nas instituições de saúde. Para que a SAE realmente ocorra, torna-se necessária a comunhão entre os conceitos do marco teórico e a conduta dos profissionais de enfermagem.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Qual é a primeira fase do processo de enfermagem? Defina essa fase.
2. Quais são os cinco passos que podem ajudar o enfermeiro a realizar uma coleta de dados sistematizada?
3. O que são dados diretos, indiretos, objetivos e subjetivos?
4. Como pode ser realizada a validação dos dados coletados pelos enfermeiros?
5. Qual é a importância do pensamento crítico?
6. Qual é a importância de uma comunicação efetiva dos dados coletados durante a primeira fase do processo de enfermagem?
7. Por que se faz necessária a organização dos dados coletados?

8. Cite uma estratégia para se implantar uma teoria de enfermagem na prática.



5



Segunda Etapa do
Processo de
Enfermagem:
Diagnósticos de
Enfermagem

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Diagnóstico de enfer-
magem: análise e inter-
pretação de dados
O começo

Evolução histórica dos diagnósticos de enfermagem

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem

Definição

Tipos de diagnósticos de enfermagem

Dicas importantes

Como encontrar os enunciados diagnósticos na NANDA?

Caso clínico 5.1 Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Caso clínico 5.2 Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Caso clínico 5.3 Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Questões para fixação do conteúdo

The image shows a tilted, semi-transparent version of a form. At the top left, there is a logo consisting of the letters 'P' and 'M' in a stylized font. Below the logo, the text 'PROVA DE LINGUAGEM' is visible. The form contains several sections with labels and input fields, including 'NOME', 'Nº', 'DATA', 'LOCAL', 'PROVA', 'PROFESSOR', 'PROFESSORA', 'PROVA', 'PROFESSOR', 'PROFESSORA', 'PROVA', 'PROFESSOR', 'PROFESSORA'. The form is tilted at an angle, and the text is faint and difficult to read.

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis.

NANDA

■ Diagnóstico de enfermagem: análise e interpretação de dados

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem. Durante essa etapa, os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente.

Para realizar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar dados clínicos.

Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) quanto nos problemas potenciais (voltados para o futuro), que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais (CARPENITO-MOYET, 2009).

Cabe ressaltar que os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, com base no grau de ameaça ao nível de bem-estar do paciente, proporcionando, assim, um foco central para as etapas subsequentes.

■ O começo

A necessidade de se conscientizarem os profissionais e os educadores em Enfermagem para a percepção dos problemas de enfermagem, de modo a fazerem um melhor diagnóstico de enfermagem, foi explicitada em 1957 pela enfermeira americana Faye Glenn Abdellah.

Em 1960, essa teórica apresentou o primeiro sistema de classificação para a identificação de 21 problemas clínicos do paciente (FALCO, 2000).

Esse e outros sistemas estimularam o ensino do método de resolução de problemas nas escolas de enfermagem, enfatizando a importância do rigor metodológico na coleta e na análise dos dados do paciente e focando o ser humano, em oposição ao foco no desenvolvimento de tarefas, que predominava na enfermagem desde o início do século XX.

Em 1966, Virginia Henderson elaborou a lista das 14 necessidades humanas básicas, cujo objetivo foi descrever os cuidados de que o paciente necessitava sem depender do diagnóstico e do tratamento do médico. Essa lista representa as áreas em que os problemas reais ou potenciais podem ocorrer e nas quais a enfermagem pode atuar (FURUKAWA; HOWE, 2000).

Faye Glenn Abdellah e Virginia Henderson são consideradas precursoras dos sistemas de classificação (taxonomias) em enfermagem e mudaram o enfoque da profissão, que passou a se preocupar com a identificação dos problemas dos pacientes,

posteriormente, com os diagnósticos de enfermagem (CARVALHO; GARCIA, 2002; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Taxonomias ou sistemas de classificação

Taxonomias ou *sistemas de classificação* são conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina são organizados em grupos ou classes com base em suas semelhanças (BLEGEN; REIMER *apud* NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000).

Carpenito (1997) comenta que a enfermagem necessita de um sistema de classificação, ou uma taxonomia, para descrever e desenvolver um fundamento científico confiável para a profissão.

Para a ANA (American Nursing Association/Associação Americana de Enfermagem), “as taxonomias são classificações segundo relações naturais presumidas entre tipos e seus subtipos” (NANDA, 2008).

▪ Evolução histórica dos diagnósticos de enfermagem

O termo diagnóstico surge na literatura norte-americana em 1950 com McManus, que, ao descrever as funções de responsabilidade do enfermeiro, incluía a identificação ou o diagnóstico de problemas de enfermagem (ABRÃO *et al.*, 1997; CRUZ, 1994).

Vera Fry, em 1953, acrescentou a palavra “enfermagem” ao termo diagnóstico e propôs uma abordagem profissional com a

formulação de diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados (CARPENITO, 1997; CRUZ, 1994).

Segundo o dicionário *Webster* (1991), o vocábulo *diagnóstico* deriva dos termos gregos *dia* (através) + *gignoskein* (conhecimento) e tem dois significados, um relativo ao processo e outro ao resultado ou produto.

Com relação ao processo, o vocábulo diz respeito ao ato de decidir a natureza de uma condição por intermédio de exame e análise de seus atributos. E, referindo-se ao produto da atividade diagnóstica, é a decisão ou opinião resultante do exame e da análise de um problema.

Em 1973, um grupo de enfermeiras norte-americanas reconheceu a necessidade de se desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados com maior frequência por profissionais de enfermagem. Foi realizada então, na Saint-Louis University School of Nursing, a I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (CRUZ, 1994).

A primeira listagem de diagnósticos foi desenvolvida por enfermeiros assistenciais, educadores, pesquisadores e teóricos, e os diagnósticos foram organizados em ordem alfabética e posteriormente evoluíram para um sistema conceitual que direcionou a classificação dos diagnósticos em uma taxonomia (CARPENITO, 2008; CHIANCA, 2002).

As primeiras conferências da NANDA, foram limitadas a convidados e incluíam sessões de trabalho em que os participantes desenvolviam, reviam e agrupavam os diagnósticos com base em sua especialidade e sua experiência. Em 1982, uma listagem alfabética de 50 diagnósticos havia sido desenvolvida e aceita para testes clínicos e as conferências foram abertas à comunidade de enfermagem (JOHNSON *et al.*, 2005).

Em 1982, o grupo adotou um regimento interno e foi criada a NANDA (CRUZ, 1994; JESUS, 2002).

Nessa conferência, foi proposta a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem, denominada *Taxonomia I*. Seus princípios de organização fundamentavam-se nos nove padrões de resposta da pessoa humana: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir.

Na terceira conferência, a taxonomia começou a ser redigida, tendo sido aceita na sétima.

Com a 14ª Conferência da NANDA, ocorrida em abril de 2000, houve modificações na maneira de organizar e apresentar os diagnósticos de enfermagem, e foi proposta a Taxonomia II. Projetada para ser multiaxial na forma, aumentou a flexibilidade da nomenclatura e possibilitou acréscimos e modificações, tornando-se mais adequada para a utilização em bancos de dados (NANDA, 2008).

A estrutura atual da NANDA (2010) contém sete eixos que devem ser levados em conta no processo diagnóstico (ver a Figura 5.1):

- **Eixo 1:** o *conceito* diagnóstico (componente central do enunciado diagnóstico, pode consistir em um ou mais substantivos)
- **Eixo 2:** sujeito do diagnóstico (indivíduos para quem é determinado o diagnóstico. Por exemplo: indivíduo, família, grupo, comunidade)
- **Eixo 3:** julgamento (descriptor ou modificador que limita ou especifica o sentido do conceito diagnóstico. Por exemplo: comprometido, diminuído)
- **Eixo 4:** localização (descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções relacionadas. Por exemplo: renal, tátil)
- **Eixo 5:** idade (refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico. Por exemplo: bebê, idoso, adulto)

- **Eixo 6:** tempo (descreve a duração do conceito diagnóstico. Por exemplo: agudo, crônico, intermitente)
- **Eixo 7:** situação do diagnóstico (refere-se à realidade ou à potencialidade de um diagnóstico ou à sua categorização. Por exemplo: real, promoção da saúde, risco e bem-estar).

Eixos que devem ser levados em conta no processo diagnóstico	
Eixo 1	Conceito diagnóstico
Eixo 2	Sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, comunidade)
Eixo 3	Julgamento (comprometido, diminuído, atrasado, perturbado, prejudicado, disposição para)
Eixo 4	Localização (partes/regiões do corpo e funções)
Eixo 5	Idade (de feto a idoso)
Eixo 6	Tempo (agudo, crônico, intermitente, contínuo)
Eixo 7	Situação do diagnóstico (real, promoção da saúde, risco e bem-estar)

Figura 5.1

Os sete eixos que devem ser levados em conta no processo diagnóstico.

Nessa estrutura multiaxial são organizados e aprovados diagnósticos de enfermagem distribuídos em 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2010). Todo diagnóstico deve ter o apoio claro de evidências de pesquisas; essas evidências são indicadas pelo número de evidências atribuído a cada diagnóstico novo e revisado, a fim de mostrar o exato alcance da evidência científica subjacente.

A Figura 5.2 ilustra os domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA.

Domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem da NANDA	
Domínio 1	Promoção da saúde
Domínio 2	Nutrição
Domínio 3	Eliminação e troca
Domínio 4	Atividade/repouso
Domínio 5	Percepção/cognição
Domínio 6	Autopercepção
Domínio 7	Papéis e relacionamento
Domínio 8	Sexualidade
Domínio 9	Enfretamento/tolerância ao estresse
Domínio 10	Princípios de vida
Domínio 11	Segurança/proteção
Domínio 12	Conforto
Domínio 13	Crescimento/desenvolvimento

Figura 5.2

Domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem (Fonte: NANDA, 2010).

A taxonomia da NANDA (2010) é, atualmente, o sistema de classificação mais usado no mundo. Traduzida para mais de 17 idiomas, está incorporada a alguns sistemas de informática desses países. As conferências da NANDA são realizadas a cada 2 anos: em plenária geral, na qual são discutidos e aprovados novos diagnósticos e componentes que integrarão a taxonomia revista (DOENGENS;MOORHOUSE; MURR, 2009).

Em concordância com a NANDA, a ANA propôs que os diagnósticos de enfermagem aprovados atualmente e estruturados de

acordo com a taxonomia sejam incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID) na seção Classificações relacionadas com a saúde da família. Embora a Organização Mundial de Saúde não tenha aceitado essa proposta inicial por causa da falta de documentação da utilização dos diagnósticos de enfermagem dessa taxonomia no âmbito internacional, a lista da NANDA foi aceita pela SNOMED (Systemized Nomenclature of Medicine/Nomenclatura Sistematizada de Medicina) para ser incluída no seu sistema de codificação internacional e também no Sistema de Linguagem Médica Unificada da National Library of Medicine. Atualmente, pesquisadores de todo o mundo estão validando os diagnósticos de enfermagem em favor da reconsideração e aceitação nas edições futuras da CID (NANDA, 2008).

As anotações, que começaram com palestras orais e escritas de enfermeiros em 1973, evoluíram para o desenvolvimento de um vocabulário diagnóstico formalizado, com códigos validados por meio de pesquisa, a fim de possibilitar a incorporação da linguagem em prontuários eletrônicos (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Segundo Chianca (2002), atualmente existem classificações que podem ser utilizadas para sistematizar a assistência de enfermagem no Brasil. Nos EUA, essas classificações vêm sendo desenvolvidas há mais tempo.

No Brasil, a expressão *diagnóstico de enfermagem* foi apresentada por Wanda de Aguiar Horta nos anos 1960, e constitui uma das etapas do processo de enfermagem propostas por essa teórica (HORTA, 1979).

Para a NANDA (2010), “os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis”.

Para Carpenito-Moyet (2009), a expressão *diagnóstico de enfermagem* tem sido usada em três contextos:

- a segunda etapa do processo de enfermagem
- uma lista de categorias ou títulos diagnósticos
- uma afirmativa redigida em duas ou três partes.

Para Paul e Reeve (2000), os diagnósticos de enfermagem são provenientes do julgamento dos enfermeiros com base nos dados coletados e validados em conjunto com os conceitos e as teorias científicas e humanísticas de enfermagem.

Segundo Carpenito-Moyet (2009), o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que cobre um tipo específico de problema ou de resposta apresentado pelos indivíduos e identificado pelo enfermeiro.

Identificados e reconhecidos os indicadores ou sinais reais (atuais) ou potenciais (de risco) de um paciente, o enfermeiro deverá interpretá-los e agrupá-los, descrever o fator relacionado e determinar o título diagnóstico que melhor retrate esse agrupamento.

Percebe-se então que, a partir das informações específicas levantadas na investigação, o passo seguinte é a formulação de um diagnóstico individualizado para o paciente, utilizando-se o formato, a etiologia, os sinais, os sintomas e as evidências do problema para uma representação precisa da situação daquele paciente (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Os autores anteriormente citados acrescentam que o uso dos diagnósticos de enfermagem proporciona aos enfermeiros uma linguagem comum para a identificação dos problemas do paciente e os auxilia na escolha das prescrições de enfermagem, bem como na avaliação de tais prescrições.

Carpenito-Moyet (2008) menciona que um sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum que auxilia os

enfermeiros na avaliação dos dados selecionados, e na identificação e na descrição dos problemas potenciais ou reais do paciente.

A consistência da terminologia torna a comunicação oral e escrita mais eficiente. Além disso, a identificação da prática de enfermagem aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliarem os pacientes, determinarem os diagnósticos e proporcionarem as intervenções adequadas.

O conhecimento da responsabilidade exclusiva da enfermagem estimula a aquisição de novos conhecimentos e habilidades de intervenção para a solução desses problemas.

A prática reflexiva habilita o enfermeiro a rever seus conceitos, seus julgamentos e suas ações, levando-o a mudanças na atividade clínica.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são bastante úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para a implantação da segunda etapa do processo de enfermagem, uma vez que possibilitam a identificação dos problemas do paciente com vistas ao restabelecimento e à promoção de sua saúde.

Cabe ressaltar que a etapa de diagnóstico de enfermagem representa um desafio para o enfermeiro, pois requer que esse profissional tenha conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico ao interpretar os dados coletados na anamnese e no exame físico para que possa assumir a responsabilidade pelo cuidado que está propondo por meio da prescrição de enfermagem.

▪ Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem

Relacionamos a seguir os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA (2010).

Enunciado diagnóstico

Estabelece um nome para o diagnóstico. É um termo ou uma frase concisa que representa um padrão de sugestões. *Diz o que é* (NANDA, 2010).

As categorias diagnósticas ou enunciados diagnósticos descrevem de modo conciso um agrupamento de sinais e sintomas (CARPENITO-MOYET, 2009).

O enunciado inclui a reação da pessoa avaliada durante a primeira etapa do processo de enfermagem e determina os resultados esperados quanto a prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do paciente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Exemplos (os enunciados diagnósticos estão em negrito)

1) **Integridade tissular prejudicada** relacionada a imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica direita.

2) **Capacidade adaptativa intracraniana diminuída** relacionada a lesões cerebrais evidenciada por pressão intracraniana (PIC) de 25 mmHg, pressão de perfusão cerebral (PPC) de 55 mmHg.

Fatores relacionados

São os fatores que aparecem para mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como *relacionados a*, ou *associados a*.

Constituem a etiologia do problema; podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual. Sugerem as intervenções que podem ser apropriadas ao manejo dos cuidados do paciente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Exemplos (os fatores relacionados estão em negrito)

1) Integridade tissular prejudicada **relacionada a imobilização física e circulação alterada**, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocântérica direita.

2) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída **relacionada a lesões cerebrais** evidenciada por PIC de 25 mmHg, PPC de 55 mmHg.

Características definidoras

Sugestões ou inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real, de promoção da saúde ou de bem-estar. São os sinais e os sintomas, ou melhor, as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional

a concluir que o problema existe. Podem ser descritas como *evidenciadas por* ou *caracterizadas por*.

Exemplos (as características definidoras estão em negrito).

1) Integridade tissular prejudicada relacionada a imobilização física e circulação alterada **evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica direita.**

2) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a lesões cerebrais **evidenciada por PIC de 25 mmHg, PPC de 55 mmHg.**

Fatores de risco

Fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade a um evento insalubre.

Exemplos (os fatores de risco estão em negrito)

1) Risco de infecção relacionado a **procedimentos invasivos (presença de sonda vesical de demora, tubo endotraqueal, acesso venoso central em subclávia direita).**

2) Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a **imobilização física, idade avançada e proeminências ósseas.**

▪ Definição

Ao selecionar um enunciado diagnóstico, o enfermeiro deve ficar atento à sua definição a fim de usar corretamente o termo. O enunciado diagnóstico estabelece uma descrição clara e precisa; delimita o significado do problema e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos parecidos.

Exemplos da NANDA

Título diagnóstico: *padrão respiratório ineficaz*

Conceito: *inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada*

Enunciado diagnóstico: *amamentação interrompida*

Conceito: *quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar*

Enunciado diagnóstico: *risco de aspiração*

Conceito: *estar em risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.*

Exemplo sobre a seleção adequada do enunciado diagnóstico

Enunciado diagnóstico: *capacidade adaptativa intracraniana diminuída.*

Conceito: *os mecanismos da dinâmica dos fluidos intracranianos, que normalmente compensam os aumentos nos volumes intracranianos,*

estão comprometidos, resultando em repetidos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana, em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos.

1) **Certo.** Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a lesões cerebrais evidenciada por PIC de 25 mmHg, PPC de 55 mmHg.

2) **Errado.** Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a lesões cerebrais evidenciada por PIC de 15 mmHg, PPC de 70 mmHg.

Comentário. Os valores da PIC e da PPC mostram-se normais, logo não está havendo comprometimento na dinâmica dos fluidos intracranianos. Esse título diagnóstico não deve ser utilizado neste caso.

A Figura 5.3 exemplifica e esquematiza a apresentação do diagnóstico de enfermagem na taxonomia.

Apresentação dos dados na taxonomia da NANDA		
<i>Enunciado diagnóstico</i>	<i>Fator(es) relacionado(s)</i>	<i>Característica(s) definidora(s)</i>
Eliminação unitária prejudicada	Infecção no trato unitário	Incontinência
	Obstrução anatômica	Urgência
<i>Definição</i>	Múltiplas causas	Nictúria
Distúrbio na eliminação de urina	Danos sensorio-motor	Hesitação
		Frequência
		Disúria
		Retenção

Figura 5.3

Apresentação dos dados na taxonomia NANDA.

Tipos de diagnósticos de enfermagem

Descreveremos a seguir os tipos de diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA (2010).



Figura 5.4

Tipos de diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA (2010).

Diagnóstico de enfermagem real

Descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem de fato em um indivíduo, uma família ou uma comunidade no momento presente. É sustentado pelas características definidoras (sinais, sintomas e evidências) que se agrupam em padrões de sugestões ou inferências relacionadas.

Os diagnósticos atuais contêm enunciado diagnóstico, fator(es) relacionado(s) e características definidoras, conforme demonstrado na Figura 5.5.

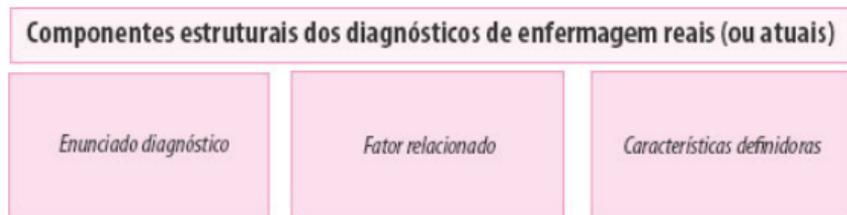


Figura 5.5

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem reais (ou atuais).

Exemplos

1) Integridade tissular prejudicada relacionada a imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica direita.

2) Débito cardíaco diminuído relacionado a dificuldade de ejeção, pré-carga elevada e pós-carga diminuída, evidenciado por sopro sistólico aórtico +4/+4, frêmito cardiovascular, hipotensão, pressão venosa central (PVC) de 19 mmHg, oligúria.

3) Diarreia relacionada ao uso exacerbado de laxantes evidenciada por sete episódios de evacuações de fezes líquidas em 12 h.

Diagnóstico de enfermagem de risco

Descreve respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, uma família ou uma comunidade vulneráveis. É sustentado por fatores de risco que contribuem para vulnerabilidade aumentada.

Os diagnósticos de risco não contêm características definidoras, pois, se tais características existissem, seriam problemas reais ou atuais, e não apenas o risco de eles aparecerem.



Figura 5.6

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem de risco.

Exemplos

- 1) Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a imobilização física e circulação alterada.
- 2) Risco de lesão relacionado a hipoxia tecidual, mobilidade alterada e má nutrição.
- 3) Risco de sentimento de impotência relacionado a autoestima diminuída e estilo de vida dependente.

Diagnóstico de enfermagem de bem-estar

Descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, uma família ou uma comunidade que têm potencial de aumento para um estado mais elevado. Contém enunciado diagnóstico, fator(es) relacionado(s) e características definidoras.

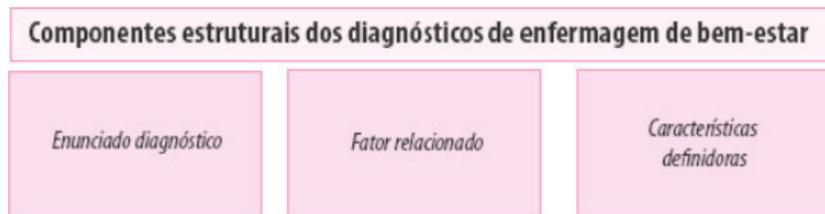


Figura 5.7

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem de bem-estar.

Exemplos

1) Controle eficaz do regime terapêutico relacionado ao suporte social, suporte econômico e conhecimento adequados evidenciado por desejo expresso de controlar o tratamento da doença, sua progressão e possíveis sequelas.

2) Comportamento de busca de saúde relacionado a autoestima elevada evidenciado por desejo expresso de buscar um nível mais elevado de bem-estar.

Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde

É o julgamento clínico de motivação e de desejo de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, como alimentação e o exercício. Essa disposição tem o apoio das características definidoras. Todos os enunciados de diagnósticos de

promoção da saúde têm a expressão “disposição para (...) aumentado/melhorando”.

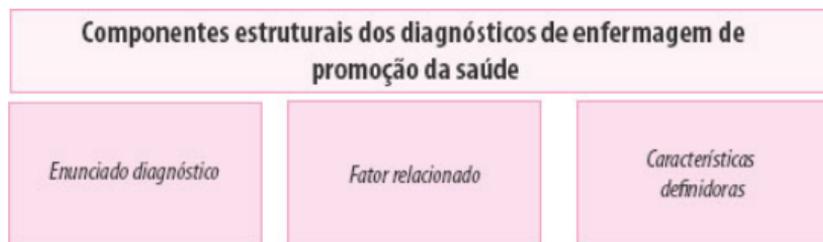


Figura 5.8

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde.

Exemplos

1) Disposição para estado de imunização melhorado relacionada ao uso regular da vacina antigripal evidenciada por desejo de reforçar a condição de imunização.

2) Disposição para conhecimento aumentado relacionada a dietoterapia adequada à coronariopatias evidenciada por demonstração de conhecimentos sobre o assunto.

Percebe-se que, para que o enfermeiro determine um diagnóstico real, de bem-estar ou de promoção da saúde, torna-se necessário que ele identifique os problemas de saúde a partir de características definidoras (evidências) que o subsidiem, e relacione o diagnóstico aos fatores relacionados, tornando-se também apto a reconhecer as situações que aumentem a vulnerabilidade do paciente.

Exemplos de diagnósticos de enfermagem			
<i>Diagnósticos reais ou atuais</i>	<i>Diagnósticos de risco ou potenciais</i>	<i>Diagnósticos de bem-estar</i>	<i>Diagnósticos de promoção da saúde</i>
Integridade tissular prejudicada, relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm), na região trocântica direita	Risco para integridade da pele prejudicada, relacionada à imobilização física e circulação alterada	Comportamento de busca de saúde relacionado a autoestima elevada, evidenciado por desejo expresso de buscar um nível mais elevado de bem-estar	Disposição para aumento da esperança relacionada a crenças de saúde e apoio de pessoas significativas evidenciado por relato de desejo reforçar a resolução dos problemas para alcançar a meta de ter uma melhor condição de saúde

Figura 5.9

Exemplos de diagnósticos de enfermagem.

■ Dicas importantes

1) Quando se utiliza a taxonomia NANDA, o enunciado diagnóstico, assim como a definição, é fornecido por ela. Desse modo, o enunciado diagnóstico sempre deve ser escrito na íntegra, conforme encontrado nessa taxonomia.

2) Em cada diagnóstico de enfermagem só pode haver um título diagnóstico.

Exemplo

- Risco de integridade da pele prejudicada relacionado ao débito cardíaco diminuído.

Comentário. Está errado, porque estão sendo utilizados dois enunciados diagnósticos em um mesmo diagnóstico de enfermagem.

3) Os fatores relacionados e as características definidoras serão identificados nos pacientes por meio de anamnese e exame físico. Você poderá encontrá-los na NANDA, mas deverá evitar copiar esses dados dessa taxonomia, caso não haja conformidade com os achados clínicos e etiológicos obtidos anteriormente com o paciente.

Caso não identifique o fator relacionado ou a característica definidora listados na NANDA, o enfermeiro deverá fazer uso do pensamento crítico, e escrevê-los em termos daquilo que foi detectado por ele, mesmo que não conste na taxonomia.

Exemplo

- Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio da ventilação/perfusão (para menos) evidenciada por saturação de O₂ de 88%, PCO₂ de 50 mmHg e PO₂ de 65 mmHg.

Comentário. As evidências descritas não estão redigidas dessa maneira na taxonomia NANDA.

- Déficit no autocuidado para banho relacionado a sedação contínua evidenciado por presença de sangue no couro cabeludo.

Comentário. O fator relacionado e as evidências descritas não estão redigidos desse modo na taxonomia NANDA.

4) No diagnóstico de enfermagem poderá haver mais de um fator relacionado e mais de uma característica definidora.

Exemplo

- Desobstrução ineficaz de vias respiratórias relacionada a secreções nos brônquios e presença de via respiratória artificial evidenciada por roncos durante ausculta pulmonar, uso de tubo orotraqueal (TOT) e secreção traqueal de aspecto purulento e em grande quantidade.

Comentário. Neste exemplo há mais do que um fator relacionado e mais do que uma característica definidora.

5) O fator relacionado deverá ser a causa (a etiologia) do problema em questão que desencadeia as características definidoras (os sinais, os sintomas e as evidências).

Exemplos

- Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a lesão cerebral evidenciada por PIC de 30 mmHg.

Comentário. Este exemplo está certo, pois a lesão cerebral é a causa da capacidade adaptativa intracraniana diminuída.

- Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a imobilização física evidenciada por PIC de 30 mmHg.

Comentário. Este exemplo está errado, pois o fator relacionado descrito não é a causa da capacidade adaptativa intracraniana diminuída.

6) As evidências devem ter relação com o título diagnóstico.

Exemplo

- Amamentação interrompida relacionada a doença da mãe evidenciada por separação da mãe e da criança (doença materna), mãe triste e com sentimento de culpa.

Comentário. Este diagnóstico está errado, pois mãe triste e com sentimento de culpa não são evidências do enunciado diagnóstico *amamentação interrompida*.

O conceito do enunciado diagnóstico é: “quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou de não ser aconselhável colocar a criança no peito para mamar”.

As evidências deverão ter relação com esse conceito; caso contrário, o conceito deverá estar em outro título diagnóstico que tenha relação com elas. Veja:

Certo. Amamentação interrompida relacionada à doença da mãe evidenciada por separação da mãe e da criança (doença materna).

Certo. Sentimento de pesar disfuncional relacionado a perda da possibilidade de amamentar o bebê evidenciado por tristeza e sentimento de culpa da mãe.

Exemplo

- Perfusão tissular cardiopulmonar, renal e periférica ineficaz relacionada a hipovolemia evidenciada por taquipneia, PCO_2 de 50 mmHg, PO_2 de 65 mmHg, PIA de 60×40 mmHg, pulso filiforme, oligúria, PVC de 1 mmHg.

Comentário. O diagnóstico está errado, pois não foram descritas evidências que comprovem que a perfusão tissular periférica esteja ineficaz.

O diagnóstico deve ser reescrito. Veja:

Certo. Perfusão tissular cardiopulmonar, renal e periférica ineficaz relacionada a hipovolemia evidenciada por mucosas hipocoradas e desidratadas, cianose, taquipneia, PCO_2 de 50 mmHg, PO_2 , de 65 mmHg, hipotermia, perfusão capilar diminuída, PIA de 60×40 mmHg, pulso filiforme, oligúria, PVC de 1 mmHg.

7) Utilize os termos corretos para unir o título aos resultados e estes às características definidoras.

Exemplo

- Integridade da pele prejudicada causada por emagrecimento, imobilização física, idade avançada, circulação alterada manifestada por hiperemia na região sacral.

Comentário. O diagnóstico está errado, pois, para escrever os diagnósticos, o enfermeiro deve usar as expressões *relacionado a* ou *associado a* para ligar o fator ao enunciado e *caracterizado por* ou *evidenciado por* para ligar a característica definidora ao fator relacionado. As opções são as seguintes:

Certo. Integridade da pele prejudicada **relacionada ao** emagrecimento, imobilização física, idade avançada, circulação alterada **evidenciada por** hiperemia na região sacral.

Ou

Certo. Integridade da pele prejudicada **associada a** emagrecimento, imobilização física, idade avançada, circulação alterada, **caracterizada por** hiperemia na região sacral.

■ Como encontrar os enunciados diagnósticos na NANDA?

Relembrando que a NANDA é composta por domínios, cabe salientarmos que em cada um encontram-se classes, e que inseridos nessas classes estão os enunciados diagnósticos. Assim, torna-se mais fácil a identificação do enunciado diagnóstico, listado em ordem alfabética, primeiro dentro dos domínios e, depois, nas classes.

Desse modo, após identificar as características definidoras do paciente, e separá-las didaticamente por necessidades ou estruturas orgânicas, encontre o domínio referente a elas, e nesse domínio a classe mais adequada. Em seguida, procure o enunciado diagnóstico mais apropriado pertencente a essa classe.

Identificado o enunciado diagnóstico, faz-se necessário que a sua definição seja, de fato, pertinente às evidências levantadas. Portanto, torna-se imprescindível a leitura rigorosa e atenta da definição do enunciado diagnóstico inserido na taxonomia.

O conceito diagnóstico é o principal elemento, a parte essencial e fundamental, a raiz do enunciado diagnóstico. Descreve a resposta humana que constitui o cerne do diagnóstico. Pode consistir em um ou mais substantivos. Quando se usa mais de um substantivo (p. ex., tolerância à atividade), cada um contribui para o significado da expressão combinada. Em alguns casos o conceito diagnóstico e o diagnóstico são a mesma coisa, como, por exemplo, dor. Isso ocorre quando o diagnóstico de enfermagem é utilizado em seu nível mais útil clinicamente, e a separação do conceito diagnóstico não acrescenta nenhum nível de abstração significativa (NANDA, 2008).



Figura 5.10

Exemplo do domínio *Nutrição* com ênfase na classe *ingestão*.

? CASO CLÍNICO 5.1

Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente o caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem identificados para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 69).

▪ Identificação

Trata-se de A.M.G., 67 anos, sexo masculino, aposentado, casado, 3 filhos.

▪ Necessidades de saúde (Informante: esposa)

História da moléstia atual (HMA)

O paciente apresentou quadro súbito de perda de consciência, sendo encaminhado para o pronto-socorro (PS) do hospital X.

O senhor A.M.G. estava caminhando com sua esposa quando iniciou quadro de vertigem súbita. Cessou sua atividade física por alguns instantes, sentou-se em um banco e, após melhora, levantou-se com o propósito de ir para casa. Entretanto, ao dar mais alguns passos, apresentou “perda” de consciência, com queda presenciada da própria altura, com lesão cefálica. Manteve-se desacordado; o serviço móvel de urgência foi acionado e o senhor A.M.G., encaminhado para o PS do hospital X. A esposa relata que ele já havia apresentado vertigens em outros momentos de instabilidade glicêmica. Com a queda, houve um traumatismo craniano e um corte de 15 cm na região frontal, com presença de sangramento ativo.

História de saúde pregressa (HSP)

O paciente é tabagista há 40 anos (10 cigarros/dia) e etilista social. Portador de diabetes melito (DM) tipo 1 e hipertensão arterial sistêmica (HAS), faz uso de insulina NPH e captopril 25 mg pela manhã.

História familiar (HF)

Positiva para coronariopatia e acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh) (Pai).

▪ **Necessidades psicossociais**

O senhor A.M.G. é ansioso e não segue adequadamente as orientações dos profissionais de saúde referentes à necessidade de abandonar o tabagismo. No entanto, segue as recomendações desses profissionais quanto ao uso regular das medicações prescritas.

Atividades de lazer, que incluem ir ao cinema, visitar parentes e amigos e almoçar em restaurantes, são feitas nos fins de semana com os filhos e a esposa.

A esposa relata que o paciente considera-se uma pessoa feliz e realizada na vida, embora tenha problemas de saúde (DM e HAS). Não considera que a autoestima e autoimagem do paciente fiquem comprometidas, porém ressalta que ele não consegue deixar o hábito de fumar. Diz que o senhor A.M.G. gosta muito de sentir-se livre e estar com os filhos e que adora assistir a futebol e jornal na televisão e ler livros de aventura.

■ Necessidades psíquicas

O senhor A.M.G é católico e tem o hábito de ir à missa todos os domingos e de participar de grupos de oração às quintas-feiras em sua paróquia.

■ Necessidades psicobiológicas

Percepção dos órgãos dos sentidos. Alteração visual (miopia nos dois olhos).

Cuidado corporal. Adequado. A esposa relata que o paciente gosta de tomar banho à noite, antes de dormir.

Hábito de sono e repouso. Adequado. Dorme cerca de 9 h/noite.

Nutrição. Faz uso de dieta hipossódica e evita açúcar. Adora comer frutos do mar.

Hidratação. Ingere cerca de 8 l de líquidos/dia.

Mecânica corporal/motilidade/locomoção. Sem déficits prévios à internação.

Exercícios e atividades físicas. Faz caminhada com a esposa pela manhã, 3 vezes na semana (durante aproximadamente 60 min).

Integridade física/cutaneomucosa. Ferida traumática sangrante de 15 cm na região frontal (acometendo derme e epiderme).

Eliminação urinária. Há relato de poliúria. Nega que o paciente estivesse se queixando de disúria. Diz que a coloração da urina é amarelo-clara (límpida).

Eliminação intestinal. Regular, 1 vez/dia.

Terapêutica. Segue as orientações sobre dieta hipossódica e para diabetes, mas não consegue abandonar o hábito de fumar.

Sexualidade. Sexualmente ativo.

Ambiente/abrigo. Vive em casa própria com a esposa e os filhos, e tem boa condição socioeconômica.

▪ Solicitações do paciente e família

A esposa solicita autorização para acompanhar o marido durante o período de sua internação. Pede ainda que seja informada sobre a etiologia de seus problemas.

▪ Exame físico

Regulação neurológica. Inconsciente. Pupilas anisocóricas (E > D: pupila direita medindo 2 cm e pupila esquerda, 4 cm), arredondadas e fotorreativas. Ausência de abertura ocular (mesmo com estímulos dolorosos). Ausência de emissão de sons e palavras. Apresenta movimentos de decorticação durante o estímulo doloroso (Glasgow de 5/15).

Hidratação corporal e regulação térmica. Mucosas oculares e oral ressecadas e hipocoradas (+1/+4), pele fria e sudorética, anictérico, acianótico, afebril ($T = 35,5^{\circ}\text{C}$).

Cuidado corporal e integridade tegumentar. Higiene corporal inadequada (presença de sangue no couro cabeludo, na face e nas roupas. Necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para ser realizada a higiene corporal e bucal. Lesão traumática de 15 cm na região frontal com sangramento ativo. Comprometimento de derme e epiderme (realizado curativo compressivo no local).

Segmento de cabeça e pescoço. Presença de desvio de septo à direita. Batimento de aletas nasais (BAN). Ausência de linfonodos perceptíveis, de rigidez de nuca, de desvio de traqueia e de ingurgitamento de veias jugulares.

Hábitos alimentares. Dieta e ingesta hídrica suspensas. Hoje pela manhã, não tomou café da manhã. A esposa informa que “não tinha pão em casa, optamos por caminhar e, ao retornarmos para casa, traríamos o pão e tomaríamos café”.

Oxigenação. Instalada oxigenoterapia por cateter nasal a 5 l/min. Taquidispneico (FR = 30 irpm), roncospirais, oximetria de pulso (SatO₂) = 93%.

Regulação vascular. Taquicárdico (124 bpm), bulhas normorítmicas e normofonéticas. Pulsos periféricos filiformes. Pressão arterial (PA) = 90 × 60 mmHg.

Regulação abdominal. Abdome normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo presente. Ausência de visceromegalias.

Genitália. Sem comprometimentos.

Regulação urinária. Realizado cateterismo vesical de demora no PS. Presença de 10 ml de urina no sistema fechado da sonda vesical de demora (SVD).

Regulação intestinal. Eliminação intestinal ausente (primeiro dia – 1d).

Extremidades. Na unidade móvel, foram puncionados dois acessos venosos periféricos calibrosos no membro superior direito (MSD). Tempo de enchimento capilar de 6 s.

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

Glicemia capilar = 48 mg/dl, hemoglobina (Hb) = 7,0 g/dl.

Tomografia de crânio

Sangramento intraparenquimatoso à direita com desvio de linha média.

▪ Outras informações dadas pelo paciente e familiares

A esposa do senhor A.M.G. relata que, apesar de não ter feito o jejum, o marido aplicou a injeção com as 8 unidades (8 UI) de insulina (de que faz uso diariamente). Relata também que desconheciam a necessidade de o paciente alimentar-se antes de aplicar a insulina.

▪ Resolução

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados com o Caso clínico 5.1. Avalie se você chegou aos DE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com as necessidades psicobiológicas

1. Débito cardíaco diminuído relacionado a pré e pós-cargas alteradas evidenciado por ressecamento das mucosas oculares e oral, pele fria e sudorética, taquicardia (FC = 124 bpm), hipotensão (PA = 90×60 mmHg), pulsos periféricos filiformes, tempo de enchimento capilar de 6 s, oligúria, Hb = 7,0 g/dl, Glasgow de 5/15 e pupilas anisocóricas (E > D).

2. Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada à hipovolemia evidenciada por hipocoloração (+1/+4) e ressecamento das mucosas, pele fria e sudorética, hipotensão, pulsos periféricos filiformes, tempo de enchimento capilar de 6 s, Hb = 7,0 g/dl, oligúria.

3. Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga da musculatura respiratória evidenciado por BAN e taquidispneia (FR = 30 irpm).

4. Integridade da pele prejudicada relacionada ao traumatismo craniano secundário à queda da própria altura evidenciada pela presença de ferida traumática sangrante de 15 cm na região frontal.

5. Mobilidade física prejudicada relacionada ao traumatismo craniano evidenciada por ausência de movimentação dos membros e Glasgow 5/15.

6. Proteção ineficaz relacionada ao perfil sanguíneo anormal e exposição ambiental aumentada evidenciada por Hb = 7,0 g/dl e glicemia capilar de 48 mg/dl e pela presença de ferida traumática sangrante de 15 cm na região frontal.

7. Déficit no autocuidado para banho relacionado ao prejuízo perceptivo e cognitivo evidenciado pela necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para realizar a higienização corporal, presença de sangue no couro cabeludo, na face e nas roupas.

8. Risco de síndrome do desuso relacionado ao nível de consciência alterado.

9. Risco de infecção relacionado a presença de dispositivo invasivo (dois acessos venosos calibrosos no MSD, SVD) e exposição ambiental (ruptura da pele).

10. Risco de lesão relacionado a presença de desvio de septo nasal à direita e nível de consciência alterado.

11. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a presença de procedimentos invasivos, ruptura da pele e traumatismo craniano.

12. Risco de constipação intestinal relacionado a mudança de ambiente e nos padrões habituais de atividades físicas.

13. Risco de choque relacionado à hipovolemia.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com as necessidades psicossociais

14. Processos familiares interrompidos relacionados a internação hospitalar e ao prejuízo perceptivo e cognitivo evidenciados pelas mudanças em seus rituais com a família.

15. Comunicação verbal prejudicada relacionada a diminuição da circulação cerebral evidenciada pela ausência de fala e de emissão de sons.

16. Conhecimento deficiente relacionado a falta de informação terapêutica evidenciado pelo fato de o paciente ter administrado insulina e, em seguida, realizado atividade física em jejum.

17. Risco de solidão relacionado a hospitalização.

Diagnóstico de enfermagem relacionados com as necessidades psicoespirituais

18. Risco de religiosidade prejudicada relacionado a hospitalização.

CASO CLÍNICO 5.2

Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria da Adaptação de Callista Roy

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente o caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem identificados para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 74).

- **Identificação (Informante: mãe)**

Trata-se de R.M.T., 9 anos, sexo masculino.

▪ Queixa principal (QP)

Dor de garganta, falta de ar e febre.

▪ História da moléstia atual (HMA)

Criança admitida na Unidade Básica de Saúde (UBS), com relato de dor de garganta há 2 dias. Hoje pela manhã, iniciou quadro de inapetência, náuseas, vômitos, cansaço, cefaleia e febre ($T = 37,8^{\circ}\text{C}$). Refere dor na região cervical. Foi administrado antitérmico (paracetamol) com sucesso (temperatura axilar após 1 h = $37,3^{\circ}\text{C}$). Após 6 h, relato de novo episódio de febre ($37,9^{\circ}\text{C}$). A criança refere escore de dor de 9, na escala de 1 a 10. Nega ocorrência de tosse.

▪ História de internações e/ou cirurgias prévias

A mãe relata que R.M.T. é alérgico a poeira e mofo e que ele reclama muito do cheiro de cigarro. Refere aproximadamente quatro episódios prévios de infecção de garganta (o último há 6 meses). Tratamento realizado com amoxicilina conforme orientação médica.

▪ História familiar (HF)

Mora com os pais e 3 irmãos mais velhos. História familiar positiva para hipertensão arterial sistêmica (HAS) (Mãe). O pai é tabagista (fuma aproximadamente 15 cigarros por dia).

▪ Dados relacionados com o Modo Fisiológico

Oxigenação. A criança iniciou quadro de cansaço há 12 h. A mãe percebeu que R.M.T. estava respirando com dificuldade. Ele levava a mão ao pescoço e relatava “falta de ar”.

Nutrição. A mãe relata que os hábitos alimentares do filho são saudáveis. Gosta de comer verduras e legumes. No entanto, há 2 dias se encontra inapetente.

Fluidos e eletrólitos. Ingere aproximadamente 1 l de líquidos por dia.

Eliminação. Não há história de disúria ou alterações na coloração da urina. Hábito intestinal regular (1 vez/dia), fezes consistentes e amarronzadas.

Atividade e repouso. Realiza atividade física 2 vezes/semana (faz aula de futebol em uma escolinha próxima de sua casa). Gosta muito de jogar futebol na rua com os colegas, porém há 2 dias não tem ânimo para brincar com os colegas. Permanece mais tempo deitado, assistindo à televisão. Dorme cerca de 9 h por noite.

Proteção. Não há lesões na pele nem nas mucosas.

Órgãos dos sentidos. Nega alterações visuais, auditivas e táteis. Relato de hiposmia.

Função neurológica. A criança evolui com torpor há aproximadamente 6 h.

Função endócrina. Sem relato de alterações.

▪ Dados relacionados com o Modo do Autoconceito

Imagem corporal. A mãe relata que o filho não apresenta queixa relacionada com sua imagem corporal. Pela manhã, ele vai ao colégio e à tarde, após fazer os exercícios da escola, joga bola com os colegas. Ela considera que a autoestima do filho é adequada.

Autoideal. Relata que a criança é muito feliz e que sonha em ser jogador de futebol. R.M.T. é católico, frequenta o catecismo (reunião aos sábados) e vai à missa todos os domingos com os pais e os irmãos. A mãe relata que ele é um menino muito educado.

▪ Dados relacionados com o Modo de Função do Papel

R.M.T. tem muitos colegas, e sempre que acaba o “dever de casa” pede para ir brincar com os amigos. A mãe relata que a maior alegria do filho é jogar bola e brincar com seu cachorro. Toda tarde, exceto quando tem prova no outro dia, ele brinca. O cachorro dorme com ele na cama.

▪ Dados relacionados com o Modo de Interdependência

A mãe relata que ele é um garoto muito sociável e brincalhão. O fato de estar prostrado e quieto está deixando a mãe muito preocupada.

▪ Exame físico

Estado geral. Consciente, anictérico, acianótico, com mucosas oculares hipocoradas (+1/+4) e com umidade reduzida, febril ($T = 37,9^{\circ}\text{C}$), sudorético.

Função neurológica. Orientado no tempo e no espaço, porém prostrado. Abertura ocular espontânea, obedecendo aos comandos.

Higiene. Higienização corporal e bucal adequadas.

Segmento de cabeça e pescoço. Queixa-se de cefaleia, apresenta pupilas isocóricas (medindo 3 mm), circulares, fotorreativas e mucosa oral ressecada. Sem rigidez de nuca. Linfonodos (retroauricular, cervical superficial, amigdalares, submandibular e mentoniano) perceptíveis à palpação (doloridos e aumentados). Palato mole e amígdalas hiperemiadas e com presença de placas esbranquiçadas.

Nutrição. Relata inapetência, náuseas e disfagia. Apresentou dois episódios de vômitos pela manhã.

Tórax. Simétrico.

Oxigenação. Murmúrio vesicular fisiológico (MVF). $\text{FR} = 27$ irpm, $\text{SatO}_2 = 94\%$.

Sistema cardiovascular. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BNRNF) ausência de sopros e de bulhas acessórias. Pulso cheio e rítmico, taquicárdico (FC = 110 bpm), PA = 120 × 70 mmHg.

Sistema gastrointestinal. Abdome plano, normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, ausência de visceromegalias.

Genitália. Sem comprometimentos.

Eliminação urinária. Urinou pela manhã. Relata urina com aspecto mais amarelado. Nega disúria.

Eliminação intestinal. Evacuou pela manhã.

MMSS e MMII. Movimentando os 4 membros. Tempo de enchimento capilar de 3 s. Relata mialgias.

Integridade da pele. Ausência de lesões.

▪ Solicitações da mãe

Pede esclarecimentos à equipe da UBS quanto à situação clínica do filho e às prováveis causas da ocorrência desse problema e definição do tratamento a ser instituído.

▪ Resolução

A seguir são identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados com o Caso clínico 5.2. Avalie se você chegou aos DE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com o Modo Fisiológico

1. Dor aguda relacionada a infecção da faringe e das amígdalas evidenciada por relato verbal de dor de garganta com pontuação 9 na escala de dor, mialgias e cefaleia.

2. Padrão respiratório ineficaz relacionado a infecção da faringe e das amígdalas evidenciado por taquipneia (FR = 27 irpm), T = 37,9°C e taquicardia.

3. Percepção sensorial cinestésica perturbada relacionada à vasodilatação sistêmica evidenciada por prostração, pele fria e sudorética e oligúria.

4. Proteção ineficaz relacionada a infecção da faringe e das amígdalas evidenciada por febre (T = 37,9°C) e presença de hiperemia e placas esbranquiçadas no palato mole e nas amígdalas.

5. Hipertermia relacionada a infecção da faringe e das amígdalas evidenciada por temperatura de 37,8°C e taquicardia (FC = 110 bpm).

6. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada a dificuldade de ingerir alimentos evidenciada pelo relato de inapetência, náuseas e vômitos.

7. Náusea relacionada à infecção da faringe e das amígdalas evidenciadas pelo relato verbal.

8. Deglutição prejudicada relacionada a infecção da faringe e das amígdalas evidenciada pelo relato verbal.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com o Modo de Autoconceito, de Função do Papel e de Interdependência

9. Conhecimento deficiente relacionado ao déficit de informação sobre a presença de animal doméstico e a exposição passiva ao tabaco serem fatores de risco para episódios de inflamação da faringe e das amígdalas evidenciado pela solicitação da mãe de que a equipe de saúde a oriente sobre as possíveis causas.

10. Risco de solidão relacionado a “falta de energia” para brincar.

11. Atividades de recreação deficientes relacionadas a infecção da faringe e amígdalas evidenciadas pelo relato de que a criança não está conseguindo realizar as atividades lúdicas de seu dia a dia.

CASO CLÍNICO 5.3

Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria da Conservação de Energia de Myra Estrin Levine

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente o caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem identificados para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 78).

- Identificação (Informante: o marido)

Trata-se de A.L.Z., 67 anos, sexo feminino, aposentada, casada, 1 filho.

- Queixa principal (QP)

“Perda de consciência”.

- História da moléstia atual (HMA)

A paciente apresentou quadro de perda súbita de consciência, sendo encaminhada para o PS do hospital X.

A senhora A.L.Z. estava fazendo uma limpeza no quintal de sua casa quando apresentou um quadro súbito de perda de consciência, evoluindo com queda da própria altura. Manteve-se desacordada e, sendo acionado o serviço móvel de urgência, foi encaminhada para o PS. Sem relatos prévios de “perda” de consciência.

▪ História pregressa relacionada com o Princípio de Integridade Estrutural

A.L.Z. é tabagista há 40 anos (10 cigarros/dia), etilista social e portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Faz uso de captopril pela manhã. Não há relato de alergias a medicamentos nem de cirurgias ou internações anteriores. Não há relato de alterações visuais, olfatórias, auditivas ou gustativas. Tem o hábito de tomar banho à noite, antes de dormir. Dorme cerca de 8 h/noite. Não há história de alterações nos hábitos alimentares. Não faz uso de dieta hipossódica. Ingere cerca de 2 l de líquidos por dia. Não há história de déficits de locomoção. Não há história de disúria. Aspecto da urina fisiológico. Eliminação intestinal regular (1 vez/dia).

▪ História familiar relacionada com o Princípio de Integridade Estrutural

História familiar positiva para coronariopatias e acidente vascular encefálico (AVE) (Pai teve infarto agudo do miocárdio [IAM] e AVE isquêmico).

- **História pregressa relacionada com o Princípio de Integridade Pessoal**

A paciente é uma senhora ansiosa e agitada. Trabalhava como administradora de empresa. Aposentou-se há 2 anos. Não seguia adequadamente as orientações da equipe de saúde para abandonar o tabagismo e usar adequadamente a medicação anti-hipertensiva. Atividades de lazer são feitas nos fins de semana com os filhos, os netos e o marido, compreendendo ir ao cinema e almoçar em restaurantes. Adora assistir a novelas e ler. Não faz, por opção, nenhuma atividade física (não gosta de praticar exercícios).

- **História pregressa relacionada com o Princípio de Integridade Social**

Praticante da religião católica, vai à missa todos os domingos. Vive em casa própria com saneamento básico. Tem boas condições socioeconômicas. Gosta muito de sentir-se livre e estar com os filhos e os netos. O marido diz que o casal vive em eterna lua de mel.

▪ Exame físico

Dados relacionados com os Princípios de Conservação de Energia e Integridade Estrutural

Estado geral. Inconsciente, hipocorada (+1/+4), anictérica. Afebril ($T = 36^{\circ}\text{C}$).

Sistema neurológico. Abertura ocular a estímulos dolorosos. Ausência de emissão de sons (mesmo a estímulos verbais e dolorosos). Localiza dor nos membros superior e inferior direitos (Glasgow de 8/15).

Higiene. Presença de sangue e escoriações na face.

Segmento de cabeça e pescoço. Instalada oxigenoterapia por cateter nasal a 3 l/min. Batimento de aletas nasais (BAN). Pupilas isocóricas (medindo 4 mm). Presença de desvio de septo à esquerda.

Hábito alimentar. Dieta suspensa.

Tórax. Simétrico.

Sistema respiratório. Taquidispneica ($\text{FR} = 30$ irpm), presença de ronos bilaterais difusos, $\text{SatO}_2 = 89\%$, com cânula nasal. Foi aspirada secreção traqueal de aspecto claro em grande quantidade.

Sistema cardiovascular. Taquicárdica ($\text{FC} = 124$ bpm), bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BNRNF), pulsos periféricos cheios, pressão arterial (PA) = 140×70 mmHg.

Sistema gastrintestinal. Abdome plano, normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo presente, ausência de visceromegalias.

Genitália. Sem comprometimentos e bem higienizada.

Hábito urinário. Urina ausente até o momento (acaba de ser admitida no hospital). Ausência de bexigoma.

Hábito intestinal. Ausente hoje, primeiro dia.

MMSS e MMII. Foram puncionados, na ambulância, 2 acessos venosos periféricos calibrosos no MSD. Tempo de enchimento capilar de 3 s. Cianose de extremidades.

Dados relacionados com a Integridade Pessoal e Social

Ausência de interação com o meio.

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

$\text{PaO}_2 = 60 \text{ mmHg}$; $\text{PaCO}_2 = 30 \text{ mmHg}$.

Tomografia de crânio

Área de isquemia na região parietal esquerda.

▪ Solicitações dos familiares

O marido solicita autorização para permanência contínua no setor e manifesta necessidade de mais informações acerca do estado de saúde da esposa.

▪ Resolução

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados com o Caso clínico 5.3. Avalie se você chegou aos DE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com a Integridade Estrutural e Conservação de Energia

1. Padrão respiratório ineficaz relacionado à hiperventilação evidenciado por BAN e taquidispneia (FR = 30 irpm).

2. Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio na ventilação/perfusão evidenciada por $\text{SatO}_2 = 89\%$, $\text{PaO}_2 = 60$ mmHg e cianose de extremidades.

3. Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada ao rebaixamento do nível de consciência evidenciada pela presença de roncos bilaterais difusos.

4. Comunicação verbal prejudicada relacionada à interrupção do fluxo sanguíneo cerebral evidenciada pela ausência de fala e de emissão de sons e Glasgow de 6/15.

5. Risco de infecção relacionado a presença de procedimentos invasivos (dois acessos venosos calibrosos no membro superior direito [MSD]) e ruptura da pele.

6. Integridade da pele prejudicada relacionada a queda da própria altura evidenciada por presença de escoriação na face.

7. Risco de lesão relacionado a presença de desvio de septo à esquerda, uso de cateter nasal e ao nível de consciência alterado.

8. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a presença de procedimentos invasivos (2 acessos venosos periféricos no MSD), escoriações na face e presença de isquemia cerebral.

9. Déficit no autocuidado para banho relacionado ao prejuízo perceptivo e cognitivo evidenciado pela presença de sangue na face.

10. Risco de constipação relacionado à mudança de ambiente.

11. Risco de síndrome do desuso relacionado ao nível de consciência alterado.

12. Manutenção ineficaz da saúde relacionado relacionada à negação da doença evidenciada pelo relato de não seguir as orientações da equipe de saúde quanto à necessidade de tomar o medicamento corretamente, evitar alimentos salgados e deixar o hábito de fumar.

13. Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada a hipertensão, tabagismo, sedentarismo, história familiar positiva para doença coronária e hipoxemia.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com os Princípios das Integridades Pessoal e Social

14. Risco de religiosidade prejudicada relacionado à hospitalização.

15. Risco de solidão relacionado à hospitalização.

16. Processos familiares interrompidos relacionados à internação hospitalar e ao prejuízo perceptivo e cognitivo evidenciados pela impossibilidade de ficar com os filhos e netos no PS.

17. Pesar relacionado à admissão no PS evidenciado pelo relato de familiares de não estarem suportando ficar afastados da senhora A.L.Z.

18. Estilo de vida sedentário relacionado à falta de interesse e de motivação evidenciado pelo relato do marido de que ela fez a opção de ter uma rotina diária sem exercícios físicos.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Qual é a segunda etapa do processo de enfermagem? Defina essa etapa.
2. O que é necessário para que o enfermeiro adquira capacidade de diagnosticar?
3. O que são taxonomias ou sistemas de classificação?
4. Quem são as enfermeiras consideradas precursoras dos sistemas de classificação em enfermagem?
5. Descreva como se deu a construção da NANDA desde a sua idealização até a formulação da taxonomia II.
6. Quando foi criada a NANDA?
7. Quais são os eixos da NANDA?
8. Quais são os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem? Explique cada um deles.
9. Quais são os tipos de diagnósticos de enfermagem? Explique cada um deles.
10. Como encontrar os diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia da NANDA?



6



Terceira Etapa do Processo de Enfermagem: Planejamento dos Resultados Esperados

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Planejamento da
assistência
Caso clínico 6.1 Elaboração de diagnósticos de

enfermagem e resulta-
dos esperados
Questões para fixação do
conteúdo



Um resultado é considerado um estado, um comportamento ou uma percepção variáveis do paciente ou do familiar cuidador que é responsivo às prescrições de enfermagem e conceituado em níveis médios de abstração.

Marion Johnson, Meridean Mass e Sue Moorhead

▪ Planejamento da assistência

O planejamento da assistência constitui a terceira etapa do processo de enfermagem e consiste nos seguintes passos: estabelecimento de prioridades para os problemas diagnósticos; fixação de resultados com o paciente, se possível, a fim de corrigir, minimizar ou evitar problemas (ALFARO-LEFEVRE, 2005; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para Bachion (2002), o planejamento da assistência de enfermagem consiste em um plano de ações para se alcançarem resultados em relação a um diagnóstico de enfermagem.

Essa fase de planejamento da assistência ou mesmo de elaboração de um plano de cuidados por escrito é importante, segundo Alfaro-LeFevre (2005), por:

- promover a comunicação entre os cuidadores
- direcionar o cuidado e a documentação
- criar um registro que pode ser usado mais tarde em avaliações, em pesquisas e em situações de cunho legal

- fornecer a documentação das necessidades de atendimento de saúde com a finalidade de reembolso do seguro.

Desse modo, a fase de planejamento que faz parte dos conhecidos planos de cuidados, hoje definidos como processo de enfermagem, possibilita que os profissionais enfermeiros mantenham uma comunicação a partir do estabelecimento de resultados esperados para cada necessidade (diagnósticos de enfermagem) levantada durante a anamnese e o exame físico do paciente.

Operacionalmente, o planejamento inicia-se pela priorização dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos – ou seja, o enfermeiro e sua equipe analisam e determinam quais problemas ou necessidades do paciente são urgentes e precisam de atendimento imediato e aqueles cujo atendimento poderá se dar a médio ou a longo prazo.

Os problemas urgentes são aqueles que interferem na estabilidade hemodinâmica do paciente, levando-o a correr risco de morte. Quando possível, o paciente deverá ser envolvido na discussão das prioridades de seus problemas.

Os resultados esperados constituem um componente essencial na fase de planejamento, uma vez que, ao avaliar o alcance dos resultados o enfermeiro poderá definir posteriormente se o diagnóstico de enfermagem foi minimizado ou solucionado – ou seja, se as prescrições de enfermagem foram eficazes.

Portanto, os resultados esperados são de extrema importância na fase de avaliação do processo de enfermagem, tornando-se indicadores do sucesso do plano estabelecido.

De acordo com Carpenito-Moyet (2009), os resultados esperados para os diagnósticos de enfermagem devem representar condições favoráveis que possam ser alcançadas ou mantidas por meio das ações prescritas e realizadas pela enfermagem. Se os resultados esperados não estiverem sendo alcançados, o enfermeiro deve reavaliar os diagnósticos, rever os prazos estipulados e os cuidados prescritos.

Além disso, os resultados esperados devem estar relacionados com a reação humana identificada no enunciado do diagnóstico; ser centrados no paciente, não no enfermeiro; ser claros e concisos; descrever um comportamento mensurável; ser realistas (atingíveis) e determinados junto com o paciente; e apresentar um limite de tempo (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Devem ainda ser atingíveis em relação aos recursos disponíveis para o paciente e a instituição de saúde e redigidos de tal forma que incluam uma estimativa de tempo para seu alcance e proporcionem uma direção para a continuidade do atendimento.

No exemplo previamente citado – Integridade tissular prejudicada relacionada com imobilização física e circulação alterada evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica direita (D) –, o enfermeiro poderá observar a primeira metade do enunciado do diagnóstico, ou seja, *integridade tissular prejudicada*, e perguntar-se: que resultado se espera que o paciente alcance? Para que o resultado seja centrado no paciente e não no enfermeiro, sugerimos que o enfermeiro, ao escrevê-lo, pense na frase: “O paciente irá...”. A resposta pode ser: (o paciente irá...) “apresentar melhora da integridade tissular da região trocantérica direita”.

E, para que o resultado se torne mensurável e observável, ou seja, se torne um critério de resultado, deve-se estabelecer o prazo (período) em que se espera que o mesmo seja alcançado: (o paciente irá...) “apresentar melhora da integridade tissular da região trocantérica direita em até 15 dias”.

A Figura 6.1 ilustra os itens necessários para a formulação de um resultado esperado (RE).

Itens necessários para os resultados esperados					
Ser claro e conciso	Ser centrado no paciente	Estar relacionado ao título diagnóstico	Ser alcançável	Conter limite de tempo	Ser mensurável

Figura 6.1

Itens necessários para a formulação do resultado esperado.

Segundo Stanton, Paul e Reeves (1993), os limites de tempo dos resultados de enfermagem devem ser precisos para fins de avaliação, embora não devam ser rígidos.

Alfaro-LeFevre (2005) comenta que é necessária a análise acerca do fato de os resultados terem sido realistas e apropriados para o indivíduo, uma vez que o enfermeiro deve fazer uso de seu pensamento crítico e de seu conhecimento científico para estabelecer esse limite de tempo a fim de que o problema seja revertido, ou minimizado.

É importante salientar que para cada diagnóstico de enfermagem deverá haver um resultado esperado, ou seja, para cada problema detectado espera-se algo para aquele paciente.

Exemplos

1. Déficit no autocuidado para banho relacionado à sedação instituída evidenciado por sujidades no couro cabeludo.

RE: o paciente irá adquirir capacidade de cuidar de si mesmo e de sua higiene corporal em até 30 dias.

Ou

RE: o paciente terá a higienização corporal realizada adequadamente pela equipe de enfermagem em até 6 h.

(Nesse caso os profissionais da enfermagem realizarão a atividade pelo paciente.)

2. Integridade da pele prejudicada relacionada a emagrecimento, imobilização física, idade avançada, circulação alterada evidenciada por hiperemia na região sacral.

RE: o paciente apresentará melhora da integridade da pele na região sacral em até 7 dias.

3. Padrão de sono perturbado relacionado a depressão e solidão evidenciado por insatisfação com o sono (insônia).

RE: o paciente apresentará necessidade do padrão do sono satisfeita a partir da noite de hoje.

4. Risco de infecção relacionado à presença de procedimentos invasivos (presença de tubo orotraqueal, sonda vesical de demora e acesso venoso central).

RE: o paciente apresentará risco de infecção relacionado com os procedimentos invasivos minimizado durante o período de necessidade do uso de tais dispositivos.

É importante frisar que as estruturas de tempo dependem do período de internação projetado e previsto para o paciente e que, ao determiná-las, em geral se considera a presença de complicações ou de circunstâncias atenuantes (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

?CASO CLÍNICO 6.1

Elaboração de diagnósticos de enfermagem e resultados esperados

Caso clínico fundamentado na Teoria da Adaptação de Callista Roy

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente o caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem identificados para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados e elabore os resultados esperados (RE) para cada DE elaborado. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 90).

▪ Identificação

Trata-se de I.L.P., sexo masculino, 16 anos, estudante.

▪ Queixa principal (QP)

Dor muito forte no abdome e vontade de vomitar.

▪ História da moléstia atual (HMA)

Há 24 h, I.L.P. começou a apresentar dor intensa na região da fossa ilíaca direita e náuseas, sendo encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A dor é contínua e localizada na região citada e piora quando o paciente se move e tenta flexionar os membros inferiores (MMII). O paciente relata escore de 10 (grau máximo) na escala de dor de 1 a 10.

▪ História de saúde pregressa (HSP)

Nega ser portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito (DM). Há relato de uma internação anterior para correção de fratura de fêmur há 4 anos decorrente de atropelamento. Não há relato de alergias nem de tabagismo. Relata etilismo social.

▪ História familiar (HF)

Mora com os pais e 2 irmãos mais novos. HF positiva para HAS (Pai hipertenso).

Dados relacionados com o Modo Fisiológico

Oxigenação. Não há história de dificuldade respiratória.

Nutrição. O hábito alimentar não é saudável. Não gosta de verduras nem de legumes. Relata preferência por sanduíches e massas.

Fluidos e eletrólitos. Bebe aproximadamente 2 l de líquidos por dia.

Eliminação. Não há história de disúria ou alterações na coloração da urina. Hábito intestinal irregular. Há relato de ficar 2 a 3 dias sem evacuar.

Atividade e repouso. Não realiza atividade física. Sua opção de atividade de lazer é por jogos no computador. Dorme cerca de 8 h/noite.

Proteção. Não há lesões na pele nem em mucosas. Cicatriz cirúrgica (fratura de fêmur direito) epitelizada.

Órgão dos sentidos. Nega alterações visuais, gustativas, olfatórias, auditivas e táteis.

Função neurológica. Sem relato de alterações.

Função endócrina. Sem relato de alterações.

Dados relacionados com o Modo do Autoconceito

Imagem corporal. I.L.P. tem dificuldade de aceitar sua imagem corporal por causa da obesidade. Está acima do peso (80 kg) e não consegue mudar seu estilo de vida. Pela manhã, vai ao colégio e à tarde permanece em frente ao computador estudando e brincando com jogos eletrônicos. Diz ainda que sua autoestima é baixa e que precisa de ajuda para mudar seu estilo de vida e se gostar mais, uma vez que não se sente capaz de sair com os colegas por sentir-se ridicularizado (não se sente bem aceito pelo grupo por causa da obesidade).

Autoideal. Não faz planos para o futuro. Diz que acredita muito em Deus, que se considera muito ético e educado, mas que não segue nenhuma religião em especial.

▪ *Dados relacionados com o Modo de Função do Papel*

I.L.P. não costuma sair de casa (exceto para ir ao colégio e visitar os avós). Reúne-se com alguns colegas para brincar com jogos eletrônicos, assistir a filmes de ação e fazer trabalhos do colégio.

▪ Dados relacionados com o Modo de Interdependência

É um garoto tímido, mas carinhoso com os familiares.

▪ Exame físico

Estado geral. Consciente, anictérico, acianótico, com mucosas oculares hipocoradas (+1/+4) e umidade reduzida, febril ($T = 37,8^{\circ}\text{C}$), sudorético. Mantendo-se em posição antálgica.

Função neurológica. Orientado quanto a tempo e espaço, com abertura ocular espontânea, obedecendo a comandos.

Higiene. Higienizações corporal e bucal adequadas.

Segmento de cabeça e pescoço. Pupilas isocóricas, midriáticas (medindo 7 mm), circulares, fotorreativas, mucosa oral ressecada. Sem rigidez de nuca. Ausência de linfonodos cervicais perceptíveis à palpação.

Nutrição. Nauseoso e inapetente.

Tórax. Simétrico.

Oxigenação. Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios (MVf s/RA). Frequência respiratória (FR) = 29 irpm, $\text{SatO}_2 = 92\%$.

Sistema cardiovascular. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BNRNF), ausência de sopros e de bulhas acessórias. Pulso cheio e rítmico, taquicárdico ($\text{FC} = 110 \text{ bpm}$), pressão arterial (PA) = $120 \times 90 \text{ mmHg}$.

Sistema gastrointestinal. Abdome tenso, ruídos hidroaéreos (RHA) diminuídos, sinal de McBurney presente.

Genitália. Sem comprometimentos.

Eliminação urinária. Ausente até o momento. Nega disúria.

Eliminação intestinal. Ausente hoje, primeiro dia.

MMSS e MMII. Movimentando os 4 membros. Puncionado um acesso venoso periférico no membro superior direito pela equipe da UPA. Tempo de enchimento capilar de 5 s.

Integridade da pele. Ausência de lesões.

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

Leucócitos = $15.000/\text{mm}^3$.

Exame de imagem

Ultrassonografia abdominal confirmou inflamação do apêndice.

▪ Solicitações da mãe

Pede definição quanto à conduta da equipe de saúde. Questiona necessidade de intervenção cirúrgica.

▪ Resolução

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE) e resultados esperados (RE) relacionados com o Caso clínico 6.1. Avalie se você chegou aos DE e RE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem e resultados esperados relacionados com o Modo Fisiológico

DE = Dor aguda relacionada à inflamação do apêndice evidenciada por relato verbal de dor, taquicardia (FC = 110 bpm), taquipneia (FR = 29 irpm), pupilas midriáticas, manutenção da posição antálgica.

RE = O paciente apresentará diminuição da intensidade da dor (relatando uma pontuação menor do que 10 na escala de avaliação da dor) em até 1 h.

DE = Padrão respiratório ineficaz relacionado ao processo inflamatório do apêndice evidenciado por taquipneia (FR = 29 irpm).

RE = O paciente apresentará melhora do padrão respiratório em até 1 h.

DE = Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada à vasodilatação sistêmica evidenciada por tempo de enchimento capilar de 5 s.

RE = O paciente apresentará melhora na perfusão tissular periférica (apresentando um tempo de enchimento capilar inferior a 5 s) em até 3 h.

DE = Proteção ineficaz relacionada ao processo inflamatório do apêndice evidenciada por febre ($37,8^{\circ}\text{C}$) e leucocitose (15.000 leucócitos/ mm^3).

RE = O paciente apresentará redução na taxa de leucócitos em até 48 h.

DE = Hipertermia relacionada ao processo inflamatório do apêndice evidenciada por temperatura de $37,8^{\circ}\text{C}$ e leucocitose (15.000 leucócitos/ mm^3).

RE = O paciente apresentará normalização da temperatura corporal em até 1 h.

DE = Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à permanência no leito.

RE = O paciente não irá apresentar lesão na pele durante sua permanência na UPA.

DE = Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo (presença de acesso venoso periférico no membro superior direito).

RE = O paciente apresentará redução do risco de adquirir infecção relacionada com a presença do cateter venoso periférico no membro superior direito enquanto permanecer com esse dispositivo de assistência.

DE = Risco de constipação relacionado a mudança de ambiente, atividade física insuficiente, hábitos irregulares de evacuação, RHA diminuídos.

RE = O paciente não terá constipação intestinal durante sua permanência na UPA.

DE = Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionada a ingestão excessiva de alimentos e hábito de vida sedentário evidenciada pelo peso de 80 kg.

RE = O paciente receberá orientações quanto à necessidade de adquirir um hábito alimentar equilibrado durante sua permanência na unidade.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com o Modo de Autoconceito, Função do Papel e de Interdependência

DE = Manutenção ineficaz da saúde relacionada à falta de motivação para realizar atividades físicas e mudar o hábito alimentar evidenciada pelo relato de sedentarismo, obesidade e baixa autoestima.

RE = O paciente será instruído quanto à necessidade de adquirir hábitos de vida saudáveis ao longo de sua permanência na UPA.

DE = Baixa autoestima crônica relacionada à forma como percebe a sua imagem corporal evidenciada pelo relato de que não se sente capaz de interagir com os colegas e tem sentimentos negativos sobre si mesmo.

RE = O paciente receberá apoio e incentivo para trabalhar melhor a percepção sobre sua imagem durante a permanência na UPA.

▪ **Questões para fixação do conteúdo**

1. Qual é a terceira fase do processo de enfermagem? Defina essa fase.
2. Para estabelecer um adequado planejamento da assistência, o que o enfermeiro deve fazer?
3. Por que o planejamento da assistência é importante?
4. Descreva como o planejamento deve ser realizado na prática.
5. Por que é importante definir os resultados esperados?

6. Ao planejar a assistência ou definir um resultado esperado, o que o enfermeiro deve levar em consideração?



7



Quarta Etapa do
Processo de
Enfermagem:
Implementação da
Assistência de
Enfermagem
(Prescrição de
Enfermagem)

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Implementação

Como redigir uma prescrição de enfermagem?

Utilização de uma taxonomia para auxiliar na elaboração das prescrições de enfermagem

SAE e PBE: utilização da prática baseada em evidências científicas para fundamentar as prescrições de enfermagem

Caso clínico 7.1 Elaboração de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem

Caso clínico 7.2 Elaboração de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e

prescrições de
enfermagem

Caso clínico 7.3 Elabora-
ção de diagnósticos de
enfermagem, resulta-
dos esperados e pre-
scrições de
enfermagem

Caso clínico 7.4 Elabora-
ção de diagnósticos de
enfermagem, resulta-
dos esperados e pre-
scrições de
enfermagem

Questões para fixação do
conteúdo

The image shows a document form tilted at an angle. The form is heavily faded and contains various fields and text, but the content is illegible. The form appears to be a contract or agreement, with sections for names, addresses, and other details. The text is too light to read, but the layout suggests a formal document with multiple columns and rows of information.

Quando o enfermeiro deixa de prescrever o cuidado, ele compromete a qualidade do atendimento prestado ao paciente e deixa de definir sua área de jurisdição profissional.

Meire Chucre Tannure e Ana Maria Pinheiro

■ Implementação

A implementação constitui a quarta etapa do processo de enfermagem. Implementar significa colocar em prática, executar o que antes era uma proposta (SOUZA *et al.*, 2008).

Essa fase ocorre quando o enfermeiro realiza, implementa as intervenções (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009). Stanton, Paul e Reeves (1993) veem a implementação da assistência de enfermagem como as ações prescritas e necessárias para a obtenção dos resultados esperados.

Como o cuidado de enfermagem é fornecido para ajudar no alcance dos resultados esperados para o paciente, os enfermeiros devem centrar suas ações no planejamento efetuado, certificando-se de que cada atividade implementada é necessária e exigida (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Ao colocar em prática as prescrições, o enfermeiro deverá estar constantemente investigando e reinvestigando tanto as respostas do paciente quanto seu próprio desempenho, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorado cuidadosamente (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Souza *et al.* (2008) ressaltam que nessa fase é necessário que o profissional enfermeiro e os demais membros da equipe de enfermagem tenham habilidades técnicas e psicomotoras específicas, a fim de que, durante a interação com os pacientes, possam desenvolver uma relação de confiança.

Ao prescrever os cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve estar atento aos fatores relacionados e às características definidoras identificados na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, isto porque, ao fazer as prescrições, seu foco deve ser reverter os fatores etiológicos associados aos diagnósticos e solucionar os sinais e sintomas (características definidoras de um diagnóstico de enfermagem) (DOCHTERMAN; BULECCHEK, 2008).

Cabe ressaltar que, no caso de diagnósticos de risco, as prescrições devem ser focadas na alteração ou eliminação dos fatores de risco (DOCHTERMAN; BULECCHEK, 2008).

Desse modo, pode-se compreender que as atividades prescritas pelos enfermeiros devem ser os cuidados necessários para eliminar fatores que contribuirão para o aparecimento da reação humana e as evidências detectadas durante a anamnese e o exame físico diário.

O enfermeiro deve prescrever cuidados que, além de completos e bem redigidos, causem impacto na assistência prestada e despertem o interesse da equipe de enfermagem por lê-los, e por realizá-los.

Além disso, os enfermeiros devem ter conhecimento de que eles não prescrevem nem tratam as condições clínicas, e sim prescrevem cuidados para as reações das condições clínicas que correspondem a complicações fisiológicas detectadas nos pacientes (CARPENITO-MOYET, 2009). Aos profissionais médicos compete a prescrição do tratamento (dos medicamentos). O enfermeiro deve centrar sua atenção na prescrição dos cuidados.

Há casos em que protocolos do Ministério da Saúde asseguram ao enfermeiro a prescrição medicamentosa. Quando isso ocorre, o

enfermeiro deve cuidar para não fazer do momento da consulta de enfermagem uma replicação de uma interação enfermeiro-paciente focada no diagnóstico de doenças (o que compete aos médicos).

O foco da enfermagem é cuidar do ser humano nas esferas biopsicossociais e espirituais do comportamento humano. A consulta de enfermagem deve ser centrada no levantamento das necessidades do paciente, levando em consideração que estas vão muito além das demandas biológicas.

Se o enfermeiro não utiliza o momento da consulta de enfermagem para evidenciar os diagnósticos de enfermagem, quem o fará?

Se o paciente sai de um consultório, após uma consulta com um enfermeiro, sem orientações ou prescrições de cuidados para suas necessidades, quando é que suas demandas serão realmente solucionadas, e por quem?

Quando o enfermeiro deixa de prescrever o cuidado, ele compromete a qualidade do atendimento prestado à população e deixa de definir sua área de jurisdição profissional.

Sparks e Taylor (2007) mencionam que, pela explicitação dos problemas/necessidades que o profissional enfermeiro pode cuidar independentemente, o processo de enfermagem ajudou a dissolver a ideia de que a prática de enfermagem é baseada apenas na realização das prescrições do médico.

▪ Como redigir uma prescrição de enfermagem?

As prescrições devem incluir a ação a ser realizada (os verbos deverão estar no infinitivo), conter uma frase descritiva (o quê, como, quando, onde, com que frequência, por quanto tempo ou

quando), quem deve realizá-la e a assinatura do enfermeiro responsável por sua confecção (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

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

Figura 7.1

Itens necessários para uma prescrição de enfermagem.

A expectativa é de que o cuidado prescrito beneficiará o paciente ou a família de maneira previsível. Essas prescrições têm a intenção de individualizar o cuidado pelo atendimento da necessidade específica do paciente, e, sempre que possível, devem incorporar os potenciais identificados do paciente (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

Cabe também ressaltar que não se deve prescrever um cuidado para um problema/necessidade que não tenha sido descrito. Para toda prescrição deve haver um diagnóstico prévio.

Chianca (2004) reforça essa orientação afirmando que a fidedignidade de um diagnóstico ou de uma prescrição de enfermagem ou de um resultado deve ser entendida como a média de concordância acerca do diagnóstico, dos resultados a serem alcançados e das prescrições para se atingirem os objetivos estabelecidos.



Figura 7.2

Diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem.

Souza *et al.* (2008) ressaltam que a implementação deve resultar em benefício para o paciente, ser respaldada na investigação (anamnese e exame físico) e na identificação dos diagnósticos de enfermagem e partir de um planejamento individualizado.

Dicas importantes

Uma prescrição de enfermagem incompleta pode colocar em risco a segurança do paciente. As prescrições devem ser redigidas de maneira clara, precisa e completa, a fim de evitar qualquer dúvida na interpretação.

Exemplo 1

- Trocar os curativos hoje.

Comentário. A prescrição está incompleta. O técnico de enfermagem ou outro enfermeiro pode se perguntar: *quais curativos? Qual a região em que o paciente apresenta a lesão cutânea? Quantos serão*

os curativos? O que usar? Em todas as lesões utiliza-se o mesmo produto?

Perceba que a prescrição do exemplo anterior não direciona a equipe. Desse modo, ela compromete a segurança do paciente. Cada membro da equipe pode utilizar a cobertura/produto que “julgar” mais apropriada para fazer o curativo.

Exemplo 2

- Trocar curativo do acesso vascular central a cada 24 h.

Comentário. A prescrição está incompleta. Além de dizer onde é o local em que o curativo será realizado e de quanto em quanto tempo ele será trocado, é importante descrever o que deverá ser utilizado para fazer o curativo e alertar a equipe para evidências que precisam ser comunicadas e para quem. Veja:

Certo. Trocar curativo do acesso vascular central puncionado na veia subclávia direita a cada 24 h, e sempre que estiver sujo, úmido ou solto. Limpar a área com clorexidina degermante (a 2%) e remover a solução com soro fisiológico (SF) a 0,9% (SF 0,9%) (10 ml). Realizar o curativo com gaze e fita hipoalergênica. Anotar, no curativo realizado, a data da punção e a data do curativo. Assinar. Caso detecte sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema, ou disfunção orgânica), solicite avaliação do enfermeiro.

Exemplo 3

- Aspirar vias aéreas de 3/3 h.

Comentário. A prescrição está errada. O enfermeiro prescreve a aspiração traqueal a intervalos fixos, com base em quê? Como garantir essa necessidade prévia de aspiração endotraqueal fixa? O que fazer caso seja necessária a aspiração endotraqueal anterior ao horário predeterminado na prescrição de enfermagem? O correto

não seria proceder à aspiração endotraqueal quando forem evidenciadas as demandas para esse procedimento, ou seja, após ser realizada uma ausculta respiratória que evidencie a presença de ruídos adventícios como os roncos e as crepitações? Veja:

Certo. Aspirar secreção do tubo orotraqueal (TOT), da nasofaringe e da orofaringe (nesta ordem) quando perceber roncos e/ou crepitações durante ausculta pulmonar. Hiperoxigenar o paciente aumentando a FiO_2 para 100% antes da aspiração. Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para queda de saturação. (Se diminuir de 90%, interromper a aspiração e retornar o paciente para a ventilação mecânica.) (*Enfermeiro*)

Exemplo 4

- Monitorar a saturação de O_2 .

Comentário. A prescrição está incompleta. O enfermeiro deve guiar a equipe com sua prescrição. Ao prescrever a monitoração da saturação de O_2 , deve-se também determinar de quanto em quanto tempo o dado deve ser registrado, alertar a equipe para valores que, se forem detectados, devem ser comunicados e para quem. Veja:

Certo. Monitorar a saturação de O_2 com oxímetro de pulso, anotar valores reais de 1/1 h e comunicar valores abaixo de 90% ao enfermeiro de plantão.

Exemplo 5

- Medir e anotar volume urinário de 1/1 h.

Comentário. A prescrição está incompleta. O enfermeiro deve incluir na prescrição todos os dados que, quando coletados e

comunicados, podem redundar em ações capazes de conferir maior segurança ao paciente. Veja:

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

Exemplo 6

- Colocar curativo de hidrocoloide na lesão do paciente.

Comentário. A prescrição está incompleta. Uma prescrição bem feita, além de conferir maior segurança ao paciente, evita glossas hospitalares. Ao prescrever um curativo que utiliza uma cobertura, o enfermeiro deve determinar o tipo e o tamanho da cobertura a ser aplicada, o local da lesão, o tempo de permanência dessa cobertura, bem como a necessidade de registro da descrição do aspecto da lesão. Além disso, deve explicitar que esse procedimento deverá ser realizado pelo enfermeiro. Veja:

Certo. Aplicar curativo de hidrocoloide – placa de 10×10 cm – na região sacral, hoje. Datar e assinar. Proteger bordas com fita hipoalergênica. Trocar curativo a cada 7 dias, ou antes, se estiver sujo, úmido ou solto. Registrar troca e aspecto da lesão no impresso de exame físico. (*Enfermeiro*)

Exemplo 7

- Dar banho de leito.

Comentário. Dar banho é uma rotina. Se, associadas à orientação do banho, o enfermeiro colocar especificidades para cada paciente, ele poderá despertar na equipe o interesse pelo cuidado prescrito. Veja:

Certo. Dar banho de leito 1 vez/dia e sempre que o paciente necessitar (após autorização do enfermeiro). Chamar o enfermeiro para avaliar acometimentos na pele e em mucosas. Manter o paciente monitorado durante o banho. Atentar e comunicar ao enfermeiro se houver queda da pressão arterial média (PAM) (inferior a 60 mmHg) e da saturação de O₂ (SatO₂) (para menos de 90%), presença de arritmias e piora do padrão respiratório (frequência respiratória superior a 22 irpm, uso de musculatura acessória e enchimento capilar superior a 3 s durante o banho).

Não é aconselhável a elaboração de prescrições pré-formatadas para serem completadas. Uma vez que a SAE busca o cuidado individualizado e a abordagem holística, cada paciente terá uma prioridade, e essa deverá ser levada em consideração no momento da execução de todas as etapas do processo de enfermagem.

Prescrições informatizadas podem favorecer a implantação do processo de enfermagem, mas o enfermeiro precisa examinar os pacientes, diagnosticar as necessidades, colocá-los em ordem de prioridade para o paciente em questão, e só depois “selecionar no programa informatizado” as ações prescritas também em ordem de prioridade, de forma individualizada e completa (para conferir maior segurança para os pacientes).

O *software* utilizado para auxiliar na implantação do processo de enfermagem precisa possibilitar ao enfermeiro individualizar as ações, apresentando ícones que favoreçam a especificidade do cuidado prescrito. Os programas não devem ser tão fechados a ponto de não permitir a inclusão de dados que farão toda a diferença para o paciente.

Cuide para não redigir cuidados incompatíveis com as condições institucionais, familiares e clínicas do paciente. A quantidade de funcionários ou cuidadores para realizar as atividades e os recursos físicos, materiais e orçamentários devem ser levados em consideração. Caso contrário, as chances de os resultados serem alcançados serão menores.

Cuidado para não prescrever atividades que não tenham relação direta com o diagnóstico de enfermagem identificado.

Da mesma forma que os diagnósticos de enfermagem, as prescrições de enfermagem também devem ser redigidas em ordem de prioridades. Novamente fica claro que deve haver a individualização do cuidado de acordo com as demandas dos pacientes.

As prescrições precisam ser discutidas com a equipe. Essa discussão traz maior segurança para o paciente, uma vez que pode promover maior aprendizado e crescimento de todos os membros da equipe de enfermagem.

Sempre que as condições clínicas permitirem, as prescrições precisam ser discutidas com o paciente, que precisa ser estimulado a participar do processo de tomada de decisão. O paciente ajudará o enfermeiro a definir quais cuidados devem ser considerados prioritários.

As Tabelas 7.1 e 7.2 trazem outros exemplos de prescrições de enfermagem.

Tabela 7.1 Prescrição de enfermagem relacionada com o título diagnóstico de enfermagem *Integridade tissular prejudicada*.

Diagnóstico de enfermagem	
<i>Integridade tissular prejudicada, relacionada a imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento de 8 cm na região trocantérica D.</i>	
Resultado esperado	
<i>O paciente apresentará melhora no aspecto da lesão da região trocantérica D e com redução da área de solapamento em até 15 dias.</i>	
Prescrição de enfermagem	Horário
1. Realizar mudança de decúbito de 2/2 h. Não posicionar o paciente em decúbito lateral direito. (<i>Técnico de enfermagem</i>)	8 h, 10 h, 12 h, 14 h, 16 h, 18 h, 20 h, 22 h, 0 h, 2 h, 4 h, 6 h

2. Instalar colchão piramidal hoje . (<i>Técnico de enfermagem</i>)	8 h
3. Fazer curativo em lesão trocântérica D com SF0,9% em jato e curativo de alginato de cálcio, ocluindo-o com gaze e fita hipoalergênica hoje . Avaliar o curativo diariamente e trocá-lo em 3 dias, ou antes, se estiver sujo, úmido, solto ou saturado. Realizar o registro sobre o aspecto e as dimensões da lesão. (<i>Enfermeiro</i>)	8 h 30

Tabela 7.2 Prescrição de enfermagem relacionada com o título diagnóstico de enfermagem *Capacidade adaptativa intracraniana diminuída*.

Diagnóstico de enfermagem	
<i>Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a lesão cerebral (secundária a traumatismo crânioencefálico [TCE]) evidenciada por pressão intracraniana (PIC) de 25 mmHg e PPC de 55 mmHg.</i>	
Resultado esperado	
<i>O paciente apresentará a perfusão cerebral otimizada em até 1 h.</i>	
Prescrição de enfermagem	Horário
1. Posicionar e manter o paciente com a região cervical alinhada e a cabeceira do leito elevada a 40° agora . (<i>Técnico de enfermagem</i>)	7 h
2. Monitorar a PIC e registrar valores de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se PIC maior que 20 mmHg e elevações e/ou reduções bruscas (de mais de 5 mmHg) nos valores da PIC. (<i>Técnico de enfermagem</i>)	7 h, 8 h, 9 h, 10 h, 11 h, 12 h, 13 h, 14 h, 15 h, 16 h, 17 h, 18 h, 19 h, 20 h, 21 h, 22 h, 23 h, 0 h, 1 h, 2 h, 3 h, 4 h, 5 h, 6 h

3. Analisar a forma de onda da PIC a cada alteração brusca. Registrar parecer. (Enfermeiro)	
4. Registrar valores da PPC (PAM – PIC) de 1/1 h e comunicar ao enfermeiro valores abaixo de 70 mmHg. (Técnico de enfermagem)	7 h, 8 h, 9 h, 10 h, 11 h, 12 h, 13 h, 14 h, 15 h, 16 h, 17 h, 18 h, 19 h, 20 h, 21 h, 22 h, 23 h, 0 h, 1 h, 2 h, 3 h, 4 h, 5 h, 6 h
5. Abrir o <i>three-way</i> para drenagem de líquido por 10 s quando PIC superior a 20 mmHg. Em seguida, fechar o dispositivo e analisar o valor obtido. Se PIC permanecer maior que 20 mmHg, repetir o procedimento. Checar conduta e registrar a cor, a transparência, a consistência e a quantidade do líquido drenado. (Enfermeiro)	

▪ Utilização de uma taxonomia para auxiliar na elaboração das prescrições de enfermagem

Para ter uma diretriz sobre o que deve ser prescrito a fim de que os resultados esperados sejam alcançados, o enfermeiro pode consultar a Nursing Intervention Classification (NIC), uma taxonomia de intervenções de enfermagem.

A NIC começou a ser desenvolvida em 1987 na Universidade de Iowa, EUA. O impulso para se iniciar esse trabalho sobre intervenções de enfermagem começou, em parte, com o trabalho da

NANDA, uma vez que, até então, a compreensão vigente era de que, quando um enfermeiro formula um diagnóstico de enfermagem, ele tem o dever de resolvê-lo ou minimizá-lo (DOCHTERMAN; BULECCEK; CHIANCA, 2003).

Segundo McCloskey e Bulecchek (2004), a NIC foi criada porque era necessária uma classificação das intervenções de enfermagem para padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados que eles realizavam com os pacientes.

Essas mesmas autoras mencionam que a padronização dos cuidados de enfermagem propiciam:

1) a *expansão do conhecimento de enfermagem* sobre as ligações entre diagnósticos, tratamentos e resultados

2) o *desenvolvimento de sistemas de informação de enfermagem* e de assistência à saúde

3) o *ensino da tomada de decisões* a estudantes de enfermagem

4) a *determinação dos custos dos serviços* oferecidos pelos enfermeiros

5) o *planejamento dos recursos necessários* nos locais da prática de enfermagem

6) a *linguagem para se comunicar a função* peculiar da enfermagem

7) a *articulação com os sistemas de classificação* de outros provedores de cuidados de saúde.

A utilização da NIC possibilita que sejam realizadas comparações entre intervenções de enfermagem de vários tipos (MOORHEAD; DELANEY, 1997), o que favorece a realização de pesquisas e a elaboração de protocolos fundamentados na prática baseada em evidências.

Foco das intervenções da NIC

O comportamento da equipe de enfermagem:
o que fazem
(tanto ações individuais quanto colaborativas)
para que o paciente alcance os resultados esperados

Figura 7.3

Foco das intervenções da NIC.

Todas as intervenções da NIC têm um título, uma definição, e para cada uma delas são descritas atividades que os enfermeiros realizam para solucionar os problemas apresentados pelos pacientes (DOCHTERMAN; BULECCHEK; CHIANCA, 2003; JOHNSON *et al.*, 2009).

O título e a definição referem-se ao conteúdo da intervenção e não devem ser modificados, exceto em casos de um processo formal de revisão. Ao conjunto de atividades podem-se acrescentar novas ações para atender ao planejamento do cuidado individualizado.

Intervenções de enfermagem na taxonomia NIC

Título

Definição

Conjunto de
atividades

Curta lista
de leituras
complementares

Figura 7.4

Apresentação das intervenções de enfermagem na taxonomia da NIC.

Cabe ressaltar que nem todas as atividades listadas encontram-se na forma prescritiva, cabendo ao enfermeiro – após checagem das ações a serem relacionadas com o paciente em questão –

prescrever corretamente o cuidado a ser prestado. A classificação completa capta as especialidades de todos os enfermeiros, podendo ser utilizada desde a atenção básica até a terciária, o que fica evidente quando se analisa a abrangência dos domínios da taxonomia.

A NIC (2008) contém 7 domínios, 30 classes, 514 intervenções e mais de 12.000 atividades.

Domínios da NIC						
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
Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico do organismo	Cuidados que dão suporte à regulação homeostática	Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida	Cuidados que dão suporte à proteção contra danos	Cuidados que dão suporte à unidade familiar	Cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde	Cuidados que dão suporte à saúde da comunidade

Figura 7.5
Domínios da NIC.

Para cada domínio existem classes, e em cada classe há intervenções a serem executadas.



Figura 7.6

Domínio fisiológico complexo.

Para cada intervenção há um código preestabelecido. Após cada intervenção segue-se uma lista de atividades. Veja os exemplos nas Tabelas 7.3 e 7.4.

Tabela 7.3 Exemplo de apresentação de intervenções e atividades.

Intervenção. Tratamento da FEBRE 3740.
Definição. Controle de paciente com hiperpirexia causada por fatores não ambientais.
Atividades (algumas das atividades listadas na NIC) <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a temperatura tão frequentemente quanto for apropriado • Monitorar a perda insensível de líquidos • Monitorar a coloração e a temperatura da pele

- Monitorar atividade relacionada com convulsão
- Administrar banho morno de esponja (quando adequado)
- Estimular maior ingestão VO de líquidos (quando adequada)
- Colocar cobertor de hipotermia (quando adequado)

Bibliografia para consulta. Na NIC, na área de bibliografia, são apresentadas as fontes consultadas que descrevem as atividades apresentadas.

Tabela 7.4 Apresentação dos dados na taxonomia da NIC.

Intervenção. Precauções contra ASPIRAÇÃO 3200.

Definição. Prevenção ou minimização de fatores de risco no paciente com risco de broncoaspiração.

Atividades (algumas das atividades listadas na NIC)

- Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de náuseas e a capacidade de deglutir
- Monitorar a função pulmonar
- Posicionar decúbito a 90° ou o mais elevado possível
- Manter inflado o *cuff* (balonete) traqueal
- Manter aspirador disponível
- Alimentar com pequenas porções
- Verificar o posicionamento da sonda gástrica e da gastrostomia antes de alimentar
- Verificar se há resíduo na sonda gástrica e na gastrostomia antes de alimentar

Bibliografia para consulta. Na NIC, na área de bibliografia, são apresentadas as fontes consultadas que descrevem as atividades apresentadas.

Na taxonomia da NIC encontram-se apresentadas as ligações com a NANDA. Para cada enunciado diagnóstico estão listadas as intervenções apropriadas, e cabe ao enfermeiro analisar qual(is) dela(s) é(são) apropriada(s) ao paciente que está sob seus cuidados.

Define-se ligação como uma associação entre um diagnóstico de enfermagem e uma intervenção de enfermagem que os faz ocorrer conjuntamente, de modo a ser obtido um resultado ou a solução do problema do paciente (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008).

Cabe ressaltar que na NIC, além das associações com os diagnósticos de enfermagem da NANDA, há também com os problemas do sistema de Omaha, o instrumento de avaliação de residentes utilizado em instituições para idosos, com categorias de avaliação do conjunto de informações sobre resultados e avaliações (OASIS) para cuidados domiciliares e com os resultados da NOC (JOHNSON *et al.*, 2009).

Essas ligações facilitam o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008). Elas constituem opções de tratamento para a proposição de um diagnóstico de enfermagem e podem ser úteis aos programadores de sistemas informatizados de enfermagem clínica para alimentar e organizar as bases de dados (MCCLOSKEY; BULECCHEK, 2004).

Por exemplo: para o diagnóstico *Deglutição prejudicada*, foram feitas as seguintes associações com intervenções da NIC:

- Aspiração de VIAS AÉREAS
- Relaxamento MUSCULAR progressivo
- Terapia para DEGLUTIÇÃO
- Precaução contra ASPIRAÇÃO
- SUPERVISÃO, redução da ANSIEDADE
- ALIMENTAÇÃO por sonda enteral
- Controle de MEDICAMENTOS
- POSICIONAMENTO
- Suporte EMOCIONAL
- ALIMENTAÇÃO
- Controle da NUTRIÇÃO
- ENCAMINHAMENTO.

Diante de tantas possíveis intervenções, qual escolher? Para responder a essa inquietação, é necessário que o enfermeiro saiba que na NIC estão descritas intervenções *prioritárias*, intervenções *sugeridas* e intervenções *optativas*.

- **Intervenções prioritárias:** são as mais prováveis para a solução do diagnóstico. Essas intervenções estão listadas em negrito. Foram selecionadas por se encaixarem bem na etiologia do diagnóstico e/ou nas características definidoras, apresentarem mais atividades visando à solução do problema, poderem ser utilizadas em uma quantidade maior de locais e serem bem conhecidas a partir de pesquisas e uso clínico para se solucionar o diagnóstico (problema detectado) (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008)
- **Intervenções sugeridas:** são aquelas com a probabilidade de remeter ao diagnóstico, mas não tão prováveis quanto as intervenções prioritárias. São às vezes mencionadas na literatura como remetentes ao diagnóstico, embora não sejam citadas com tanta frequência, podendo também ter relação apenas com a etiologia ou com características definidoras dos diagnósticos de enfermagem (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008)
- **Intervenções adicionais optativas:** são as que se aplicam a apenas alguns pacientes com o diagnóstico. Permitem ao enfermeiro personalizar ainda mais as prescrições de cada paciente.

Com base nessas informações, sugere-se que, ao utilizar a NIC como suporte para prescrever os cuidados de enfermagem, o enfermeiro busque inicialmente as atividades dentro das intervenções prioritárias. Em seguida, quando se fizer necessário, ele pode buscar outras atividades nas intervenções sugeridas e nas adicionais optativas.

Veja exemplo na Tabela 7.5.

Tabela 7.5 Exemplo de tipos de intervenções.

Diagnóstico: Deglutição prejudicada
Definição. Funcionamento anormal do mecanismo para engolir, associado a deficiências de estrutura ou da função oral, faríngea ou esofágica
Intervenções de enfermagem sugeridas para a solução do problema
<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração de VIAS AÉREAS • Relaxamento MUSCULAR progressivo • Terapia para DEGLUTIÇÃO • Precaução contra ASPIRAÇÃO • SUPERVISÃO
Intervenções adicionais optativas
<ul style="list-style-type: none"> • Redução da ANSIEDADE • ALIMENTAÇÃO por sonda enteral • Controle de MEDICAMENTOS • POSICIONAMENTO • Suporte EMOCIONAL • ALIMENTAÇÃO • Controle da NUTRIÇÃO • ENCAMINHAMENTO

As intervenções da NIC estão descritas em ordem alfabética. Para encontrá-las, deve-se procurar a partir dos termos apresentados em letras maiúsculas.

Exemplo

- A intervenção Suporte EMOCIONAL encontra-se na letra E
- A intervenção Terapia para DEGLUTIÇÃO encontra-se na letra D.

Na NIC consta também um capítulo no qual intervenções essenciais são apresentadas por 43 áreas de especialidades. Intervenções essenciais são definidas como um conjunto limitado de intervenções centrais que define a natureza da especialidade (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008).

O conjunto de intervenções essenciais descritos nas áreas de especialidades inclui as intervenções usadas com maior frequência, ou as que são fundamentais no papel do enfermeiro especialista (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008).

As 43 áreas de especialidade para as quais são apresentadas intervenções essenciais na NIC são:

1. Enfermagem para dependência
2. Enfermagem ambulatorial
3. Enfermagem anestésica
4. Enfermagem para dependência química
5. Enfermagem psiquiátrica para a criança e o 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 emergência
13. Enfermagem para aviação
14. Enfermagem em gastroenterologia
15. Enfermagem genética
16. Enfermagem gerontológica

-
17. Enfermagem holística
 18. Enfermagem epidemiológica e de controle de infecção
 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 e pescoço
 31. Enfermagem para controle da dor
 32. Enfermagem em comunidades religiosas
 33. Enfermagem pediátrica
 34. Enfermagem oncológico-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.

Segundo Dochterman e Buleccheck (2008), a identificação das intervenções essenciais por áreas de especialidade constituiu o primeiro passo para se comunicar a natureza da enfermagem. Essa listagem mostra-se muito útil para o desenvolvimento de sistemas informatizados de enfermagem, programas de educação continuada e permanente, exames de certificação e pesquisas, entre outros.

Veja um exemplo para a área de enfermagem de saúde comunitária/pública na Tabela 7.6.

O enfermeiro que atua na área de saúde comunitária/pública pode consultar a NIC como auxílio durante a prescrição dos cuidados de enfermagem, partindo das intervenções essenciais descritas para a sua área de atuação.

Caso o paciente apresente um diagnóstico que aponte para a necessidade de uma intervenção de controle de IMUNIZAÇÃO/VACINAÇÃO, o enfermeiro deverá procurar as atividades listadas nessa intervenção dentro da NIC, na letra I.

Em seguida, o enfermeiro deverá ler a lista de atividades e selecionar as que se aplicam ao paciente em questão naquele momento.

Tabela 7.6 Intervenções essenciais para a área de enfermagem de saúde comunitária/pública.

Enfermagem de saúde comunitária/pública

Algumas das intervenções essenciais descritas na NIC

- Apoio à proteção contra ABUSO
- Proteção contra Risco AMBIENTAL
- Controle do AMBIENTE: Comunidade
- Controle do AMBIENTE: Preparo do lar
- Controle do AMBIENTE: Segurança do trabalhador

- Preparação contra o BIOTERRORISMO
- Gerenciamento de CASO
- Preparo da comunidade para CATÁSTROFES
- CONSULTA
- Intermediação CULTURAL
- ENCAMINHAMENTO
- Planejamento FAMILIAR: Contracepção
- Ensino: GRUPO
- Controle de IMUNIZAÇÃO/VACINAÇÃO
- Assistência para a manutenção do LAR
- Administração de MEDICAMENTOS: Subcutânea
- Ensino: NUTRIÇÃO DA CRIANÇA DE 13 A 36 MESES

Cabe ressaltar que nem sempre as atividades encontram-se em forma prescritiva, e o enfermeiro deverá reescrevê-las, levando em consideração que o verbo deve estar no infinitivo e que ela deve conter uma frase descritiva (o quê, como, quando, onde, com que frequência, por quanto tempo ou quando), quem deve realizá-la e a assinatura do enfermeiro responsável.

Se, em vez de uma prescrição de enfermagem, o enfermeiro for redigir uma orientação para o paciente, ele deverá seguir os mesmos passos, a fim de, com uma redação mais completa, conferir maior segurança para o paciente.

É importante salientar também que na classificação há um capítulo com o tempo estimado para a realização das 514 intervenções da NIC e o tipo de profissional necessário para a sua execução. As estimativas foram baseadas em julgamentos de profissionais familiarizados com as intervenções e a área de atuação profissional. Essas estimativas constituem um ponto de partida para a avaliação do tempo necessário, do nível de formação do provedor e do custo de cuidados de enfermagem (DOCHTERMAN; BULECCHECK, 2008).

A NIC é atualizada continuamente por meio de um processo de realimentação e revisão, e as edições são planejadas a cada quatro anos (MCCLOSKEY; BULECCEK, 2004).

- **SAE e PBE: utilização da prática baseada em evidências científicas para fundamentar as prescrições de enfermagem**

As prescrições de enfermagem têm como objetivo monitorar o estado de saúde do paciente, 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).

Desse modo, ao prescrever um cuidado de enfermagem, o enfermeiro deve estar seguro de que sua prescrição é correta, completa, aplicável e capaz de conferir segurança ao paciente.

Mas, como obter maior segurança para prescrever os cuidados de enfermagem? Em que esses cuidados devem estar fundamentados?

Os cuidados de enfermagem a serem prescritos devem ser extraídos de pesquisas que evidenciem que aquelas atividades são capazes de melhorar a condição do paciente; logo, pode-se dizer que as prescrições devem ser fundamentadas nas melhores evidências disponíveis na literatura científica.

A prática baseada em evidências (PBE) é um movimento criado na década de 1990, derivado da epidemiologia clínica, com o

objetivo de organizar as informações mais relevantes, buscando-se condutas em saúde mais eficientes, mais seguras e com custo adequado às circunstâncias. A PBE busca integrar a melhor evidência disponível com a experiência clínica e as características individuais de cada paciente (BORK, 2005).

Quando atua com base em evidências, a enfermagem não dá ênfase a rituais, experiência clínica isolada e não sistemática, opiniões infundadas e tradições como base para a prática. Ela fundamenta sua prática em resultados de pesquisas (GALVÃO; SADAWA; MENDES, 2003), em informações científicas de boa qualidade.

A qualidade da evidência é um aspecto essencial na PBE. Humpris (1999) relata que, ao ler um artigo para dele extrair uma recomendação para a prática, o enfermeiro necessita de competência para julgar o que o texto tem de bom e de ruim, avaliar o trabalho quanto a pontos fracos e fortes para possibilitar ou não a generalização da evidência, compreender que é preciso ter cautela e ser crítico quanto à aplicação da conduta, não devendo tomá-la como verdade absoluta.

Desse modo, para qualificar um estudo, o enfermeiro precisa analisar o tipo de desenho da pesquisa, ou seja, a abordagem metodológica empregada (HUMPRIS, 1999).

Para descrever a qualidade da informação extraída, o enfermeiro deverá avaliar a força da evidência, explicitando-a em níveis que, de acordo com Hicks (2004), variam do tipo I ao tipo V, sendo assim classificadas (esta classificação é válida para estudos quantitativos).

Evidência tipo 1 = Evidência forte extraída de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, bem delineados.

Evidência tipo 2 = Evidência forte extraída de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado.

Evidência tipo 3 = Evidência extraída de um estudo clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais ou de estudos caso-controles.

Evidência tipo 4 = Evidência extraída de estudos não experimentais por mais de um centro de pesquisa.

Evidência tipo 5 = Evidência extraída de opiniões de autoridades respeitadas, com base em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

É importante salientar que, para considerar que o estudo foi bem desenhado e que os resultados podem ser considerados uma evidência de tipo 1, 2, 3, 4 ou 5, o enfermeiro precisa analisá-lo.

Logo, para utilizar a PBE, o enfermeiro precisa adquirir conhecimento em epidemiologia clínica a fim de analisar a metodologia empregada nos estudos e criticá-la quanto à representatividade da amostra e ao poder estatístico para detectar diferenças clinicamente significativas, avaliar se as perdas de segmento foram pequenas e se a análise estatística utilizada é adequada aos objetivos do estudo (BORK, 2005).

Além disso, Bork (2005) complementa que se deve também graduar a recomendação da pesquisa, ou seja, a conclusão a que se chegou com aquele estudo. Para isso, utilizam-se letras que representam:

A = Resultado recomenda a intervenção

B = Resultado não é conclusivo, não é suficiente para confirmar a hipótese

C = Resultado contraindica a intervenção.

Percebe-se então que, ao extrair uma recomendação de um estudo, o enfermeiro deve, após analisá-la criteriosamente com base em conhecimentos de epidemiologia clínica e bioestatística, classificá-la. Se a recomendação for 1A, é porque ela foi extraída de

pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e bem delineados, e o resultado da pesquisa recomenda a intervenção.

Um exemplo de uma recomendação 1A: realizar a troca da nutrição parenteral total a cada 24 h a partir do horário da instalação da dieta.

O enfermeiro terá maior segurança se prescrever cuidados com base em recomendações fortes. Logo, a melhor recomendação possível, quando se utiliza essa classificação, é a 1A. No entanto, é importante salientar que a ausência de evidência de alta qualidade não impossibilita a tomada de decisões com base em evidências. Nessa situação, o que se requer é a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (MUIR-GRAY, 2004).

Cabe aos enfermeiros realizar pesquisas e, sobretudo, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados bem delineados, a fim de extrair deles evidências fortes, o que lhe possibilita proporcionar maior segurança aos pacientes.

Para isso, a aplicação e o registro das etapas do processo de enfermagem são necessários, a fim de que tais estudos sejam realizados e a enfermagem se fundamente cada vez mais como ciência.

CASO CLÍNICO 7.1

Elaboração de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente este caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem identificados e elabore os resultados esperados e as prescrições de enfermagem para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 119).

▪ Fatores pessoais

Trata-se de M.M.S., 65 anos, sexo feminino, branca, aposentada (trabalhava como professora de matemática), católica. Natural de João Monlevade – MG, 80 kg, 1,70 m de altura.

▪ Estado de saúde

Há 1 semana, M.M.S. começou a apresentar mal-estar, cansaço, coriza, tosse e febre (37,9°C). Acreditando ser um quadro gripal, automedicou-se com antitérmico e antitussígeno sem orientação médica, e ingeriu mais líquido que o habitual. Iniciou quadro de inapetência e sonolência, seguido da presença de secreção traqueal com aspecto amarelado. Relato de febre contínua (temperatura axilar [Tax] = 38,5°C, perda de peso (1 kg) e manutenção da tosse e do cansaço. Nos últimos 2 dias apresenta dificuldade para deambular e dormir por causa do cansaço, sendo conduzida pelo filho à unidade de pronto atendimento (UPA).

▪ Dados relacionados com os Desvios de Saúde

Obesa. Nega ser portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito (DM). Relata internações anteriores para colecistectomia (20 anos) e para os 3 partos (cesarianos). Não há relato de alergias nem de etilismo.

▪ Dados relacionados com o Autocuidado Universal

Ar. É ex-tabagista (fumou durante 40 anos). Parou de fumar há 5 anos, desde a morte do marido por câncer (CA) de pulmão.

Água e alimentos. Redução do apetite há 4 dias. Tem preferência por massas e carnes vermelhas. Relata frequência de 6 refeições/dia. Ingere aproximadamente 2 l de líquidos por dia.

▪ Atividade

Atividade. Participa de um grupo para a terceira idade em sua paróquia. Faz aulas de dança de salão e pintura.

Repouso. Dorme cerca de 8 h por noite. Relata hábito de descanso diário de 20 min após o almoço. Prefere dormir em decúbito lateral direito (DLR).

Solidão e interação social. É uma senhora muito extrovertida e comunicativa. Relata que o convívio com os filhos e os netos é frequente e que sua maior alegria é estar com a família.

▪ Histórico familiar

Viúva há 5 anos, 3 filhos e 7 netos. História familiar positiva para rins policísticos e cardiopatias.

▪ Perigos para a vida e o bem-estar

Obesidade, idade avançada, ex-tabagismo.

▪ Padrões de vida

Gosta muito de rezar, participar de oficinas de oração em sua paróquia, assistir à televisão, principalmente novelas, bordar e ler.

▪ Orientação sociocultural

Nível superior completo.

- Disponibilidade de recursos

Boa condição socioeconômica (classe média alta).

- Fatores ambientais relevantes

Mora em residência com saneamento básico adequado.

- Processos de eliminação

Não apresentava déficits no autocuidado quanto à eliminação urinária ou intestinal. Hábito intestinal regular (1 vez/dia). Nega disúria. Refere urina com aspecto fisiológico.

- Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano

Não apresentava déficits no autocuidado quanto à higienização corporal ou bucal.

▪ Dados relacionados com o Autocuidado de Desenvolvimento

Perda do marido há 5 anos em decorrência de CA de pulmão. Nos últimos dias, não conseguiu participar da dança de salão, das oficinas de oração nem das aulas de pintura.

▪ Exame físico

Estado geral. Confusa, anictérica, com cianose nas extremidades, febril (Tax: 40°C), mucosas oculares hipocoradas (+3/+4) e com umidade reduzida.

Sistema neurológico. Apresentando períodos de desorientação no tempo e no espaço. Abertura ocular espontânea e obedecendo aos comandos (Glasgow de 14/15).

Higiene. Higienizações corporal e bucal adequadas. Necessitará do auxílio da equipe de enfermagem para ser higienizada.

Segmento de cabeça e pescoço. Pupilas isocóricas (medindo 4 mm), circulares, fotorreativas, mucosa oral ressecada, batimento de aletas nasais (BAN), desvio de septo à esquerda e uso de prótese dentária inferior. Acuidades visual, auditiva e olfatória preservadas.

Hábito alimentar. Dieta suspensa no momento.

Tórax. Simétrico. Presença de tiragens supraesternais e intercostais.

Sistema respiratório. Murmúrio vesicular (MV) diminuído no ápice do pulmão direito, roncocal apicais difusos, frequência respiratória (FR) = 28 irpm, $\text{SatO}_2 = 87\%$. Expectorando secreção traqueal com aspecto purulento. Colocada em macronebulização a 5 l/min.

Sistema cardiovascular. Frequência cardíaca (FC) = 110 bpm. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BNRNF), ausência de sopros e de bulhas acessórias. Pulso filiforme, pressão arterial (PA) = 90 × 60 mmHg.

Sistema gastrointestinal. Abdome plano, normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo presente, ausência de visceromegalias.

Genitália. Higienização adequada. Ausência de leucorreia.

Hábito urinário. Ausente até o momento. Nega disúria.

Hábito intestinal. Ausente hoje, primeiro dia.

MMSS e MMII. Movimentando os 4 membros. Puncionado um acesso venoso periférico no membro superior direito pela equipe da UPA. Tempo de enchimento capilar de 5 s. Cianose periférica (+2/+4).

Região dorsal. Ausência de lesões ou cicatrizes.

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

$\text{PCO}_2 = 40 \text{ mmHg}$; $\text{PO}_2 = 60 \text{ mmHg}$; leucócitos = 17.000/mm³.

▪ Exames de imagem

Radiografia de tórax. Condensação no ápice do pulmão direito.

▪ Solicitações da paciente e do filho

Que a equipe a ajude a respirar, pois está sentindo muita dificuldade e está com medo de morrer. O filho pede informações sobre o que está acontecendo com a mãe e encontra-se muito abalado por vê-la desse modo e porque na UPA ela não pode ficar com mais um acompanhante. Ele relata apreensão por ter que tomar as decisões sozinho, já que os irmãos não podem permanecer com ele no setor.

▪ Demandas terapêuticas de autocuidado apresentadas pela paciente e pelos familiares

Relacionadas com o Sistema totalmente compensatório. Administração de oxigenoterapia, infusão de medicamentos e soro pelo acesso venoso periférico, cuidados com o local de punção do

acesso venoso, cuidados com a macronebulização, monitoração da oxigenação, do ritmo cardíaco, do nível de consciência e da diurese, acompanhamento dos resultados laboratoriais e das imagens do RX.

Relacionadas com o Sistema parcialmente compensatório. Necessitará de auxílio da equipe de enfermagem para realizar as atividades de eliminações urinária e intestinal (no momento, não deve levantar-se da maca), de higiene, de mudança de decúbito e para a ingestão de alimentos (quando liberados).

Relacionadas com o Sistema de apoio e educação. Filho necessita de orientação acerca do comprometimento pulmonar da mãe. A senhora M.M.S. necessita de apoio e de cuidados quanto a oxigenoterapia e posicionamento adequado.

▪ Resolução

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE), resultados esperados (RE) e prescrições de enfermagem (PE) relacionados com o Caso clínico 7.1. Avalie se você chegou aos DE, RE e PE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem e resultados esperados

DE = Padrão respiratório ineficaz relacionado ao processo infeccioso pulmonar (ápice do pulmão direito) evidenciado por taquidispnéia (35 irpm), tiragens supraesternais e intercostais, BAN e imagem radiológica de condensação no ápice do pulmão direito.

RE = A paciente apresentará melhora no padrão respiratório em até 1 h.

DE = Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio na ventilação-perfusão evidenciada por $\text{SatO}_2 = 87\%$, $\text{PO}_2 = 60$ mmHg, cianose nas extremidades, taquidispneia (FR = 35 irpm), condensação no ápice do pulmão direito.

RE = A paciente apresentará melhora da troca de gases, com elevação da SatO_2 e da PaO_2 , em até 1 h.

DE = Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada a secreções retidas evidenciadas por roncos apicais, MV diminuído no ápice do pulmão direito, expectoração de secreção traqueal de aspecto purulento, taquidispneia (FR = 35 irpm), condensação no ápice do pulmão direito.

RE = A paciente apresentará suas vias aéreas desobstruídas pela equipe de enfermagem agora.

DE = Débito cardíaco diminuído relacionado a vasodilatação sistêmica evidenciado por pulso filiforme, taquicardia, hipocoloração, ressecamento das mucosas oral e ocular, hipotensão ($\text{PA} = 90 \times 60$ mmHg), cianose nas extremidades, tempo de enchimento capilar de 5 s.

RE = A paciente apresentará melhora do débito cardíaco em até 1 h.

DE = Confusão aguda relacionada a vasodilatação sistêmica evidenciada por períodos de desorientação no tempo e no espaço.

RE = A paciente apresentará melhora da perfusão tissular cerebral em até 1 h.

DE = Hipertermia relacionada ao processo infeccioso no ápice do pulmão direito evidenciada por temperatura de 40°C .

RE = A paciente apresentará baixa da temperatura corporal em até 1 h.

DE = Déficit no autocuidado para banho relacionado ao comprometimento respiratório evidenciado pela necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para realizar as atividades de higiene.

RE = A paciente será auxiliada pela equipe de enfermagem para realizar sua higienização corporal diariamente.

DE = Processos familiares interrompidos relacionados a internação na UPA, evidenciados por ausência dos demais filhos e pela impossibilidade de eles ficarem com ela na unidade.

RE = A paciente poderá receber a visita de todos os filhos com revezamento de acompanhantes durante sua permanência na UPA.

DE = Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a idade avançada e obesidade.

RE = A paciente irá apresentar redução do risco de lesionar a pele durante sua permanência na UPA.

DE = Risco de religiosidade prejudicada relacionado a internação na UPA.

RE = A paciente não terá sua religiosidade prejudicada durante sua permanência na UPA.

DE = Risco de infecção relacionado ao procedimento invasivo (presença de acesso venoso periférico no MSD) e exposição ambiental aumentada a patógenos.

RE = A paciente terá redução do risco de apresentar infecção relacionada com a presença de acesso venoso periférico no membro superior direito durante a permanência desse dispositivo de assistência.

DE = Risco de constipação relacionado a mudança de ambiente.

RE = A paciente não terá constipação intestinal durante sua permanência na UPA.

DE = Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada ao processo infeccioso pulmonar evidenciada pelo relato de inapetência e dieta suspensa.

RE = A paciente poderá receber alimentos VO ou enteral em até 24 h.

DE = Medo relacionado ao comprometimento respiratório e a internação na UPA evidenciado pelo relato verbal.

RE = A paciente receberá apoio e cuidados da equipe de enfermagem a fim de que seu medo diminua durante a sua permanência na UPA.

Exemplos de prescrições de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem elaborados

- Realizar ausculta respiratória de 6/6 h, e quando a paciente apresentar SatO_2 menor que 90%, uso de musculatura acessória e FR maior que 21 irpm. Atentar para a presença de roncos e piora da diminuição do MV no ápice do pulmão direito. Comunicar ao enfermeiro o aparecimento dessas evidências
- Aspirar as vias aéreas superiores da paciente agora e quando detectar, à ausculta pulmonar, a presença de roncos e crepitações. Anotar o aspecto, a quantidade e o odor da secreção pulmonar. Comunicar as características da secreção traqueal ao enfermeiro da UPA
- Avaliar o raios X (RX) de tórax de 24/24 h. Atentar para a imagem de condensação no ápice do pulmão direito (*Enfermeiro*)
- Aferir e registrar FR a cada 30 min. Comunicar ao enfermeiro se a FR estiver igual ou superior a 28 irpm ou se a paciente apresentar SatO_2 igual ou inferior a 90%, tiragens intercostais e batimento de aletas nasais (BAN)
- Colocar e manter a cabeceira do leito elevada a 40°
- Aferir e registrar o pulso e PA a cada 30 min. Comunicar ao enfermeiro se a FC menor que 50 ou maior que 110 bpm; se

PAs menor que 90 ou maior que 150 mmHg e e PAd menor que 60 ou maior que 90 mmHg

- Anotar o volume urinário e o aspecto da urina a cada micção. Comunicar ao enfermeiro valores inferiores a 300 ml em 6 h
- Aquecer os MMII com algodão ortopédico e realizar enfaixamento, deixando os dedos dos pés visíveis. Trocar faixas e algodão diariamente; datar e assinar
- Avaliar e registrar o tempo de enchimento capilar dos MMSS e MMII a cada 30 min. Comunicar ao enfermeiro se valor superior a 3 s
- Avaliar o nível de consciência da paciente a cada 30 min, utilizando a escala de coma de Glasgow. Comunicar ao enfermeiro se resultado for inferior a 14 em 15 pontos
- Avaliar tamanho, forma e simetria das pupilas a cada 30 min. Comunicar ao enfermeiro caso detecte anisocoria, miose ou midríase pupilar
- Verificar a temperatura axilar a cada 30 min e comunicar ao enfermeiro se o valor estiver acima de 38,3°C. Caso persista, dar banho de aspensão
- Avaliar os resultados do leucograma diariamente. Anotar parecer (*Enfermeiro*)
- Dar banho de aspensão 1 vez/dia e sempre que houver sujidades no corpo e persistência da febre. Auscultar o tórax da paciente antes do banho e, se houver roncosp, aspirar a secreção traqueal antes de iniciar o procedimento. Atentar para queda de saturação (abaixo de 90%) durante o banho. Caso ocorra, chamar o enfermeiro
- Autorizar visita dos filhos. Orientar escalonamento, liberando o revezamento de acompanhantes
- Auxiliar a paciente a realizar descompressão das proeminências ósseas a cada 3 h. Atentar para queda de saturação no decúbito lateral esquerdo (DLE). Comunicar ao enfermeiro

- Aplicar creme de ureia a 10% no corpo da paciente após o banho, de 8/8 h e sempre que a pele estiver ressecada
- Permitir que os familiares tragam a Bíblia, livros, terço ou outro material religioso para a paciente
- Trocar diariamente o curativo do acesso venoso periférico. Utilizar álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos e/ou disfunção orgânica; comunicar ao enfermeiro. Anotar as características da área de inserção do cateter
- Trocar o cateter venoso periférico a cada 96 h e imediatamente, caso detecte sinais flogísticos e/ou disfunção orgânica no local de inserção do cateter e ocorra contaminação
- Auxiliar a paciente a realizar a higiene oral com creme dental diluído em água filtrada a cada 4 h e sempre que detectar halitose e sujidades na cavidade oral
- Monitorar e registrar a frequência de eliminação intestinal. Comunicar ao enfermeiro a ausência de evacuação em 12 h
- Realizar exame físico abdominal: inspeção, ausculta, percussão e palpação, nesta ordem, diariamente. Atentar para a presença de massa, diminuição dos RHA e produção de som de macicez na parede abdominal (*Enfermeiro*)
- Oferecer apoio à cliente e permanecer próximo a ela, sempre que detectar fácies de medo
- Explicar todos os procedimentos que for realizar com a paciente
- Permitir que os filhos da paciente (um de cada vez) fiquem ao lado dela em tempo integral.

CASO CLÍNICO 7.2

Elaboração de diagnósticos de

enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria da Conservação de Energia de Myra Estrin Levine

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente este caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo cliente, anote os diagnósticos de enfermagem (DE) identificados e elabore os resultados esperados (RE) e as prescrições de enfermagem (PE) para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 126).

▪ Identificação (Informante: mãe)

Trata-se de J.T.P., 28 anos, sexo masculino, educador físico, solteiro.

▪ Queixa principal (QP)

“Perda de consciência”.

▪ História da moléstia atual (HMA)

Relato de quadro súbito de perda de consciência e queda da própria altura durante realização de atividade física em uma academia de ginástica, sendo encaminhado para o pronto-socorro (PS) do hospital X, onde foi avaliado por um neurologista que solicitou uma tomografia computadorizada (TC). Constatada a presença de hematoma intraparenquimatoso (HIP) cerebral profundo na região do tronco cerebral. Em seguida, foi encaminhado ao centro cirúrgico (CC) para drenagem do hematoma e monitoração da pressão intracraniana (PIC) com implante da derivação intraventricular (DVE).

▪ História pregressa relacionada com o Princípio de Integridade Estrutural

Paciente previamente hígido. Sem história de tabagismo. Etilismo social. Não há relato de alergias a medicamentos nem de cirurgias ou internações anteriores. Não há relato de alterações visuais, olfatórias, auditivas ou gustativas. Paciente prefere tomar banho à noite, antes de dormir. Dorme cerca de 8 h/noite. Não há história de alterações nos hábitos alimentares. É vegetariano. Bebe cerca de 4 l de líquidos por dia. Não há história de déficits de locomoção. Urina clara e límpida, nega disúria. Eliminação intestinal regular (1 vez/dia).

- História familiar relacionada com o Princípio de Integridade Estrutural

História familiar positiva para cardiopatias (Pai teve infarto agudo do miocárdio [IAM] há 2 anos). A mãe é portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

- História pregressa relacionada com o Princípio de Integridade Pessoal

Paciente calmo, extrovertido, comunicativo. Gosta de conversar, escutar música, ler e jogar futebol e peteca.

- História pregressa relacionada com o Princípio de Integridade Social

Praticante da religião católica. Frequenta a missa aos domingos, e participa do grupo de jovens na paróquia, aos sábados. Mora com os pais e tem dois irmãos mais novos (20 e 18 anos). Gosta muito

de sair com os amigos e de fazer musculação e atividades aeróbicas. Vive em casa própria com saneamento básico, e tem boas condições socioeconômicas.

▪ Exame físico

Dados relacionados com os Princípios de Conservação de Energia e Integridade Estrutural

Estado geral. Paciente inconsciente, anictérico e afebril (35,5°C).

Sistema neurológico. Ausência de abertura ocular, ausência de emissão de sons ou palavras (presença de tubo orotraqueal – TOT) e com movimentos de descerebração (Glasgow de 4/15), pressão intracraniana (PIC) = 28 mmHg, pressão de perfusão cerebral (PPC) = 27 mmHg.

Higiene. Higiene corporal inadequada (polivinil iodopirrolidona [PVPI] no couro cabeludo. Necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para ser realizada a higiene corporal.

Segmento de cabeça e pescoço. Ferida operatória (FO) na região parietal esquerda, TOT.

Sangramento oral. Presença de cateter de monitoração de PIC e sistema de drenagem ventricular externa (DVE) com liquor de aspecto sanguinolento. Mucosa ocular hipocorada (+2/+4). Pupilas anisocóricas, arredondadas e com fotorreatividade diminuída. Midríase à direita (8 mm). Presença de desvio de septo à direita.

Hábito alimentar. Dieta suspensa.

Tórax. Simétrico. Acesso venoso central em subclávia direita. Pressão venosa central (PVC) de 7 mmHg.

Sistema respiratório. Em ventilação mecânica (VM), modo controlado, FR = 15 irpm, FiO₂ = 100%, com SatO₂ 89%, roncos bilaterais esparsos. Secreção traqueal clara e fluida em pequena quantidade.

Sistema cardiovascular. Taquicárdico (FC = 110 bpm), bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BNRNF), pulso filiforme e rítmico, pressão arterial média (PAM) = 55 mmHg.

Sistema gastrointestinal. Abdome plano, normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo presente, ausência de visceromegalias.

Genitália. Sem comprometimentos e com boa higienização.

Hábito urinário. Urina concentrada, em sonda vesical de demora (SVD) com fluxo reduzido (aproximadamente 40 ml/h).

Hábito intestinal. Ausente hoje, primeiro dia.

MMSS e MMII. Cianose de extremidades, tempo de enchimento capilar de 5 s. Cateter de monitoração de pressão intra-arterial (PIA) inserido na artéria radial direita. Ausência de movimentação ativa dos membros.

Dados relacionados com a Integridade Pessoal e Social

Ausência de interação com o meio.

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

$\text{PaCO}_2 = 55 \text{ mmHg}$; $\text{PaO}_2 = 60 \text{ mmHg}$;

Exame de imagem

Tomografia de crânio. Sangramento cerebral intraparenquimatoso e presença de hidrocefalia.

▪ Solicitações da família (Mãe)

Que a equipe permita que o pai venha visitar o filho no período da noite. Durante a tarde (horário de visitas) o pai está trabalhando.

▪ Resolução

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE), resultados esperados (RE) e prescrições de enfermagem (PE) relacionados com o Caso clínico 7.2. Avalie se você chegou aos DE, RE e PE listados pelas autoras.

Diagnósticos e resultados esperados relacionados com os Princípios de Conservação de Energia e Integridade Estrutural

DE = Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada a ruptura de vaso sanguíneo cerebral evidenciada por PIC = 27 mmHg, PPC = 27 mmHg, PAM = 55 mmHg, TC com sangramento intraparenquimatoso e hidrocefalia, Glasgow de 4/15, pupilas anisocóricas com midríase à direita e com fotorreatividade diminuída.

RE = O paciente apresentará PIC menor que 20 mmHg em até 30 min.

DE = Débito cardíaco diminuído relacionado a pós-carga diminuída evidenciado por cianose de extremidade, mucosa ocular hipocorada (+2/+4), pulso filiforme, PAM = 55 mmHg, FC = 110 bpm, urina concentrada e com fluxo reduzido (cerca de 40 ml/h), tempo de enchimento capilar = 5 s.

RE = O paciente apresentará melhora do débito cardíaco em até 30 min.

DE = Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio na ventilação-perfusão evidenciada por $\text{SatO}_2 = 89\%$, $\text{PaCO}_2 = 55$ mmHg, $\text{PaO}_2 = 60$ mmHg e cianose de extremidade.

DE = Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a vasodilatação arterial sistêmica evidenciada por PAM = 55 mmHg, tempo de enchimento capilar = 5 s, cianose de extremidade.

RE = O paciente apresentará melhora na perfusão tissular periférica em até 1 h.

RE = O paciente apresentará melhora na troca de gases em até 1 h.

DE = Hipotermia relacionada a exposição ao ambiente do bloco cirúrgico (BC) evidenciada por $Tax = 35,5^{\circ}C$.

RE = O paciente será mantido hipotérmico enquanto permanecer com PIC aumentada e PPC diminuída.

DE = Déficit no autocuidado para banho relacionado ao prejuízo perceptivo e cognitivo secundário à lesão cerebral evidenciado pela necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para ser realizada a higienização corporal e presença de PVPI no couro cabeludo.

RE = O paciente será higienizado pela equipe de enfermagem em até 4 h.

DE = Comunicação verbal prejudicada relacionada a diminuição do fluxo sanguíneo e barreira física evidenciada pela ausência de fala e de emissão de sons e presença de TOT.

RE = O paciente receberá estímulos para comunicar-se após a redução da PIC e elevação da PPC.

DE = Risco de constipação relacionado a mudança de ambiente e dos padrões habituais de atividade física.

RE = O paciente apresentará diminuição do risco de constipação intestinal durante sua internação na UTI.

DE = Risco de síndrome do desuso relacionado ao nível de consciência alterado.

RE = O paciente não apresentará síndrome do desuso durante sua internação na UTI.

DE = Risco de infecção relacionado aos procedimentos invasivos (acesso venoso central em subclávia direita, SVD, TOT, VM, cateter de monitoração de PIC, sistema de DVE, cateter de monitoração de PIA) e ferida operatória (FO) na região parietal esquerda e exposição ambiental aumentada a patógenos.

RE = O paciente apresentará diminuição do risco de adquirir infecção relacionada a presença dos dispositivos invasivos e ruptura

da pele e exposição aumentada a patógenos durante manutenção dos cateteres e período de epitelização da FO.

DE = Integridade tissular prejudicada relacionada ao procedimento cirúrgico evidenciada pela presença de FO na região parietal esquerda.

RE = O paciente apresentará a integridade da pele restaurada em até 10 dias.

DE = Risco de lesão relacionado a presença de desvio de septo à direita e nível de consciência alterado.

RE = O paciente não apresentará lesões traumáticas durante sua internação na UTI.

DE = Mobilidade física prejudicada relacionada aos prejuízos sensorio e perceptivos evidenciada por ausência de movimentação dos membros.

RE = O paciente será mobilizado pela equipe de enfermagem durante sua internação na UTI.

DE = Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a presença de procedimentos invasivos (SVD, TOT, VM, acesso venoso central, cateter de monitoração de PIC, sistema de DVE, cateter de monitoração de PIA e ferida operatória).

RE = O paciente irá manter o equilíbrio térmico corporal durante internação na UTI.

DE = Risco de disfunção neurovascular periférica relacionada à presença do cateter de monitoração da PIA no membro superior direito (MSD).

RE = O paciente não apresentará disfunção neurovascular periférica durante manutenção do cateter de monitoração da PIA.

DE = Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada à impossibilidade de ingerir os alimentos VO evidenciada por dieta suspensa e presença de TOT.

RE = O paciente receberá dieta em até 24 h.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com a Integridade Pessoal e Social

DE = Risco de religiosidade prejudicada relacionada à hospitalização.

RE = O paciente terá diminuição do risco de apresentar sua religiosidade prejudicada durante sua permanência na UTI.

DE = Risco de solidão relacionado à hospitalização.

RE = O paciente apresentará redução no risco de solidão durante sua permanência na UTI.

DE = Isolamento social relacionado à barreira física evidenciado por ausência de familiares em tempo integral na UTI.

RE = O paciente terá seu isolamento social minimizado, durante sua permanência na UTI.

Exemplos de prescrições de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem e resultados esperados elaborados

- Monitorar a PIC continuamente. Registrar valores a cada 15 min. Comunicar ao enfermeiro se PIC maior que 20 mmHg
- Posicionar e manter o transdutor de pressão da PIC na altura do meato auditivo externo do paciente
- Abrir a DVE por, no máximo, 10 s, se PIC estiver acima de 20 mmHg. Fechar valva de drenagem, avaliar o valor da PIC e repetir o procedimento caso a PIC se mantenha com valor acima de 20 mmHg (*Enfermeiro*)
- Avaliar e registrar o nível de consciência a cada 30 min utilizando a escala de coma de Glasgow. Comunicar ao

enfermeiro se o valor obtido na ECG se mantiver igual ou menor que 4/15

- Avaliar tamanho, forma e fotorreatividade das pupilas a cada 30 min. Comunicar ao enfermeiro a manutenção da anisocoria, a redução da fotorreatividade pupilar e o aparecimento de discoria. Registrar parecer
- Realizar e monitorar o balanço hídrico (BH) de 12/12 h. Não somar drenagem do sistema de DVE ao BH, mas registrar o valor obtido
- Realizar ausculta respiratória de 1/1 h, e se $\text{SatO}_2 < 90\%$, $\text{FR} > 15$ e paciente usar de musculatura acessória. Atentar para a presença de roncos e crepitações. Comunicar ao enfermeiro o aparecimento dessas evidências
- Aspirar TOT, nasofaringe e orofaringe do paciente (nesta ordem), agora e quando detectar a presença de roncos e crepitações à ausculta pulmonar. Anotar o aspecto, a quantidade e o odor da secreção pulmonar. Atentar para valor da PIC: se maior que 20 mmHg, providenciar redução da PIC antes de realizar a aspiração (*Enfermeiro*)
- Monitorar continuamente e registrar FR de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se a FR > 15 irpm, ou se $\text{SatO}_2 < 90\%$, a presença de tiragens intercostais e de batimento de aletas nasais (BAN)
- Avaliar gasometria arterial a cada 12 h e atentar para valores de PaO_2 acima de 100 ou abaixo de 60 mmHg e PaCO_2 acima de 45 ou abaixo de 35 mmHg. Registrar parecer (*Enfermeiro*)
- Monitorar continuamente e registrar FC de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se a FC maior que 110 bpm e menor que 50 bpm. Atentar para alargamento do complexo QRS ao monitor e aparecimento de extrassístoles ventriculares (ESV) sustentadas

- Aferir e registrar a PA de 30/30 min. Comunicar ao enfermeiro se PAM menor que 97 mmHg
- Anotar e registrar o volume urinário e o aspecto da urina a cada hora. Comunicar ao enfermeiro valores inferiores a 50 ml/h e superiores a 200 ml/h
- Aquecer os MMII com algodão ortopédico e realizar enfaixamento agora. Monitorar a perfusão dos artelhos. Trocar faixas e algodão diariamente; datar e assinar
- Avaliar e registrar o tempo de enchimento capilar dos MMSS e MMII de 1/1 h. Ficar atento ao aparecimento de áreas de isquemia nos membros, sobretudo no MSD
- Verificar e registrar valor da Tax de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se o valor estiver acima de 36°C e abaixo de 35°C
- Avaliar e registrar os resultados do leucograma diariamente. Atentar para leucócitos menores que 4.300/mm³ e acima de 10.800/mm³ (*Enfermeiro*)
- Dar banho de aspersão no paciente 1 vez/dia, após autorização do enfermeiro, e sempre que houver sujidades no corpo e persistência da febre. Auscultar o tórax do paciente antes do banho e, se houver roncos ou crepitações, chamar o enfermeiro para aspirar a secreção traqueal antes de iniciar o procedimento. Atentar para queda de saturação (abaixo de 90%) durante o banho, comunicar ao enfermeiro. Avaliar PIC do paciente antes de iniciar e durante o banho: se maior que 20 mmHg, comunicar imediatamente ao enfermeiro
- Monitorar e registrar a frequência de eliminação intestinal do paciente diariamente
- Comunicar ao enfermeiro caso o paciente não evacue durante o plantão de 12 h. Inspeccionar, auscultar, percutir e palpar o abdome do paciente (nessa ordem) diariamente. Atentar para a presença de massas na região abdominal, diminuição dos RHA e produção de som de macicez durante a percussão da parede abdominal (*Enfermeiro*)

- Realizar a descompressão das proeminências ósseas a cada 3 h. Atentar para elevação da PIC (acima de 20 mmHg) a cada manobra. Se presente, retornar o paciente à posição anterior e comunicar imediatamente ao enfermeiro
- Aplicar creme de ureia a 10% no corpo do paciente após o banho, a cada 8 h e sempre que a pele estiver ressecada
- Trocar a fixação do cateter de monitoração da PIA diariamente. Utilizar álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos; comunicar ao enfermeiro. Anotar as características da área de inserção do cateter
- Trocar o curativo do acesso venoso central hoje, a cada 7 dias e antes, caso esteja sujo, úmido ou solto. Lavar a área com clorexidina degermante a 2% e soro fisiológico a 0,9%, secar com gaze e aplicar filme transparente. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos (dor, calor, hiperemia, edema e disfunção orgânica). Anotar as características da área. Datar o curativo (*Enfermeiro*)
- Manter o sistema fechado da SVD abaixo da altura da bexiga
- Realizar a higiene oral do paciente com creme dental diluído em água filtrada de 4/4 h, e sempre que detectar halitose e sujidades na cavidade oral
- Manter as traqueias do respirador abaixo da altura do TOT
- Manter a pressão do balonete (*cuff*) do TOT em 20 mmHg. Checar a insuflação a cada 12 h e antes, caso detecte a emissão de ruídos pelo paciente (*Enfermeiro*)
- Desprezar a água condensada no circuito do respirador sempre que presente
- Trocar o curativo da área de inserção do cateter de monitoração da PIC a cada 24 h ou antes, se estiver sujo, úmido ou solto. Lavar a área com clorexidina degermante a 2% e soro fisiológico a 0,9%, secar com gaze e fazer curativo oclusivo com gaze e fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento

de sinais flogísticos ou disfunções orgânicas. Se presentes, comunicar à equipe médica. Anotar as características da área. Datar o curativo (*Enfermeiro*)

- Esvaziar com técnica asséptica a bolsa coletora do sistema de DVE a cada 12 h e antes, caso sejam atingidos 2/3 da bolsa. Anotar o volume drenado e as características do líquido cefalorraquidiano (*Enfermeiro*)
- Trocar o curativo da FO na região parietal esquerda com cl-orexidina degermante a 2% e soro fisiológico a 0,9% em jato 1 vez/dia e sempre que estiver úmido ou sujo. Ocluir o local com gaze estéril, datar e assinar. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos e deiscência. Se presentes, comunicar à equipe médica. Anotar as características da área (*Enfermeiro*)
- Realizar a sondagem nasoenteral à esquerda, quando prescrita (*Enfermeiro*)
- Solicitar à equipe médica a prescrição de dieta enteral em até 24 h. Checar (*Enfermeiro*)
- Autorizar apoio espiritual (visita do padre) sempre que for solicitado (*Enfermeiro*)
- Autorizar visita do pai do paciente no período noturno (*Enfermeiro*)
- Autorizar rodízio dos familiares durante os horários de visita na UTI. (*Enfermeiro*)

CASO CLÍNICO 7.3

Elaboração de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente este caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem identificados e elabore os resultados esperados e as prescrições de enfermagem para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 135).

▪ Identificação (Informante: esposa)

Trata-se de F.M.R., 60 anos, sexo masculino, fazendeiro, casado, 7 filhos, 9 netos.

▪ Necessidades de saúde

História da moléstia atual (HMA)

Paciente admitido na UTI de adultos do hospital X em pós-operatório imediato (POI) de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) com utilização de circulação extracorpórea (CEC) de 65 min e implante de enxerto de safena para coronária direita (CD).

O senhor F.M.R. vinha há 3 meses apresentando dispneia ao mínimo esforço, precordialgias, epigastralgias, parestesias no

membro superior esquerdo (MSE). Procurou atendimento médico e foi encaminhado para cateterismo cardíaco (CAT) no qual foi evidenciada uma obstrução de 75% da artéria coronária direita (CD).

Antes desse período, nunca havia apresentado dor precordial, mas há história de cansaço ao esforço físico no último ano.

História de saúde progressa

É tabagista há 45 anos (12 cigarros/dia), etilista social, portador de diabetes melito (DM) tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Faz controle da pressão arterial e da glicemia na unidade básica de saúde (UBS) próxima de sua residência. Faz uso de captopril à noite (1 comprimido). Nega internações hospitalares ou intervenções cirúrgicas prévias.

História familiar

Positiva para coronariopatia (Pai).

Necessidades psicossociais (Segundo a esposa)

Paciente muito ansioso. Irrita-se com facilidade. Não segue adequadamente as orientações dos profissionais de saúde referentes à regularidade no uso das medicações. Relata esquecimento em ingerir a medicação. Gosta de ouvir música, jogar baralho e tocar violão, reunir-se com a família na fazenda e sente prazer em conversar com os filhos e netos. Considera-se realizado e com boa autoestima, apesar de toda a dificuldade financeira vivenciada no passado. Atualmente, tem uma linda fazenda e exporta café, juntamente com outros fazendeiros da região.

A esposa diz que a autoimagem do paciente ficou muito comprometida após o diagnóstico de “problema no coração”. Ele se percebeu muito fraco e estava com medo de morrer repentinamente.

Necessidades psicoespirituais

É católico e tem o hábito de ir à missa todos os domingos com a esposa.

Necessidades psicobiológicas

Percepção dos órgãos dos sentidos. Não há história de comprometimentos.

Cuidado corporal. Gosta de tomar banho pela manhã (assim que acorda) e escovar os dentes após todas as refeições e antes de dormir.

Hábito de sono e repouso. Preservado. Dorme cerca de 8 h/noite.

Nutrição. Não tem restrições alimentares, e não evita açúcar. Gosta de alimentos gordurosos.

Hidratação. Ingere cerca de 3 l de líquidos por dia.

Mecânica corporal/motilidade/locomoção. Sem déficits prévios.

Exercícios e atividades físicas. É sedentário.

Integridade física/cutaneomucosa. Sem déficits prévios.

Eliminação urinária. Relata poliúria e nictúria. Nega disúria. Diurese límpida.

Eliminação intestinal. Regular, 1 vez/dia.

Terapêutica. Não obedece às restrições alimentares para dieta hipossódica, hipolipídica e para diabéticos.

Sexualidade. Preservada.

Ambiente/abrigo. Reside em área rural. Tem casa própria e apresenta boas condições socioeconômicas.

▪ Solicitações do paciente/da família

Que a equipe autorize os familiares a ficarem com o paciente assim que ele “acordar” e que permita que os filhos e os netos entrem na UTI para visitá-lo. Todos estão muito ansiosos.

▪ Exame físico

Regulação neurológica. Ramsay de 6.

Hidratação corporal e regulação térmica. Mucosas oculares e oral ressecadas e hipocoradas (+ 3/+ 4), pele fria, anictérico, hipotérmico (35°C).

Cuidado corporal e integridade tegumentar. Peso corporal à admissão: 75 kg. Higiene corporal inadequada (presença de polivinil iodopirrolidona [PVPI] no tórax, no pescoço e no membro inferior esquerdo). Necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para realizar a higiene corporal e bucal.

Segmento de cabeça e pescoço. Ausência de rigidez de nuca. Presença de tubo orotraqueal (TOT). Pupilas isocóricas, mióticas (medindo aproximadamente 1 cm), arredondadas e fotorreativas. Ausência de desvio de septo. Presença de acesso venoso central na jugular interna esquerda (JIE).

Hábitos alimentares. Dieta suspensa.

Tórax. Ferida operatória (FO) e dreno de tórax (selo d'água) na região esternal com exsudação sanguinolenta (feito curativo oclusivo com gaze e fita hipoalergênica). Drenagem mediastinal aumentada (primeira hora com 300 ml de drenagem sanguinolenta).

Oxigenação. Em ventilação mecânica (VM) controlada (FR = 15 irpm). $FiO_2 = 100\%$, $SatO_2 = 89\%$. Expansão torácica simétrica. Murmúrio vesicular fisiológico (MVF). Roncos bibasais esparsos. Secreção traqueal clara e fluida em pequena quantidade.

Regulação vascular. Taquicárdico (124 bpm), bulhas normorítmicas e normofonéticas (BNRNF). Pulsos periféricos filiformes. Pressão arterial média (PAM) de 55 mmHg. Pressão venosa central (PVC) de 2 mmHg

Regulação abdominal. Abdome globoso, normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo diminuído. Ausência de visceromegalias.

Genitália. Sem comprometimentos.

Regulação urinária. Presença de 40 ml de hematúria no sistema fechado da sonda vesical de demora (SVD).

Regulação intestinal. Eliminação intestinal ausente. Primeiro dia.

Extremidades. Acesso venoso periférico no membro superior direito (MSD) puncionado no Centro Cirúrgico. Tempo de enchimento capilar de 7 s. Cianose de extremidades. Ausência de movimentação e de reação aos estímulos táteis e dolorosos nos membros. Presença de cateter de monitoração de pressão intra-arterial no membro superior direito (MSE). Ferida operatória (safenectomia) no membro inferior esquerdo (MIE).

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

Glicemia capilar = 50 mg/dl, hemoglobina = 5,0 g/dl (após transfusão). PaCO₂ = 48 mmHg; PaO₂ = 60 mmHg.

▪ Outras informações relevantes

Sangramento aumentado durante o procedimento cirúrgico, sendo administradas 2 Ui (unidades) de concentrado de hemácia no bloco cirúrgico (BC).

▪ Resolução

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE), resultados esperados (RE) e prescrições de enfermagem (PE) relacionados com o Caso clínico 7.3. Avalie se você chegou aos DE, RE e PE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem e resultados esperados relacionados com as Necessidades Psicobiológicas

DE = Débito cardíaco diminuído relacionado à hipovolemia evidenciado por hipocoloração e ressecamento das mucosas oculares e oral, taquicardia (FC = 124 bpm), pulsos periféricos filiformes, tempo de enchimento capilar de 5 s. PAM de 55 mmHg, PVC = 2 mmHg, hemoglobina = 5,0 g/dl.

RE = O paciente apresentará melhora do débito cardíaco em até 1 h.

DE = Troca de gases prejudicada relacionada a desequilíbrio na ventilação-perfusão e transporte prejudicado de hemoglobina evidenciada por $\text{SatO}_2 = 89\%$, hemoglobina = 5 mg/dl, cianose de extremidades, $\text{PaCO}_2 = 48$ mmHg; $\text{PaO}_2 = 60$ mmHg.

RE = O paciente apresentará melhora da troca de gases em até 1 h.

DE = Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada a secreções retidas evidenciada por presença de roncos esparsos durante ausculta pulmonar e secreção traqueal clara e fluida em pequena quantidade.

RE = O paciente apresentará as vias aéreas desobstruídas após a aspiração traqueal.

DE = Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a hipovolemia evidenciada por pulsos periféricos filiformes, tempo de enchimento capilar de 7 s, PAM de 55 mmHg, hipocoloração e ressecamento das mucosas oculares e oral.

RE = O paciente apresentará melhora da perfusão tissular periférica em até 1 h.

DE = Integridade tissular prejudicada relacionada ao procedimento cirúrgico evidenciada pela presença de FO na região esternal e no membro inferior esquerdo (MIE).

RE = O paciente apresentará a integridade da pele restaurada em até 10 dias.

DE = Mobilidade física prejudicada relacionada à sedação instituída no bloco cirúrgico evidenciada por ausência de movimentação dos membros.

RE = O paciente apresentará mobilidade física otimizada após término do efeito dos sedativos.

DE = Proteção ineficaz relacionada aos perfis sanguíneos anormais e exposição ambiental evidenciada por hemoglobina = 5,0 g/dl, glicemia capilar = 50 mg/dl, PaCO₂ = 48 mmHg.

RE = O paciente apresentará os perfis sanguíneos normais em até 24 h.

DE = Hipotermia relacionada a procedimento cirúrgico e ambiente do bloco cirúrgico evidenciada por temperatura axilar de 35°C.

RE = O paciente apresentará elevação da temperatura corporal em até 1 h.

DE = Déficit no autocuidado para banho relacionado ao prejuízo perceptivo e cognitivo evidenciado pela necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para ser realizada a higienização corporal e presença de PVPI no tórax, no pescoço e no MIE.

RE = O paciente irá ter sua higiene realizada pela equipe de enfermagem em até 12 h.

DE = Risco de glicemia instável relacionado ao estado de saúde física e à dieta suspensa.

RE = O paciente manterá sua taxa de glicemia dentro dos parâmetros normais durante sua internação da UTI.

DE = Risco de infecção relacionado a presença de procedimentos invasivos (acesso venoso central na JIE, acesso venoso

periférico no MSD, de TOT, de SVD) e de FO na região esternal e no MIE e exposição ambiental aumentada a patógenos.

RE = O paciente apresentará diminuição do risco de adquirir infecção durante sua permanência na UTI.

DE = Risco de disfunção neurovascular periférica relacionado à presença do cateter de monitoração da PIA no MSE.

RE = O paciente não apresentará disfunção neurovascular periférica durante a manutenção do cateter para monitoração da PIA.

DE = Risco de constipação relacionado à mudança de ambiente e dos padrões habituais da vida diária.

RE = O paciente não terá constipação intestinal durante sua permanência na UTI.

DE = Risco de síndrome do desuso relacionado ao nível de consciência alterado (Ramsey de 6).

RE = O paciente não apresentará síndrome do desuso durante sua permanência na UTI.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com as Necessidades Psicossociais

DE = Processos familiares interrompidos, relacionados a internação hospitalar evidenciados pela mudança em seus rituais com a família.

RE = O paciente manterá contato com seus familiares durante sua permanência na UTI.

DE = Risco de solidão relacionado a hospitalização.

RE = O paciente terá diminuição do risco de apresentar solidão durante sua permanência na UTI.

Diagnósticos de enfermagem relacionados com as Necessidades Psicoespirituais

DE = Risco de religiosidade prejudicada relacionada à hospitalização.

RE = O paciente terá a diminuição do risco de apresentar sua religiosidade prejudicada durante sua permanência na UTI.

Exemplos de prescrições de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem e resultados esperados elaborados

- Monitorar constantemente e registrar FC de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que 50 ou maior que 124 bpm. Atentar para alargamento do complexo QRS no monitor e aparecimento de extrassístoles ventriculares (ESV) sustentadas
- Aferir e registrar a PAM de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se PAM < 60 mmHg
- Realizar ausculta cardíaca de 6/6 h, e se houver hipotensão, alargamento de QRS e ESV. Atentar para a presença de atrito pericárdico e hipofonese de bulhas cardíacas (*Enfermeiro*)
- Realizar e monitorar balanço hídrico (BH) de 12/12 h
- Realizar ausculta respiratória de 1/1 h e quando o paciente apresentar queda de SatO₂ para menos de 90%, uso de musculatura acessória e aumento da frequência respiratória para mais que 15 irpm. Atentar para a presença de roncos e crepitações. Comunicar ao enfermeiro o aparecimento dessas evidências

- Aspirar TOT, nasofaringe e orofaringe do paciente (nesta ordem) agora e quando detectar a presença de roncos e crepitações à ausculta pulmonar. Anotar o aspecto, a quantidade e o odor da secreção pulmonar. Comunicar as características da secreção traqueal ao enfermeiro da UTI
- Monitorar continuamente e registrar a FR de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se a FR for maior que 15 irpm, ou se o paciente apresentar $\text{SatO}_2 < 90\%$, tiragens intercostais e batimento de aletas nasais (BAN)
- Manter o paciente em posição de Fowler com cabeceira elevada a 45° . Atentar para níveis pressóricos. Se PAM menor que 60 mmHg, comunicar ao enfermeiro
- Anotar o volume urinário e o aspecto da urina da paciente de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro valores inferiores a 50 ml/h e superiores a 200 ml/h
- Aquecer os MMII do paciente com algodão ortopédico e realizar enfaixamento. Permitir a visualização dos artelhos. Realizar a troca das faixas e do algodão diariamente; datar e assinar
- Avaliar e registrar o tempo de enchimento capilar dos MMSS e MMII de 1/1 h. Ficar atento ao aparecimento de áreas de isquemia nos MM, sobretudo no MSE. Registrar parecer
- Realizar os curativos da esternotomia, do orifício do dreno mediastinal e da safenectomia com clorexidina degermante a 2% e soro fisiológico a 0,9%, 1 vez/dia e sempre que estiverem úmidos ou sujos. Ocluir com gaze estéril. Datar e assinar. Atentar para sinais flogísticos e deiscência. Se presentes, comunicar à equipe médica. Anotar as características da área (*Enfermeiro*)
- Realizar descompressão das proeminências ósseas do paciente de 3/3 h
- Aplicar creme de ureia a 10% no corpo do paciente após o banho, de 8/8 h e sempre que a pele estiver ressecada

- Monitorar os resultados do hemograma a cada 12 h. Se a hemoglobina estiver inferior a 12 g/dl comunicar à equipe médica (*Enfermeiro*)
- Realizar a ordenha do dreno de selo d'água instalado na região esternal de 15/15 min na primeira hora e de 1/1 h nas horas subsequentes. Comunicar ao enfermeiro se drenagem for superior a 100 ml/h
- Avaliar o valor da glicemia capilar de 1/1 h. Se glicemia inferior a 70 ou superior a 110 mg/dl, comunicar ao enfermeiro
- Verificar e registrar o valor da temperatura axilar de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se valor estiver acima de 38,3°C e abaixo de 36°C
- Dar banho de aspersão no paciente 1 vez/dia, após liberação do enfermeiro, e sempre que houver sujidades no corpo e persistência da febre. Auscultar o tórax do paciente antes do banho e, se houver roncosp, aspirar secreção traqueal antes de iniciar o procedimento. Atentar para queda de saturação (abaixo de 90%) durante o banho; comunicar ao enfermeiro
- Trocar a fixação do cateter da PIA diariamente. Utilizar álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos e disfunção orgânica. Comunicar ao enfermeiro. Anotar parecer
- Trocar a fixação do cateter venoso periférico diariamente. Utilizar álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos; comunicar ao enfermeiro. Anotar as características da área de inserção do cateter
- Trocar o curativo do acesso venoso central hoje, a cada 7 dias e antes, caso esteja sujo, úmido ou solto. Lavar a área com clorexidina degermante a 2% e soro fisiológico a 0,9%, secar o local com gaze e aplicar filme transparente. Atentar para o

aparecimento de sinais flogísticos e disfunção orgânica. Datar o curativo. Anotar as características da área (*Enfermeiro*)

- Trocar o curativo da área de inserção do dreno de selo d'água diariamente e sempre que estiver sujo, úmido ou solto. Lavar a área com clorexidina degermante a 2% e soro fisiológico a 0,9%, secar e aplicar gaze com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos e disfunção orgânica. Datar o curativo. Anotar as características da área (*Enfermeiro*)
- Trocar o selo d'água de maneira asséptica a cada 12 h. Preencher o frasco coletor com 500 ml de ABD estéril, de modo a atingir a marca do nível mínimo obrigatório. Checar e anotar a quantidade e o aspecto do líquido drenado
- Manter o sistema fechado da SVD abaixo da altura da bexiga
- Realizar a higiene oral do paciente com creme dental diluído em água filtrada de 4/4 h e sempre que detectar halitose e sujidades na cavidade oral
- Manter as traqueias do respirador abaixo da altura do TOT
- Manter a pressão do balonete (*cuff*) do TOT em 20 mmHg. Checar a insuflação a cada 12 h e antes, caso detecte a emissão de ruídos pelo paciente (*Enfermeiro*)
- Desprezar a água condensada no circuito do respirador sempre que estiver presente
- Monitorar a frequência da eliminação intestinal do paciente. Comunicar ao enfermeiro caso o paciente não evacue durante o plantão de 12 h
- Inspeccionar, auscultar, percutir e palpar o abdome do paciente (nessa ordem) diariamente. Atentar para a presença de massas na região abdominal, diminuição dos RHA e produção de som de macicez durante a percussão da parede abdominal (*Enfermeiro*)
- Autorizar a entrada da esposa e o rodízio dos filhos e dos netos para a visita (*Enfermeiro*)

- Permitir visitas dos familiares fora do horário padrão (*Enfermeiro*)
- Autorizar apoio espiritual (visita do padre) sempre que for solicitado. (*Enfermeiro*)

CASO CLÍNICO 7.4

Elaboração de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem

Caso clínico fundamentado na Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro

Leia atentamente este caso clínico e reflita sobre a fisiopatologia das evidências apresentadas pelo paciente, anote os diagnósticos de enfermagem detectados e elabore os resultados esperados e prescrições de enfermagem para que esses problemas sejam solucionados e/ou minimizados. Em seguida, compare seu exercício com o que está descrito no item Resolução (p. 144).

▪ Fatores pessoais (Informante: o filho)

Trata-se de M.T.S., do sexo feminino, 70 anos, aposentada.

▪ Queixa principal (QP)

A paciente deu entrada na UTI em pós-operatório imediato (POI) de troca de valva aórtica e plastia de valva mitral. Circulação extracorpórea (CEC) de 60 min.

▪ Estado de saúde

Nos últimos 5 dias, evoluiu com quadro de taquidispneia, oligúria, edema de membros e prostração. Foi encaminhada para consulta médica, tendo sido constatada a presença de sopro sistólico aórtico e mitral. Realizou ecocardiograma: presença de estenose aórtica, insuficiência mitral, aumento do ventrículo esquerdo e uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) diminuída. Há 2 dias, foi encaminhada para internação hospitalar e hoje foi submetida à cirurgia cardíaca.

▪ Dados relacionados com os Desvios de Saúde

Acuidades visual e auditiva diminuídas pelo envelhecimento. Sedentária, obesa (85 kg), hipertensa, tabagista há 47 anos (fuma aproximadamente 15 cigarros/dia). É portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Há 20 anos foi submetida a uma troca de valva aórtica (AO), com implante de prótese mecânica. Vem apresentando episódios recorrentes de infecções de garganta e

pulmonar nos últimos 5 anos. Relato de 4 internações prévias decorrentes de infecção pulmonar, sendo a última há 1 ano.

▪ Dados relacionados com os Requisitos Universais

Ar. É tabagista. Apresenta dispneia ao mínimo esforço. Há relato também de apresentar quadro recorrente de infecção de garganta e pulmonar.

Água e alimentos. Hábito alimentar diminuído nos últimos 5 dias por causa do cansaço. Tem preferência por carnes vermelhas. Realiza 4 refeições por dia. Ingera cerca de 1 l de líquidos por dia.

Atividade. É sedentária.

Repouso. Dorme cerca de 9 h por noite. Tem o hábito de dormir após o almoço. Prefere dormir em decúbito lateral direito. Hábito de sono prejudicado em razão de dispneia paroxística noturna.

Solidão e interação social. É muito calma, alegre, praticante da religião católica. Frequenta a igreja 3 vezes na semana, sendo esta a sua atividade de lazer.

Histórico familiar. Viúva há 10 anos, tem 6 filhos e 10 netos. História familiar positiva para hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Perigos para a vida e o bem-estar. Obesidade, idade avançada, tabagismo, quadros recorrentes de infecções de garganta e pulmonar. Relata uso irregular de antiagregantes plaquetários.

Padrões de vida. Gosta muito de rezar e assistir aos canais Rede Vida e Canção Nova (programas relacionados com a sua espiritualidade).

Orientação sociocultural. Aposentada. Trabalhava em um cartório. Estudou até o ensino médio. É natural de Teófilo Otoni – MG.

Disponibilidade de recursos. Boa condição socioeconômica (classe média).

Fatores ambientais relevantes. Mora em residência própria com saneamento básico adequado.

Processos de eliminação. Não apresentava déficit de autocuidado associado à eliminação intestinal (hábito regular, 1 vez/dia). Hábito urinário reduzido nos últimos 5 dias. Não há história de disúria. Há relato de urina com aspecto mais amarelado.

Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano. Relata que nos últimos dias apresentava déficit no autocuidado associado à higienização corporal ou bucal decorrente do cansaço.

▪ Dados relacionados com o Autocuidado de Desenvolvimento

Viúva há 10 anos (marido faleceu em decorrência de acidente automobilístico). Nos últimos dias, não conseguia deambular sozinha por causa da dispneia.

▪ Exame físico

Estado geral. Paciente obesa, anictérica, cianótica, hipotérmica (temperatura axilar [Tax] = 35°C), mucosas oculares hipocoradas (+3/+4) e com umidade reduzida.

Sistema neurológico. Ramsey de 6.

Higiene. Comprometida (presença de PVPI no tórax).

Segmento de cabeça e pescoço. Pupilas isocóricas, circulares, fotorreativas e mióticas. Presença de tubo orotraqueal (TOT). Acesso venoso central em jugular interna direita (JID) (1º dia) (sem sinais flogísticos ou disfunção orgânica). Mucosa oral ressecada.

Hábito alimentar. Dieta suspensa.

Tórax. Simétrico. Presença de dreno de tórax à esquerda (50 ml de drenagem sanguinolenta na primeira hora) e mediastinal (60 ml de drenagem sanguinolenta na primeira hora). Ferida operatória na região esternal sem sinais flogísticos.

Sistema respiratório. Murmúrios vesiculares (MV) diminuídos nas bases pulmonares, presença de roncos apicais, FR = 15 irpm, ventilação mecânica (VM) controlada, PEEP = 5 cmH₂O, FiO₂ = 80%, SatO₂ = 88%. Aspirado de secreção traqueal clara e fluida em grande quantidade.

Sistema cardiovascular. *Ictus* cardíaco propulsivo (medida de 3 polpas digitais). Bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BNRNF). Pulso filiforme, pressão intra-arterial (PIA) = 50 mmHg, pressão venosa central (PVC) = 2 mmHg, FC = 110 bpm.

Sistema gastrintestinal. Abdome globoso, normotenso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo presente, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito (RCD).

Genitália. Sem comprometimentos.

Hábito urinário. Diurese hematórica (20 ml no sistema fechado da sonda vesical de demora [SVD]).

Hábito intestinal. Ausente hoje, primeiro dia.

MMSS e MMII. Acesso venoso periférico no membro superior direito (MSD) (3º dia) sem sinais flogísticos ou disfunção orgânica. Tempo de enchimento capilar de 6 s. Cianose periférica (+ 2/+ 4). Presença de cateter de PIA no membro superior esquerdo (MSE) (1º dia), sem sinais flogísticos.

Região dorsal. Presença de hiperemia na região sacral.

▪ Exames complementares

Exames laboratoriais alterados

$\text{PaCO}_2 = 55 \text{ mmHg}$; $\text{PaO}_2 = 60 \text{ mmHg}$; hemoglobina = 6,9 g/dl; hematócrito = 3.000.000/mm³; plaquetas = 100.000/mm³.

▪ Solicitações dos familiares

Que a equipe autorize os filhos a entrarem na UTI para visitá-la.

- **Demandas terapêuticas de autocuidado apresentadas pela paciente e pelos familiares**

Sistema totalmente compensatório. Por causa do efeito da sedação instituída, a paciente está totalmente dependente dos cuidados de enfermagem.

Sistema de apoio e instrução. A família necessita de orientações acerca da recuperação cirúrgica e do funcionamento da UTI.

- **Resolução**

A seguir foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (DE), resultados esperados (RE) e prescrições de enfermagem (PE) relacionados com o Caso clínico 7.4. Avalie se você chegou aos DE, RE e PE listados pelas autoras.

Diagnósticos de enfermagem e resultados esperados

DE = Débito cardíaco diminuído relacionado a hipovolemia e pós-carga diminuída evidenciado por ictus cardíaco propulsivo, pulso filiforme, PIA = 50 mmHg, PVC = 2 mmHg, FC = 110 bpm,

tempo de enchimento capilar = 6 s, cianose periférica, hipocoloração e ressecamento de mucosas e hemoglobina = 6,9.

RE = A paciente apresentará aumento do débito cardíaco em até 1 h.

DE = Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada a secreções retidas e a presença de via aérea artificial evidenciada por secreção traqueal clara e fluida em grande quantidade, presença de TOT e roncos apicais.

RE = A paciente apresentará as vias aéreas pérvias em até 48 h.

DE = Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio da ventilação-perfusão evidenciada por $\text{SatO}_2 = 88\%$ com $\text{FiO}_2 = 100\%$, $\text{PCO}_2 = 55 \text{ mmHg}$, $\text{PO}_2 = 60 \text{ mmHg}$, cianose de extremidades.

RE = A paciente apresentará melhora da troca de gases em até 1 h.

DE = Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a hipovolemia evidenciada por cianose de extremidades, pulso filiforme, $\text{PIA} = 50 \text{ mmHg}$, tempo de enchimento capilar de 6 s, cianose periférica, hipocoloração e ressecamento das mucosas.

RE = A paciente apresentará melhora da perfusão tissular periférica em até 4 h.

DE = Proteção ineficaz relacionada a perfis sanguíneos anormais e imobilização cirúrgica evidenciada por hemoglobina = 6,9 g/dl; hematócrito = $3.000.000/\text{mm}^3$; plaquetas = $100.000/\text{mm}^3$ e hiperemia na região sacral.

RE = A paciente apresentará melhora da proteção em até 24 h.

DE = Integridade da pele prejudicada relacionada a imobilização cirúrgica, idade avançada e circulação alterada evidenciada por hiperemia na região sacral.

RE = A paciente apresentará a integridade da pele restaurada em até 3 dias.

DE = Integridade tissular prejudicada relacionada ao procedimento cirúrgico evidenciada por ferida operatória (FO) na região esternal.

RE = A paciente apresentará a integridade tissular restaurada em até 10 dias.

DE = Déficit no autocuidado para banho relacionado a sedação instituída evidenciado por presença de PVPI na região torácica.

RE = A paciente irá ter sua higienização realizada pela equipe de enfermagem em até 6 h.

DE = Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos (dreno de tórax e de mediastino, TOT, VM, SVD, PIA, acesso venoso central e periférico), FO na região esternal e exposição ambiental aumentada a patógenos.

RE = A paciente não apresentará infecção relacionada com a presença dos dispositivos invasivos, de ruptura da pele e exposição aumentada a patógenos durante sua internação.

DE = Hipotermia relacionada ao procedimento cirúrgico e ao ambiente do bloco cirúrgico evidenciado por Tax de 35°C.

RE = A paciente apresentará a temperatura corporal normalizada em até 1 h.

DE = Risco de religiosidade prejudicada relacionada à hospitalização hospitalar.

RE = A paciente terá diminuição do risco de apresentar sua religiosidade prejudicada, durante sua permanência na UTI.

DE = Processos familiares interrompidos relacionados à internação hospitalar e ao prejuízo perceptivo e cognitivo evidenciados pela impossibilidade de ficar com os filhos em tempo integral na UTI.

RE = A paciente manterá contato diário com a família durante a sua permanência na UTI.

DE = Risco de constipação relacionado à mudança de ambiente.

RE = A paciente não apresentará constipação durante sua permanência na UTI.

DE = Risco de disfunção neurovascular periférica relacionado à presença de cateter de monitoração da PIA no MSE.

RE = A paciente não apresentará disfunção neurovascular periférica durante manutenção da PIA no MSE.

DE = Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada ao procedimento cirúrgico evidenciada pelo fato de a dieta estar suspensa.

RE = A paciente receberá dieta nas próximas 24 h.

DE = Risco de solidão relacionado à hospitalização.

RE = A paciente terá diminuição do risco de se sentir só durante sua permanência na UTI.

DE = Manutenção ineficaz da saúde relacionado a uso medicamentoso irregular e comorbidades para doenças cardíacas evidenciado pelo relato da paciente de não estar tomando os antiagregantes plaquetários, pelo sedentarismo e pelo tabagismo.

RE = A paciente e os familiares receberão orientações e apoio referentes à necessidade de uma manutenção eficaz da saúde durante preparação para a alta da UTI.

Exemplos de prescrições de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem elaborados

- Monitorar constantemente e registrar FC de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que 50 ou maior que 110 bpm. Atentar para alargamento do complexo QRS no monitor e aparecimento de extrassístoles ventriculares (ESV) sustentadas

- Aferir e registrar a PAM de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro se PAM menor que 60 mmHg
- Realizar ausculta cardíaca a cada 6 h e se houver hipotensão, alargamento de QRS e ESV. Atentar para a presença de hipofonese de bulhas cardíacas (*Enfermeiro*)
- Realizar e monitorar o balanço hídrico (BH) a cada 12 h
- Realizar ausculta respiratória de 1/1 h e se $\text{SatO}_2 < 90\%$, uso de musculatura acessória e aumento da FR (maior que 15 irpm). Atentar para a presença de roncos. Comunicar ao enfermeiro o aparecimento dessas evidências
- Aspirar TOT, nasofaringe e orofaringe da paciente (nesta ordem) agora e quando detectar, à ausculta pulmonar, roncos e crepitações. Anotar o aspecto, a quantidade e o odor da secreção pulmonar. Comunicar as características da secreção traqueal ao enfermeiro da UTI
- Monitorar continuamente e registrar de 1/1 h a FR. Comunicar ao enfermeiro se FR for maior que 15 irpm, $\text{SatO}_2 < 90\%$, e se houver presença de tiragens intercostais e batimento de aletas nasais (BAN)
- Manter o paciente em posição de Fowler com a cabeceira elevada a 40° . Atentar para níveis pressóricos. Se PAM menor que 60 mmHg, comunicar ao enfermeiro
- Anotar o volume urinário e o aspecto da urina da paciente de 1/1 h. Comunicar ao enfermeiro valores inferiores a 50 ml/h e superiores a 200 ml/h, manutenção e aumento da hematúria
- Aquecer MMII com algodão ortopédico e realizar enfaixamento. Permitir a visualização dos artelhos. Realizar a troca das faixas e algodão diariamente; datar e assinar
- Avaliar e registrar o tempo de enchimento capilar dos MMSS e MMII de 1/1 h. Ficar atento ao aparecimento de áreas de isquemia nos MM, sobretudo no MSE

- Monitorar os resultados do hemograma a cada 12 h. Se hemoglobina inferior a 12 g/dl, hematócrito inferior a 36%, plaquetas inferiores a 130.000/ml e albumina inferior a 3,5 g/dl, comunicar à equipe médica (*Enfermeiro*)
- Realizar a ordenha dos drenos de tórax e de mediastino a cada 15 min na primeira hora e a cada 1 h nas horas subsequentes. Comunicar ao enfermeiro se drenagem estiver superior a 100 ml/h
- Aplicar um curativo de hidrocoloide, placa de 10 × 10 na região sacral hoje. Trocá-lo a cada 7 dias e antes, se estiver sujo, úmido ou solto (*Enfermeiro*)
- Realizar os curativos da esternotomia e dos locais de inserção dos drenos com clorexidina degermante a 2% e SF0,9%, 1 vez/dia e sempre que estiver úmido, solto ou sujo. Ocluir com gaze estéril. Datar e assinar. Atentar para sinais flogísticos e deiscência. Se surgirem, comunicar à equipe médica. Anotar as características da área (*Enfermeiro*)
- Trocar o selo d'água dos drenos de tórax e de mediastino de maneira asséptica a cada 12 h. Preencher o frasco coletor com 500 ml de ABD estéril, de modo a atingir a marca do nível mínimo obrigatório. Checar e anotar quantidade e aspecto do líquido drenado
- Dar banho de aspersão na paciente 1 vez/dia após liberação do enfermeiro e sempre que houver sujidades no corpo. Auscultar o tórax da paciente antes do banho e, se houver roncosp ou crepitações, aspirar a secreção traqueal antes de iniciar o procedimento. Atentar para queda de saturação (abaixo de 90%) durante o banho; comunicar ao enfermeiro
- Trocar a fixação do cateter de monitoração da PIA diariamente. Utilizar álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos e disfunção orgânica; comunicar ao enfermeiro. Anotar as características da área de inserção do cateter

- Trocar a fixação do cateter venoso periférico diariamente. Utilizar álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalergênica. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos; comunicar ao enfermeiro. Anotar as características da área de inserção do cateter
- Trocar o curativo do acesso venoso central 1 vez/dia e sempre que estiver sujo, úmido ou solto. Limpar a área com clorexidina degermante a 2% e SF a 0,9%, secar com gaze e aplicar filme transparente. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos (dor, calor, hiperemia, edema, rubor e disfunção orgânica). Anotar as características da área. Datar o curativo (*Enfermeiro*)
- Manter o sistema fechado da SVD abaixo da altura da bexiga
- Realizar a higiene oral da paciente com creme dental diluído em água filtrada de 4/4 h e sempre que detectar halitose e sujidades na cavidade oral
- Manter as traqueias do respirador abaixo da altura do TOT
- Manter a pressão do balonete (*cuff*) do TOT em 20 mmHg. Checar a insuflação a cada 12 h e antes, caso detecte a emissão de ruídos pela paciente (*Enfermeiro*)
- Desprezar a água condensada no circuito do respirador sempre que estiver presente
- Colocar manta térmica na paciente agora. Checar temperatura a cada 30 min. Registrar. Comunicar ao enfermeiro se o valor estiver acima de 38,3°C e abaixo de 36°C
- Autorizar apoio espiritual sempre que for solicitado (*Enfermeiro*)
- Autorizar a entrada e o rodízio dos filhos e dos netos para a visita (*Enfermeiro*)
- Monitorar a frequência de eliminação intestinal da paciente. Comunicar ao enfermeiro caso a paciente não evacue durante o plantão de 12 h

- Inspeccionar, auscultar, percutir e palpar o abdome da paciente diariamente. Atentar para presença de massas na região abdominal, diminuição dos ruídos hidroaéreos (RHA) e produção de som de macicez durante a percussão da parede abdominal (*Enfermeiro*)
- Solicitar à equipe médica a prescrição de dieta em até 24 h
- Preparar um programa de orientação para ser dado à família e à paciente relacionado com a necessidade de um controle terapêutico eficaz, no momento da alta da UTI. (*Enfermeiro*)

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Qual é a quarta fase do processo de enfermagem?
2. Em que devem ser baseadas as prescrições de enfermagem?
3. Quais são os itens necessários para uma prescrição de enfermagem?
4. Em que devem ser centradas as prescrições de enfermagem? Por quê?
5. O que é a NIC? Quando ela começou a ser elaborada?
6. Por que a NIC foi criada?
7. Por que a padronização de tratamentos é importante?
8. Como a NIC é estruturada?
9. Como utilizar a NIC em associação com os diagnósticos de enfermagem?
10. O que são as intervenções prioritárias, sugeridas e optativas da NIC?
11. Como utilizar a NIC por áreas de especialidade?
12. O que é a PBE?
13. Quais são os tipos de evidências? O que elas representam?
14. Quais são os graus de recomendação das pesquisas?

15. Por que a PBE pode conferir maior segurança aos pacientes?



8



Quinta Etapa do Processo de Enfermagem: Avaliação da Assistência de Enfermagem

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**

Avaliação: estrutura, processo e resultado
Questões para fixação do conteúdo

The image shows a tilted, pink-tinted document, likely a form or a page from a book. The document is oriented diagonally, with the top-left corner pointing towards the upper right of the page. It contains a dense grid of text and lines, suggesting a structured layout such as a table or a series of forms. The text is too small and faint to be legible, but the overall appearance is that of a technical or administrative document. The document is set against a plain white background.

A avaliação cuidadosa, deliberada e detalhada de vários aspectos do atendimento ao paciente é a chave para a excelência no fornecimento do atendimento de saúde.

Rosalinda Alfaro-LeFevre

▪ Avaliação: estrutura, processo e resultado

A avaliação ou evolução é a quinta etapa do processo de enfermagem e, segundo Stanton, Paul e Reeves (1993), pode-se concebê-la levando-se em conta a estrutura, o processo e o resultado.

- A avaliação de estrutura está relacionada com a adequação dos recursos físicos e materiais, bem como com os modelos de organização
- A avaliação de processo centraliza o foco nas atividades da equipe de enfermagem, que são observadas e julgadas
- A avaliação de resultado trata da evolução baseada em mudanças comportamentais.

A avaliação da assistência de enfermagem consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados, por meio de anotações no prontuário ou nos locais próprios, da observação direta da resposta do paciente à terapia proposta, bem como do relato do paciente.

Para Sparks e Taylor (2007), nessa fase do processo de enfermagem (PE), o enfermeiro avalia a eficácia da prescrição de enfermagem, respondendo a questões como estas: como o paciente progrediu em termos dos resultados esperados (RE)? O paciente apresenta novas necessidades? A prescrição precisa ser revista?

Desse modo, o enfermeiro avalia o progresso do paciente, institui medidas corretivas e, se necessário, revê a prescrição de enfermagem.

A avaliação cuidadosa, deliberada e detalhada de vários aspectos do atendimento ao paciente é a chave para a excelência no fornecimento do atendimento de saúde (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Cabe reforçar que, mesmo sendo considerada a última etapa do processo de enfermagem, a avaliação não o conclui, pois deve levar à reavaliação, que resulta em reinício do processo (STANTON; PAUL; REEVES, 1993).

A Figura 8.1 esquematiza as etapas do processo de enfermagem.

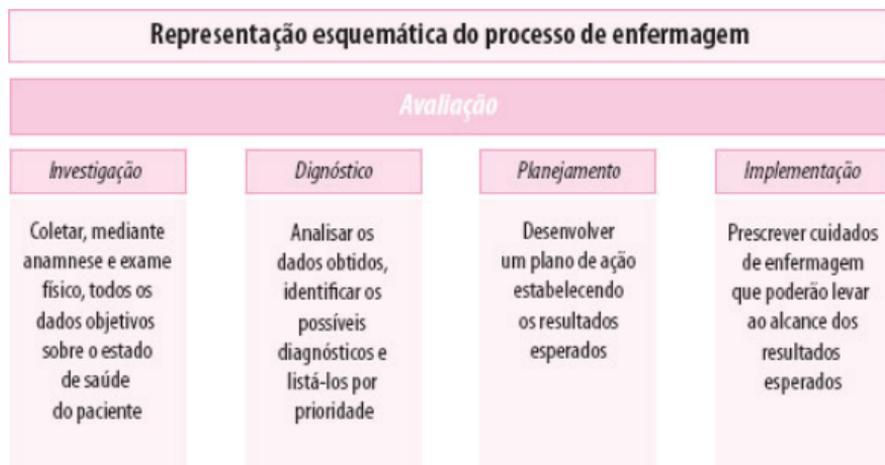


Figura 8.1

Representação esquemática das etapas do processo de enfermagem.

A etapa de avaliação é realizada durante a execução do exame físico diário pelo enfermeiro e a cada novo contato com o paciente. Os dados são registrados no prontuário e, após a coleta de informações, os diagnósticos devem ser reavaliados e, quando necessário, reatualizados.

O mesmo procedimento deve ser realizado com os resultados esperados e com as prescrições de enfermagem.

Carpenito-Moyet (2009) ressalta que o profissional enfermeiro é responsável pela avaliação diária do estado e da evolução do paciente a fim de que se alcancem os resultados.

Ao avaliar a assistência prestada, o enfermeiro deve se perguntar se foram alcançados os resultados esperados para o paciente.

Em caso de melhora, o enfermeiro deve avaliar o que foi feito, a fim de que possa apreender cada vez mais as melhores estratégias a serem adotadas para ajudar o ser de quem ele cuida.

Em caso de piora ou manutenção do quadro, deve perguntar-se onde ocorreu a falha, uma vez que a coleta de dados pode ter sido incompleta, o aprazamento para o alcance do resultado esperado pode ter sido equivocado, ou as ações de enfermagem podem não ter sido adequadas.

Além disso, em razão da gravidade e da complexidade do caso podem ter ocorrido fatores inerentes aos cuidados de enfermagem que tenham impossibilitado o alcance do resultado esperado.

Cabe ainda ressaltar que o enfermeiro deve sempre avaliar as consequências das ações de enfermagem previstas. Ele deve aprender tanto com os resultados positivos quanto com os negativos, ampliando seus conhecimentos em prol de um atendimento de enfermagem de qualidade.

A fase de avaliação, com as atividades que lhe são inerentes, talvez seja a dimensão mais importante do processo de

enfermagem. A avaliação do progresso do paciente em comparação com o padrão de cuidados de enfermagem inclui a responsabilização pelo nível de cuidados (THELAN *et al.*, 1994).

Alfaro-LeFevre (2005) menciona que o acompanhamento criterioso dos vários aspectos do cuidado dispensado ao paciente constitui a chave para a excelência no oferecimento de cuidados de saúde e, sendo assim, pode vir a fazer a diferença entre práticas de cuidados destinadas a repetir erros e práticas de cuidados seguras, eficientes e que buscam o aperfeiçoamento.

Ao realizar a avaliação diária, o enfermeiro irá detectando os cuidados que devem ser mantidos, os que devem ser modificados e os que já podem ser finalizados, ou seja, aqueles que já suprimiram as necessidades do paciente.

Sparks e Taylor (2007) afirmam que os enfermeiros devem se fazer as seguintes perguntas: a condição do paciente melhorou, piorou ou permaneceu a mesma? Os diagnósticos de enfermagem são precisos? As necessidades de enfermagem do paciente foram atendidas? O paciente alcançou os resultados esperados, ou devo revê-los? Quais ações de enfermagem devo rever? Devo reordenar as prioridades?

Além disso, a necessidade de informações sobre os resultados dos pacientes que foram influenciados pelos cuidados de enfermagem aumenta à medida que as organizações se reestruturam para melhorar a eficiência (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Segundo as mesmas autoras, sem esses dados as instituições teriam pouca informação na qual embasar as decisões relativas a ajustes do misto de funcionários, determinação da eficiência de custos de mudanças estruturais ou processuais no sistema de oferecimento de cuidados de enfermagem ou do oferecimento de informações sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Qual é a quinta etapa do processo de enfermagem?
2. Em que consiste a avaliação de enfermagem?
3. Quando deve ser realizada a avaliação dos pacientes?
4. Como o enfermeiro deve realizar a avaliação dos pacientes?
5. Por que a fase de avaliação é importante?



9



NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem

Meire Chucre
Tannure
Ana Maria **Pinheiro**
Katiúcia Martins
Barros

Classificação dos resultados de enfermagem: conceito, evolução histórica e relevância

Estrutura da classificação dos resultados de enfermagem

Como utilizar a taxonomia
NOC

Razões para a padroniza-
ção dos resultados de
enfermagem

Aplicabilidade da NOC em
um estudo de caso

Caso clínico 9.1 Utilização
da NOC para acompan-
hamento dos resultados

Questões para fixação do
conteúdo



Diagnósticos, intervenções e resultados padronizados aumentam a capacidade dos enfermeiros para identificar e documentar os diagnósticos próprios de cada paciente, prescrever intervenções específicas e documentar a resposta dos resultados às intervenções.

Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Maas

- **Classificação dos resultados de enfermagem: conceito, evolução histórica e relevância**

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC – Nursing Outcomes Classification) é uma taxonomia complementar às taxonomias da NANDA e da NIC. Nela constam listagens de resultados de enfermagem para cada diagnóstico da NANDA.

A taxonomia NOC determina a condição de saúde de um paciente, do cuidador, da família ou de uma comunidade, com o propósito de verificar as mudanças apresentadas por eles após as intervenções de enfermagem.

Moorhead, Johnson e Maas (2008) relatam que a utilização de resultados apresentados pelos pacientes, para avaliação do efeito

das intervenções de enfermagem, teve a seguinte evolução histórica:

- Durante a *Guerra da Crimeia*, Florence Nightingale acompanhou a evolução do quadro clínico dos pacientes após intervir nas condições do ambiente em que eles estavam inseridos
- No *começo do século XX*, Ernest Codman propôs o uso de medidas baseadas nos resultados como indicadores para avaliação da qualidade das intervenções médicas. Seu trabalho é considerado precursor na pesquisa sobre resultados obtidos com os pacientes
- Na *década de 1960*, A. Donabedian propôs um modelo de levantamento de dados sobre a qualidade da prática médica e Marie Aydelotte tomou como base as mudanças nas características físicas e no comportamento dos pacientes para avaliar a eficiência dos sistemas de prestação de atendimento de enfermagem
- Na *década de 1970*, foi iniciado o trabalho de classificação dos resultados das ações de enfermagem voltadas para os pacientes
- Na *década de 1980*, inicia-se a era da coleta de dados e responsabilizações, quando ficaram em alta os interesses políticos pelos resultados dos pacientes e pelos custos dos cuidados de saúde
- Na *década de 1990*, houve aumento na importância depositada na eficiência dos cuidados de saúde, o que resultou em uma renovação da ênfase no desenvolvimento de resultados de enfermagem. Tornaram-se essenciais os esforços para identificação dos resultados prioritários dos pacientes para avaliação da eficiência da assistência de enfermagem
- Em *1991*, um grupo de pesquisadores do Centro de Classificação da Universidade de Iowa, EUA, deu início ao desenvolvimento da taxonomia NOC (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

Os resultados, segundo Johnson, Maas e Moorhead (2004), referem-se a um estado, um comportamento ou uma percepção do indivíduo, da família ou da comunidade que podem ser medidos ao longo das intervenções de enfermagem. Tais resultados mostram as respostas do paciente às condutas realizadas pelos enfermeiros, e sua utilização possibilita que se identifiquem melhora, piora ou até mesmo a manutenção da condição avaliada, a partir de comparações com as avaliações realizadas previamente.

▪ Estrutura da classificação dos resultados de enfermagem

A classificação atual dos resultados de enfermagem é uma lista de 330 resultados, cada qual constituído de um nome identificador, uma definição, uma lista de indicadores para se determinar a condição de saúde do indivíduo, da família ou da comunidade em relação ao resultado avaliado, uma escala de medidas de cinco pontos, do tipo Likert, e uma lista com as referências bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento dos resultados (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008). A Tabela 9.1 mostra um resultado de enfermagem segundo a taxonomia NOC.

Tabela 9.1 Exemplo de resultado de enfermagem, segundo a taxonomia NOC.

Resultado: Estado neurológico: consciência

Definição: Estado de alerta, orientação e atenção em relação ao ambiente

Graduação-alvo do resultado: Manter em _____. Aumentar para _____.

<i>Estado neurológico: consciência</i>	<i>Graduação</i>				
	<i>Gravemente comprometida</i>	<i>Muito comprometida</i>	<i>Moderadamente comprometida</i>	<i>Levemente comprometida</i>	<i>Não comp</i>
<i>Indicadores</i>					
<i>091201</i> Abertura dos olhos aos estímulos externos	1	2	3	4	5
<i>091202</i> Ori- entação cognitiva	1	2	3	4	5
<i>091203</i> Comunicação adequada à situação	1	2	3	4	5
<i>091204</i> Obediência aos comandos	1	2	3	4	5
<i>091205</i> Res- postas mo- toras a es- tímulos dolorosos	1	2	3	4	5
<i>091206</i> Atenção a estímulos do ambiente	1	2	3	4	5
<i>Grave</i>	<i>Substancial</i>	<i>Moderada</i>	<i>Leve</i>	<i>Nenhuma</i>	
<i>091207</i> Convulsões	1	2	3	4	5

091209 Flexão anormal	1	2	3	4	5
091210 Ex- tensão anormal	1	2	3	4	5

Fonte: Taxonomia NOC, 2008.

Cabe ressaltar que na NOC os resultados não são enunciados como metas, objetivos ou resultados esperados. Os resultados são obtidos a partir do acompanhamento dos indicadores e dos valores contidos em cada um deles durante a avaliação do paciente, a fim de que esses resultados possam ser documentados e monitorados ao longo do tempo estabelecido como intervalo de reavaliação.

Quando os resultados são apresentados como metas que enfermeiros ou pacientes desejam que sejam alcançadas, pode-se apenas verificar se foram ou não alcançadas, não sendo possível, portanto, identificar as mudanças apresentadas pelo indivíduo, pela família ou pela comunidade, quando estas existem. A Tabela 9.1 ilustra como acompanhar a evolução do paciente utilizando uma escala da NOC, relativa ao seguinte resultado esperado: *O paciente apresentará melhora do nível de consciência em até 12 h.*

Observe que nessa tabela há indicadores que representam o estado, o comportamento ou a percepção a serem avaliados de maneira mais específica que o resultado. Esses indicadores são acompanhados com a utilização de escalas de medidas.

Segundo Doenges, Moorhouse e Gessler (2003), os indicadores possibilitam a visualização da evolução do quadro clínico do indivíduo, da família ou da comunidade por meio das escalas de medidas.

As escalas apresentam uma pontuação que varia do escore 1 a 5, de modo que o escore 1 representa a pior condição do resultado, e o escore 5, a melhor condição. Esses escores permitem aos

enfermeiros determinar a condição de saúde em um determinado momento e, posteriormente, demonstrar as alterações ocorridas no indivíduo, na família ou na comunidade ao longo de suas intervenções, comparando-os sempre à meta estabelecida previamente.

Na segunda edição da NOC, havia 17 escalas de medidas (MCCLOSKEY; BULECCHECK, 2004) que passaram por mudanças com base em seu uso na prática clínica, e desencadearam a exclusão de seis escalas. Desse modo, atualmente, na terceira edição da NOC, constam apenas 11 escalas de medida (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

As escalas de medidas, de acordo com as autoras citadas, são classificadas como primárias e secundárias. As escalas primárias são utilizadas para avaliação dos indicadores de forma global. As escalas secundárias são listadas após as primárias, com o objetivo de auxiliar na avaliação dos indicadores que não se enquadram adequadamente nas anteriores.

Na Tabela 9.2 são apresentadas as escalas de medidas primárias da taxonomia NOC.

Tabela 9.2 Escalas de medida primárias da taxonomia NOC.

- Gravemente comprometido a não comprometido
- Desvio grave dos parâmetros normais a sem desvios dos parâmetros normais
- Não adequado a completamente adequado
- Acima de 10 a nenhum
- Nenhum a extenso
- Nunca positivo a constantemente positivo
- Muito fraco a muito forte
- Nunca demonstrado a constantemente demonstrado
- Grave a nenhum
- Insuficiente a excelente

- Nada satisfeito a completamente satisfeito

Fonte: Taxonomia NOC, 2008.

Cumprir destacar que, apesar de o escore 5 refletir a condição ideal em relação ao resultado, nem sempre esse escore será alcançado pelo paciente, sendo necessário considerar o prognóstico de recuperação da condição avaliada individualmente.

A taxonomia NOC pode ser uma opção na fase de avaliação da assistência de enfermagem e visa a auxiliar, por meio da análise dos indicadores e das escalas de medidas, a obtenção de dados referentes à melhora, ou não, da condição de saúde do paciente pela variabilidade das pontuações obtidas.

■ Como utilizar a taxonomia NOC

Após elaborar os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro deverá encontrar na taxonomia NOC o resultado mais adequado para o paciente em questão.

A NOC apresenta sugestões de ligações entre a classificação NANDA e os resultados nela contidos em um capítulo específico no qual constam as ligações entre as duas taxonomias.

Dois categorias de resultados estão disponíveis para cada diagnóstico. Os resultados considerados mais adequados aos diagnósticos estão relacionados sob a categoria *resultados sugeridos*. Os resultados associados aos diagnósticos estão relacionados sob a categoria *resultados associados adicionais*. Para os diagnósticos de risco foram considerados apenas resultados sugeridos (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

A Tabela 9.3 mostra um exemplo sob o enunciado diagnóstico *Angústia espiritual*, da NANDA.

Tabela 9.3 Angústia espiritual.

Definição

- Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por intermédio de uma conexão pessoal consigo mesmo, terceiros, arte, música, literatura, natureza ou um ser maior.

Resultados sugeridos

- Final de vida digno
- Esperança
- Saúde espiritual

Resultados associados adicionais

- Adaptação psicossocial: mudança de vida
- Autocontenção do suicídio
- Autonomia pessoal
- Bem-estar pessoal
- Final de vida digno
- Nível de ansiedade
- Nível de estresse
- Qualidade de vida
- Resolução do pesar
- Vontade de viver

O enfermeiro deverá analisar qual(is) desses resultados tem(têm) relação com as condições de saúde identificadas no diagnóstico de enfermagem de acordo com o paciente em questão. Em seguida, deverá procurar no índice alfabético pelo resultado.

Exemplo

Se o enfermeiro considera que o resultado apropriado para o paciente sob seus cuidados é um final de vida digno, ele deverá procurar esse resultado na classificação na letra F, uma vez que na classificação os resultados estão descritos em ordem alfabética.

Encontrado o resultado, o enfermeiro deve ler a definição e selecionar quais indicadores são adequados ao paciente.

Além disso, o profissional deve descrever a graduação-alvo do resultado selecionado.

Relação entre diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e pontuação pela NOC

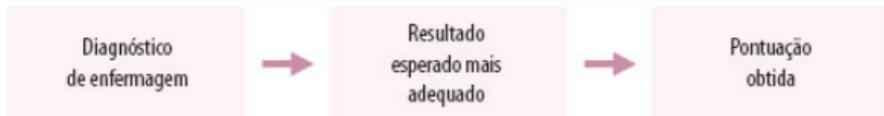


Figura 9.1

Relação entre os diagnósticos de enfermagem, os resultados de enfermagem e a pontuação na taxonomia NOC.

Tabela 9.4 Resultado de enfermagem: final de vida digno segundo a taxonomia NOC (alguns dos indicadores).

Resultado: Final de vida digno

Definição: Ações pessoais para manter o controle durante a aproximação do fim d

Graduação-alvo do resultado: Manter em _____. Aumentar para _____.

Final de vida digno	Graduação				
	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consideravelmente demonstrado
<i>Indicadores</i>					
130701 Coloca os negócios em ordem	1	2	3	4	5
130702 Expressa esperança	1	2	3	4	5
130703 Participa nas decisões relacionadas com o cuidado	1	2	3	4	5
130704 Participa nas decisões sobre hospitalização	1	2	3	4	5

Observe que o resultado *final de vida digna* apresenta indicadores e a escala de medida de 5 pontos. Para cada indicador selecionado, o enfermeiro deverá registrar a pontuação específica, coerente com a condição de saúde do indivíduo, da família ou da comunidade que estão sendo avaliados.

Exemplo

O enunciado diagnóstico da NANDA *Capacidade adaptativa intracraniana diminuída* tem quatro resultados sugeridos na NOC:

- Controle de convulsões
- Estado neurológico
- Estado neurológico: consciência
- Perfusão tissular: cerebral

Para o resultado esperado *estado neurológico*, existem 22 indicadores descritos. Selecionamos três desses indicadores.

Acompanhamos o paciente durante três dias (o dia da admissão e mais outros dois subsequentes):

Data: Admissão					
Resultado: Estado neurológico					
Definição: Capacidade dos sistemas nervoso periférico e central para receber, processar e responder a estímulos internos e externos.					
Graduação-alvo do resultado: Manter escore de tamanho pupilar em <u>5</u> . Outros demais escores para <u>5</u> .					
Estado neurológico	Graduação				
	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Indicadores					
090901 Consciência	①	2	3	4	5
090906 PIC	①	2	3	4	5
090909 Tamanho pupilar	1	2	3	4	⑤

Data: D1 internação

Resultado: Estado neurológico

Definição: Capacidade dos sistemas nervoso periférico e central para receber, processar e responder a estímulos internos e externos.

Gradação-alvo do resultado: Manter escore de tamanho pupilar em 5 . Outros demais escores para 5 .

Estado neurológico	Gradação				
	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Indicadores					
090901 Consciência	①	2	3	4	5
090906 PIC	1	2	③	4	5
090909 Tamanho pupilar	1	2	3	4	⑤

Data: D2 internação**Resultado: Estado neurológico**

Definição: Capacidade dos sistemas nervoso periférico e central para receber, processar e responder a estímulos internos e externos.

Gradação-alvo do resultado: Manter escore de tamanho pupilar em 5 . Outros demais escores para 5 .

Estado neurológico	Gradação				
	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Indicadores					

090901 Consciência	①	2	3	4	5
090906 PIC	1	2	3	④	5
090909 Tamanho pupilar	1	2	3	4	⑤

Nota-se, a partir do conjunto de dados mostrados, que está havendo melhora no indicador PIC e estagnação dos demais indicadores avaliados. A graduação-alvo do resultado estipulada pelo enfermeiro é manter o escore de tamanho pupilar em 5 e este está sendo alcançado. Entretanto, nesses três dias ainda não houve o aumento dos demais escores para 5. A consciência permanece com o escore 1, mas a PIC já se encontra com o escore 4. Tal dado mostra que está ocorrendo melhora no quadro do paciente, mesmo que a graduação-alvo do resultado ainda não tenha sido alcançada.

É importante ressaltar que os intervalos necessários para avaliação e registro dos resultados devem ser determinados pelo enfermeiro mediante julgamento clínico. Deve-se considerar um intervalo apropriado conforme as rotinas e as demandas da unidade, bem como o estado de saúde avaliado. Segundo Johnson, Maas e Moorhead (2004), ainda são necessárias mais pesquisas para determinar esses intervalos. Entretanto, essas autoras destacam algumas situações em que são mandatórios a avaliação e o registro dos resultados de enfermagem da NOC:

- Durante a admissão do paciente ou na primeira avaliação realizada pelo enfermeiro ao indivíduo, à família ou à comunidade
- Quando o paciente recebe alta ou é transferido para outra unidade de saúde
- Quando ocorre uma alteração significativa da condição de saúde avaliada.

▪ Razões para a padronização dos resultados de enfermagem

Segundo Moorhead, Johnson e Maas (2008), as razões para a padronização dos resultados de enfermagem são:

1) Para que a enfermagem se integre completamente à pesquisa de avaliação clínica, ao desenvolvimento de pesquisa e a trabalhos interdisciplinares

2) Porque é essencial que cada disciplina identifique os resultados que tenham sido influenciados por sua prática, assegurando, dessa forma, que sejam incluídos na avaliação da eficiência dos cuidados de saúde

3) Para que os enfermeiros trabalhem com eficiência junto a organizações, de modo a aperfeiçoar a qualidade e reduzir os custos.

Utilizando esse sistema de classificação, o enfermeiro poderá avaliar suas condutas e mantê-las ou modificá-las de modo que os resultados possam demonstrar, cada vez mais, a melhor opção para favorecer a qualidade da assistência direcionada ao paciente em questão.

A importância do uso de uma taxonomia de resultados justifica-se porque, havendo consenso quanto a resultados padronizados de enfermagem, os enfermeiros poderão estudar e comparar os efeitos das intervenções realizadas em suas unidades de saúde e, desse modo, buscar a partir desses indicadores melhora na qualidade do cuidado prestado pela enfermagem.

A classificação NOC vem sendo utilizada em inúmeros ambientes clínicos, para avaliação da prática de enfermagem, bem como

em instituições de ensino, para estruturar o currículo e ensinar aos discentes a realizar avaliação clínica.

Johnson *et al.* (2009) explicam que os títulos, tal como são definidos nas taxonomias, proporcionam os conceitos, as ligações entre os diagnósticos e as intervenções, e os resultados fornecem as conexões entre eles. Assim, teremos uma articulação mais clara entre teoria, prática e pesquisa, o que constituirá o corpo de conhecimentos característicos da disciplina.

▪ Aplicabilidade da NOC em um estudo de caso

CASO CLÍNICO 9.1

Utilização da NOC para acompanhamento dos resultados

Caso clínico fundamentado na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta

Autoras: Meire Chucre Tannure / Ana Maria Pinheiro / Katiúcia Martins Barros

▪ Identificação

F.G.A., 57 anos, sexo masculino, melanodermo, empresário, casado, 3 filhos.

▪ Necessidades de saúde

Queixa principal (QP)

“Dor no peito irradiando para o pescoço e o braço esquerdo e vômitos.”

História da moléstia atual (HMA)

Paciente com relato de precordialgia intensa, súbita, irradiando-se para pescoço, mandíbula e braço esquerdo desde 3 h, associada a náuseas, vômitos e diaforese. Foi encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pelo serviço móvel de atendimento pré-hospitalar, onde foi realizada propeleuica para doença coronariana e diagnosticado infarto agudo do miocárdio (IAM). Oxigenoterapia por cânula nasal a 3 l/min foi prontamente providenciada e instituída, e foi administrado nitrato sublingual (SL), sem sucesso de melhora da dor. Iniciou-se nitrato intravenoso (IV), administrouse morfina e encaminhou-se o paciente à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos. Não há relato de sintomatologia anterior a esse episódio.

História da saúde pregressa (HSP)

Tabagista há 40 anos (20 cigarros/dia), etilista social. Portador de diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia.

História familiar (HF)

Positiva para coronariopatia e acidente vascular encefálico isquêmico (Pai).

Necessidades psicossociais

O senhor F.G.A. relata ser muito ansioso e que está com muito medo de morrer. Realiza as atividades de lazer nos fins de semana com os filhos e a esposa, sendo elas: ir ao cinema e almoçar em restaurantes. Considera-se uma pessoa realizada, embora trabalhe exaustivamente. Sua autoestima e autoimagem não estão comprometidas, porém ele não está aceitando o fato de sofrer um IAM. Gosta muito de sentir-se livre, e o fato de ter que permanecer confinado na UTI o está deixando ainda mais apreensivo.

Necessidades psicoespirituais

O senhor F.G.A. é católico e tem o hábito de ir à missa três vezes na semana.

Necessidades psicobiológicas

Percepção dos órgãos dos sentidos. Apresenta alteração visual (relata ser portador de miopia nos dois olhos).

Cuidado corporal. Adequado. Relata gostar de tomar banho à noite.

Hábito de sono e repouso. Prejudicado. Dorme cerca de 5 h/noite. Relato de insônia decorrente das preocupações com o trabalho. Gosta de dormir em decúbito lateral direito.

Nutrição. Preservada. Não faz uso de dieta hipolipídica nem hipossódica. Não segue as orientações quanto à necessidade de ingerir dieta hipoglicemiante.

Hidratação. Relata polidipsia. Ingera cerca de 5 l de líquidos por dia.

Mecânica corporal/mobilidade/locomoção. Sem déficits prévios.

Exercícios e atividades físicas. Sedentário. Relata que não pratica exercícios regularmente por causa do excesso de horas de trabalho diárias.

Integridade física/cutaneomucosa. Preservada. Ausência de lesões na pele e nas mucosas.

Eliminação urinária. Relata poliúria e nictúria. Nega disúria. Diz que a coloração da urina é amarelo-clara.

Eliminação intestinal. Regular, 1 vez/dia.

Terapêutica. Não segue as orientações prévias para controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) nem do diabetes melito.

Sexualidade. Não há dados de interesse clínico.

Ambiente/abrigo. Vive em casa própria com esposa e filhos, e tem boas condições socioeconômicas.

▪ Solicitações do paciente

Pede que a esposa permaneça com ele na UTI.

▪ Exame físico

Regulação neurológica. Torporoso.

Hidratação corporal e regulação térmica. Hipocorado (+3/+4), com a pele fria e sudorética, hidratado, anictérico, acianótico, afebril.

Cuidado corporal e integridade tegumentar. Higiene corporal e oral adequadas, livre de lesões cutâneas.

Segmento de cabeça e pescoço. Uso de máscara facial a 8 l/min, presença de jugulares ingurgitadas.

Tórax. Simétrico.

Oxigenação. Taquidispneico (FR = 30 irpm), crepitações bibasais difusas, oximetria de pulso: 90%.

Regulação vascular. Taquicárdico (FC = 124 bpm), bulhas hipofonéticas, presença de B4, hipotenso (PA: 90/60 mmHg), pulsos periféricos filiformes e arrítmicos, tempo de enchimento capilar de 4 s.

Regulação abdominal. Abdome tenso, ruídos hidroaéreos (RHA) diminuídos, timpanismo diminuído.

Regulação urinária. Urina ausente. Submetido a uma sondagem vesical de demora (SVD) para monitoração do débito urinário.

Hábitos alimentares. Dieta suspensa.

Extremidades. Acesso vascular periférico (AVP) em membro superior direito, edema em membros inferiores (+1/+4).

▪ Resolução

A seguir, foi elaborado um diagnóstico de enfermagem (DE) e resultados relacionados com o Caso clínico 9.1 com a utilização da NOC.

Diagnóstico de enfermagem

Débito cardíaco diminuído relacionado a contratilidade miocárdica alterada e pré-carga elevada evidenciado por torpor, mucosas hipocoradas (+3/+4), pele fria e sudorética, taquicardia (FC = 124 bpm), bulhas hipofonéticas, presença de B4, hipotensão (PA = 80 × 40 mmHg), pulsos periféricos filiformes e arritmicos, tempo de enchimento capilar de 4 s, anúria, taquidispneia (FR = 30 irpm), jugulares ingurgitadas, crepitações bibasais difusas e edema em membros inferiores (+1/+4), abdome tenso, RHA diminuídos, timpanismo diminuído, PVC = 17 mmHg.

Para o enunciado diagnóstico *Débito cardíaco diminuído* existem 9 resultados sugeridos na NOC. Desses, selecionamos 4 resultados que têm indicadores que permitem avaliar a condição de saúde evidenciada no diagnóstico de enfermagem: (1) Eficácia da bomba cardíaca, (2) Estado circulatório, (3) Perfusão tissular: órgãos abdominais e (4) Sinais vitais. Ressaltamos o fato de não utilizarmos resultados diferentes cujos indicadores a serem avaliados se repetem.

Resultado de enfermagem 1

Data: Admissão

Resultado: Eficácia da bomba cardíaca

Definição: Adequação do volume de sangue ejetado do ventrículo esquerdo manter a pressão de perfusão sistêmica.

Gradação-alvo do resultado: Aumentar todos os escores para 5 .

Eficácia da bomba cardíaca	Gradação				
	Gravemente comprometida	Muito comprometida	Moderadamente comprometida	Levemente comprometida	Não comprometida
Indicadores					
040001 Pressão arterial sistólica	①	2	3	4	5
040019 Pressão arterial diastólica	①	2	3	4	5
040006 Pulsos periféricos	1	②	3	4	5
040008 Coloração da pele	1	②	3	4	5
040020 Débito urinário	1	②	3	4	5
	<i>Grave</i>	<i>Substancial</i>	<i>Moderada</i>	<i>Leve</i>	<i>Nenhuma</i>
040009 Estase jugular	①	2	3	4	5

040011 Sons cardíacos anormais	①	2	3	4	5
040013 Edema periférico	①	2	3	4	5
040015 Diaforese profusa	①	2	3	4	5
040023 Dispneia	①	2	3	4	5

Resultado de enfermagem 2

Data: Admissão					
Resultado: Estado circulatório					
Definição: Fluxo sanguíneo unidirecional, livre de obstruções e com pressão a nos grandes vasos da circulação sistêmica e pulmonar.					
Gradação-alvo do resultado: Aumentar todos os escores para <u>5</u> .					
Estado circulatório	Gradação				
	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comp
Indicadores					
Temperatura da pele	1	②	3	4	5
	Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenh

Ruídos pulmonares adventícios	①	2	3	4	5
-------------------------------	---	---	---	---	---

Resultado de enfermagem 3

Data: Admissão					
Resultado: Perfusão tissular: órgãos abdominais					
Definição: Adequação do fluxo sanguíneo pelos pequenos vasos das vísceras abdominais para a manutenção da função dos órgãos.					
Gradação-alvo do resultado: Aumentar escore para <u>5</u> .					
<i>Estado circulatório</i>	<i>Gradação</i>				
	<i>Gravemente comprometido</i>	<i>Muito comprometido</i>	<i>Moderadamente comprometido</i>	<i>Levemente comprometido</i>	<i>Não comprometido</i>
<i>Indicador</i>					
Ruídos intestinais	1	2	③	4	5

Resultado de enfermagem 4

Data: Admissão					
Resultado: Sinais vitais					
Definição: Temperatura, pulso, respiração e pressão sanguínea dentro dos parâmetros esperados para o indivíduo.					
Gradação-alvo do resultado: Aumentar escore para <u>5</u> .					

Estado circulatório	Graduação				
	Desvio grave dos parâmetros normais	Desvio substancial dos parâmetros normais	Desvio moderado dos parâmetros normais	Desvio leve dos parâmetros normais	Sem desvio dos parâmetros normais
Indicador					
Frequência respiratória	①	2	3	4	5

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Quando teve início a preocupação com os registros e o uso sistemático dos resultados apresentados pelos pacientes?
2. Descreva a evolução histórica do uso dos resultados apresentados pelos pacientes a partir da década de 1960 até a elaboração da NOC.
3. Qual a importância da utilização de uma taxonomia de resultados?
4. O que a taxonomia NOC possibilita avaliar?
5. Descreva a estrutura da NOC.
6. Como a utilização das escalas da NOC pode auxiliar no acompanhamento dos resultados apresentados pelos pacientes?
7. Como utilizar a NOC?
8. Cite três razões para a padronização dos resultados de enfermagem.



10

CIPE® Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Meire Chucre
Tannure
Tânia Couto
Machado **Chianca**

Classificação Internacional
para a Prática de
Enfermagem

CIPE® – Versão 1.0

Como construir diagnósticos e resultados de enfermagem segundo a CIPE® – Versão 1.0

Como construir intervenções de enfermagem utilizando-se a CIPE® – Versão 1.0

CIPE® – Versão 1.1

CIPE® – Versão 2.0

A CIPE® no Brasil

Questões para fixação do conteúdo



A utilização da CIPE® expressa o que os enfermeiros realizam face às necessidades ou condições apresentadas pelos pacientes, a fim de que determinados resultados possam ser alcançados, possibilitando descrições da prática de enfermagem de modo a facilitar a comparação das práticas realizadas, em cenários clínicos, em populações, em áreas geográficas ou em diferentes períodos.

Conselho Internacional de Enfermagem

▪ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A criação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi motivada por uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1980 e pelo desejo manifesto dos enfermeiros por uma classificação que representasse a enfermagem mundialmente (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999). Havia classificações de enfermagem, mas nenhuma delas retratava a realidade mundial.

A necessidade de uma classificação com essa amplitude ficou mais evidente quando, em 1986, membros da American Nursing Association (ANA) e da NANDA enviaram uma proposta para o Comitê Revisor da Classificação Internacional de Doenças (CID),

para que o esquema de classificação dos diagnósticos de enfermagem pudesse ser incluído na CID-10 (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Nóbrega e Gutiérrez complementam que tal solicitação foi motivada pela criação, na década de 1980, da Família de Classificações na OMS, o que ocorreu em decorrência de constantes solicitações de profissionais que utilizavam a CID para que nela constassem, além de classificações relacionadas com os diagnósticos de doenças, outras classificações desenvolvidas por profissionais da área de saúde, focadas no estado de saúde dos pacientes.

Em atendimento a essas demandas, passou a haver na OMS uma abertura para que fossem incorporadas à CID outras classificações; assim, a denominação foi modificada para Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

Entretanto, o esquema de diagnósticos de enfermagem que foi apresentado ao comitê incorporava apenas os trabalhos da NANDA, de Omaha e do *Diagnostic and Statistical Manual III* (DSM III) do Conselho de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da ANA; desse modo, não representava o trabalho da enfermagem em âmbito mundial, não sendo, portanto, aceito pelo comitê (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Além disso, a OMS argumentou que muitas das condições listadas como diagnósticos de enfermagem correspondiam a outros capítulos da CID, como, por exemplo, o capítulo sobre sinais e sintomas e o capítulo sobre fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. Outro ponto levado em conta pelos avaliadores foi que muitos dos diagnósticos apresentados diziam respeito exclusivamente à enfermagem e, sendo assim, foram vistos como inapropriados para uma classificação de doenças.

No entanto, o comitê revisor da CID-10 relatou que, se fosse realizado um trabalho de revisão, conduzido por uma organização internacional de enfermagem, de modo a ser representativo da profissão em todo o mundo, os diagnósticos de enfermagem

poderiam ser incorporados como um dos componentes da Família de Classificações de Saúde (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Assim, durante a realização do Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), realizado em Seul em 1989, foi votada e aprovada a proposta de desenvolvimento da CIPE® (CAMIÁ; BARBIERI; MARIN, 2006; CIE, 2007; GARCIA; NÓBREGA, 2004). Em 1990, foi formada uma equipe para o desenvolvimento dessa classificação (CIE, 2005), e em 1991 o CIE deu início a sua elaboração e implementação (GARCIA; NÓBREGA; SOUSA, 2002).

Para a elaboração da CIPE®, o primeiro passo foi a realização de uma busca na literatura da área e uma pesquisa junto às associações membros do CIE, a fim de se fazer um levantamento mundial sobre os sistemas de classificação usados em enfermagem.

Nesse levantamento, foram identificadas classificações desenvolvidas por enfermeiros na Austrália, na Bélgica, na Dinamarca, na Suécia e nos EUA (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Constatou-se que a enfermagem, nas diversas regiões do mundo, usava algum sistema para descrever os elementos da sua prática. Entretanto, cabe ressaltar que a maior quantidade de sistemas de classificação encontrados foi desenvolvida por enfermeiros norte-americanos (NÓBREGA, 2002).

Primeiro passo = Descobrir quais sistemas de classificação estavam sendo utilizados pela enfermagem em todo o mundo.

Após esse primeiro levantamento, foram analisados 14 sistemas de classificação de enfermagem, a CID-10, a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde e outras classificações aceitas pela OMS, com o objetivo de identificar denominações pertinentes à enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Segundo passo = Analisar os sistemas de classificação identificados na busca realizada.

Em 1992, foi realizado em Genebra um encontro de enfermeiros de seis países (Israel, Nepal, Chile, Quênia, Jamaica e Japão) que constituíam o grupo de aconselhamento técnico da CIPE® para testar a viabilidade e a aplicabilidade da CIPE® em âmbito mundial (CIE, 2005).

A partir dessa análise, o CIE apresentou, em 1993, o documento intitulado *Nursing's Next Advance: an International Classification for Nursing Practice – ICNP* (Próximo Avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®), que era constituído de uma compilação em ordem alfabética dos elementos da prática de enfermagem: os diagnósticos de enfermagem, as ações de enfermagem e os resultados de enfermagem, identificados nesses sistemas (CIE, 1993; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Terceiro passo = Listar em ordem alfabética os elementos da prática de enfermagem extraídos das classificações analisadas e agrupá-los em duas pirâmides de conceitos.

Em um terceiro momento, esses termos previamente listados foram, depois de trabalhados, transformados em entidades de conceitos, agrupados e hierarquizados em estruturas coerentes, o que resultou na construção de duas pirâmides de conceitos da CIPE®: uma de fenômenos e outra de ações de enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Em dezembro de 1996, o CIE publicou a primeira versão da classificação, a CIPE® – Versão Alfa, um marco unificador que

continha a classificação de fenômenos e de ações de enfermagem (CAMIÁ; BARBIERI; MARIN, 2006; GARCIA; NÓBREGA, 2004; KUO; YEN; 2006). Essa versão foi traduzida para diversas línguas, inclusive para o português.

Quarto passo = Publicação da primeira versão da classificação: a CIPE® – Versão Alfa.

Nela estavam listados os conceitos de enfermagem que já existiam, porém agrupados e organizados hierarquicamente em uma nova combinação.

A CIPE® – Versão Alfa não teve a pretensão de ditar regras, mas o objetivo de ser um instrumento para estimular os enfermeiros a fazer comentários e críticas e recomendar como deveria ser o seu desenvolvimento, a fim de que o sistema de classificação tivesse uma verdadeira aplicabilidade na prática (CIE, 1996; SILVA *et al.*, 2008).

A partir da publicação da CIPE® – Versão Alfa, o CIE passou a receber comentários e críticas de diversas organizações de enfermagem e recomendações fundamentadas em trabalhos relacionados com a sua aplicabilidade. Essas contribuições deram início a uma reformulação da CIPE® – Versão Alfa, culminando em propostas de uma revisão na classificação (ICN, 1998; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Em 1997, a CIPE® foi o tópico de uma sessão plenária e de várias apresentações em forma de pôsteres no XXI Congresso Quadrienal da CIE, em Vancouver, no qual novas discussões sobre a CIPE® – Versão Alfa foram realizadas e recolhidas para o seu aperfeiçoamento (CIE, 2005).

Em 1998, o CIE apresentou as novas decisões adotadas na construção de um modelo experimental da CIPE® – Versão Beta, afirmando que um dos principais critérios dessa classificação era o fato

de poder ser suficientemente ampla e sensível à diversidade cultural, servindo para inúmeros fins e propósitos requeridos pelos diferentes países nos quais seria utilizada (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Na evolução, foi apresentada, a CIPE® – Versão Beta, divulgada em julho de 1999 em Londres, durante as comemorações dos 100 anos do CIE. Essa versão passou a ter uma estrutura multiaxial (GARCIA; NÓBREGA, 2004) e proporcionou maior solidez à classificação, melhor expressão dos conceitos nela contidos (ICN, 1999) e favoreceu sua utilização para o desenvolvimento de bases de dados em *softwares* de enfermagem (KUO; YEN, 2006).

Quinto passo = Publicação da CIPE® – Versão Beta.

Em 2000, o CIE estabeleceu um programa para a CIPE® com três áreas funcionais: comunicação e *marketing*; investigação e desenvolvimento; coordenação e gestão. Naquele momento, foi também criado o Comitê de Avaliação da CIPE® (CIE, 2005).

À área de comunicação e *marketing* cabia o desenvolvimento do plano de divulgação da CIPE®, com publicações, comunicações eletrônicas, desenvolvimento de materiais de capacitação e disponibilização de consultoria na área.

À área de investigação e desenvolvimento, composta por enfermeiros peritos, pelo Comitê de Avaliação da CIPE® e por grupos de consultores, cabiam o aperfeiçoamento e a inclusão dos dados da classificação em sistemas informatizados, a validação da classificação e a indicação de centros colaboradores para implementação e teste do sistema. E à área de coordenação e gestão cabia a coordenação das atividades da CIPE®, buscando parcerias para seguimento e monitoração, definição, suporte e desenvolvimento de redes de investigação, realização de reuniões, incremento e gestão da classificação (CIE, 2005).

No programa de planejamento da CIPE® de 2001 a 2002, foram definidas a meta, a missão e as estratégias da CIPE®. A classificação tem por meta a obtenção de dados de enfermagem prontamente disponíveis para serem utilizados pelos sistemas de informação da saúde em todo o mundo; como missão, o desenvolvimento e a manutenção da CIPE® pertinente, útil e atualizada, para que, além de representar a enfermagem em âmbito mundial, possa favorecer o desenvolvimento da profissão, além de influenciar políticas de saúde; como estratégias, manter a CIPE® atualizada a fim de que possa continuar a refletir a prática de enfermagem e, desse modo, conseguir que a classificação seja utilizada pelas comunidades nacionais e internacionais, além de assegurar que sua estrutura seja compatível com as outras classificações utilizadas e com o trabalho dos grupos da normalização em saúde e em enfermagem (CIE, 2005; TANNURE; CHIANCA, 2008).

Em 2002, após receber novas sugestões e trabalhos relacionados com a validação da CIPE® – Versão Beta, foram realizadas mudanças na classificação, relativas principalmente a correções editoriais como alterações de gramática, acréscimo e exclusão de palavras e correção de códigos, sendo então divulgada a CIPE® – Versão Beta 2 (CIE, 2005).

Sexto passo = Publicação da CIPE® – Versão Beta 2.

Nesse período, foram criados os centros acreditados pelo CIE, para investigação e desenvolvimento da classificação, e o grupo de aconselhamento estratégico da CIPE® (CIE, 2005), a fim de atender cada vez mais aos objetivos propostos.

Sétimo passo = Criação dos centros acreditados pelo CIE para investigação e desenvolvimento da CIPE®.

Em 2003, houve a certificação do primeiro centro acreditado pelo CIE para investigação e desenvolvimento da CIPE®: o Deutschsprachige ICN Nutzergruppe (grupo de utilizadores da CIPE® em língua alemã).

No mesmo ano, a CIPE® – Versão Beta 2 foi traduzida para o português pela enfermeira Prof^ª Dr^ª Heimar de Fátima Marin, da Universidade de São Paulo, membro do Grupo Consultivo Estratégico da CIPE®, o que facilitou a disseminação dessa classificação no Brasil (CAMIÁ; BARBIERI; MARIN, 2006).

Para o CIE, a CIPE® é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem no cuidado de saúde e promover mudanças na prática de enfermagem por meio da educação, da administração e da pesquisa. Os objetivos da CIPE® (CIE, 2003) são:

- Estabelecer uma linguagem comum que descreva a prática de enfermagem, facilitando a comunicação entre enfermeiros e dos enfermeiros com os outros profissionais de saúde
- Representar conceitos usados na prática, em diferentes línguas e áreas de especialidade
- Descrever mundialmente a prestação do cuidado de enfermagem (indivíduos, famílias e comunidades)
- Possibilitar comparação dos dados de enfermagem entre diferentes populações de pacientes, locais de atendimento, áreas geográficas e tempo
- Estimular a pesquisa de enfermagem mediante ligações entre os dados disponíveis e os sistemas de informação em saúde

- Fornecer dados sobre a prática de enfermagem para incluir no ensino de enfermagem e nas políticas de saúde
- Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, fornecimento de tratamento de enfermagem, recursos utilizados e resultados obtidos no cuidado de enfermagem.

O foco central da CIPE® é a prática da enfermagem, descrita como um processo dinâmico, sujeito a mudanças e cujos principais componentes são os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A CIPE® – Versão Beta 2 continha duas estruturas de classificação, uma para os fenômenos de enfermagem (para representar os diagnósticos e os resultados de enfermagem) e outra para as intervenções de enfermagem. Nessa versão, os fenômenos e as ações de enfermagem eram classificados em cada um dos oito eixos.

No entanto, segundo o CIE (2005), à medida que a CIPE® – Versão Beta 2 passou a ser utilizada mais amplamente por vários grupos de enfermeiros em todo o mundo, reconheceu-se que a meta de um sistema unificado da linguagem de enfermagem que satisfizesse as necessidades dos enfermeiros em todo o mundo não era alcançável com as estruturas e as estratégias de classificação então vigentes.

Desse modo, os membros do CIE e os responsáveis pela CIPE® continuaram a reconhecer a sua responsabilidade em reunir informações de todo o mundo a fim de fornecer dados consistentes sobre a prática de enfermagem e os resultados obtidos, além de tornar esses dados prontamente disponíveis para serem utilizados pelos sistemas de informação de saúde em âmbito mundial. Assim, para que esses objetivos sejam alcançados e a fim de que seja desenvolvida uma versão nova da CIPE®, capaz de representar os vocabulários já existentes, continuar a apoiar uma representação multiaxial como a proposta na Versão Beta 2 e facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais que seriam derivados da CIPE®, começou-se a pensar e construir a CIPE® – Versão 1.0 (CIE, 2005).

O Conselho ressalta que em 2002, no comitê de avaliação da CIPE®, após a análise da CIPE® – Versão Beta 2, começou a ser proposto um novo agrupamento de eixos que unificaria os oito eixos da classificação para os fenômenos de enfermagem e os oito eixos descritos para as ações de enfermagem.

Em 2004 foi publicado o primeiro “countdown to ICNP Versão 1.0”, e em 2005 foram acreditados os centros de investigação para a prática de enfermagem em Canberra e o Centro Chileno para Investigação e Desenvolvimento da CIPE® (CIE, 2005).

Em julho de 2005, no XXIII Congresso Quadrienal do ICN, em Taiwan, foi lançada a CIPE® – Versão 1.0, considerada mais do que um vocabulário – ou seja, um recurso que pode acomodar termos existentes por meio do mapeamento cruzado que pode ser utilizado para o desenvolvimento de novos vocabulários como uma terminologia composicional (SILVA *et al.*, 2008).

Oitavo passo = Publicação da CIPE® – Versão 1.0.

A CIPE® – Versão 1.0 surgiu como um modelo novo e simplificado de apenas sete eixos. Trata-se de mais do que apenas um vocabulário. É um recurso que pode acomodar vocabulários já existentes e que pode ser usado para o desenvolvimento de novos vocabulários com a utilização de uma terminologia composicional. Resulta das principais reformulações apontadas pelos enfermeiros a fim de que se consiga desenvolver um sistema de classificação tecnologicamente robusto e ao mesmo tempo acessível e aplicável na prática profissional (CIE, 2005).

Desse modo, a partir de um único modelo de sete eixos, os enfermeiros irão construir os enunciados dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.

Em 2006, o CIE publicou um boletim que destaca uma atualização da definição, a visão e as metas estratégias da CIPE® que passa

a ser definida como um sistema de linguagem unificada de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática de enfermagem que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes. É parte integrante de uma infraestrutura mundial de informação que engloba a prática e a política de atenção à saúde visando melhorar os cuidados dos pacientes no mundo inteiro. Além disso, a classificação fomenta a harmonização com as demais classificações amplamente utilizadas em enfermagem (ICN, 2006, *apud* SILVA *et al.*, 2008).

■ CIPE® – Versão 1.0

A CIPE® – Versão 1.0 é a classificação multiaxial constituída por sete eixos. Quando se utilizam esses eixos, há a possibilidade de uma combinação dos conceitos dos termos neles existentes, o que proporciona maior solidez à classificação e diversifica a expressão de seus conceitos (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Os sete eixos que constam na classificação e suas respectivas definições (ICN, 2005) são:

- **Foco:** área de atenção relevante para a enfermagem
Exemplo 1: dor
Exemplo 2: conhecimento
- **Juízo (julgamento):** opinião clínica, determinação relacionada com o foco da prática profissional de enfermagem
Exemplo 1: nível decrescente
Exemplo 2: parcial
- **Meios (recursos):** forma ou método de concretizar uma intervenção
Exemplo 1: cateter urinário
Exemplo 2: material de aprendizagem

- **Ação:** processo intencional aplicado a, ou desempenhado por, um paciente
Exemplo 1: instalar
Exemplo 2: explicar
- **Tempo:** o ponto, o período, o instante, o intervalo ou a duração de uma ocorrência
Exemplo 1: meio-dia
Exemplo 2: hoje
- **Localização:** orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção
Exemplo 1: via uretral
Exemplo 2: domicílio
- **Paciente:** sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção
Exemplo 1: indivíduo
Exemplo 2: família



Figura 10.1

Modelo de sete eixos CIPE® – Versão 1.0.

▪ Como construir diagnósticos e resultados de enfermagem segundo a CIPE® – Versão 1.0

Para criar enunciados de diagnósticos de enfermagem e resultados de enfermagem, devem-se incluir um termo do eixo do foco e um termo do eixo do julgamento, e podem-se incluir termos dos demais eixos (CIE, 2005).

Segundo o CIE (2003), fenômenos de enfermagem representam aspectos da saúde relevantes à prática de enfermagem, e diagnóstico de enfermagem é a denominação dada por um enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem.

Exemplos de diagnósticos de enfermagem (CIPE®)					
	<i>Eixo do foco</i>		<i>Eixo do julgamento</i>		<i>Diagnóstico de enfermagem</i>
DE 1	Integridade da pele	+	Comprometida	=	Integridade da pele comprometida
DE 2	Temperatura corporal	+	Elevada	=	Temperatura corporal elevada

Figura 10.2

Exemplos de diagnósticos de enfermagem com a utilização da taxonomia CIPE®.

Além da elaboração de diagnósticos de enfermagem, faz-se necessário o acompanhamento do estado de um diagnóstico de

enfermagem em pontos específicos do tempo, após execução de uma intervenção de enfermagem, por possibilitar identificar e distinguir a contribuição específica da enfermagem no cuidado de saúde. Ao realizarmos essa mensuração, estamos acompanhando os resultados obtidos (CIE, 2003).

Nóbrega e Gutiérrez (2000) afirmam que os resultados são vistos como uma mensuração da mudança de um diagnóstico de enfermagem em um determinado intervalo de tempo, após a execução das intervenções de enfermagem.

Por exemplo, para o diagnóstico de enfermagem *risco para débito cardíaco diminuído* poderíamos ter como resultado de enfermagem *débito cardíaco diminuído*. Este resultado poderia indicar que houve piora no quadro clínico do paciente.

Poderíamos, no entanto, ter o resultado *débito cardíaco normal*, que indicaria melhora no quadro clínico do paciente.

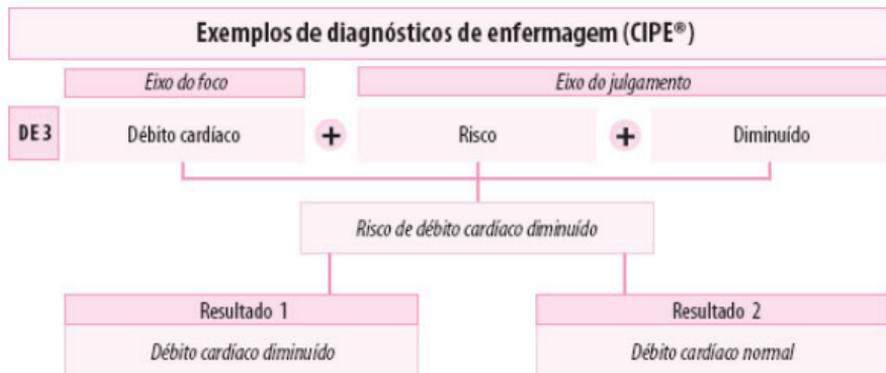


Figura 10.3

Exemplo de resultados com a utilização da CIPE®.

▪ Como construir intervenções de enfermagem utilizando-se a CIPE® – Versão 1.0

Quando se utiliza o modelo de sete eixos da CIPE® para criar enunciados de intervenções de enfermagem, deve-se incluir um termo do eixo da ação e pelo menos um termo-alvo (um termo de qualquer eixo, exceto do eixo do julgamento). Podem-se também incluir outros termos, caso necessário do eixo da ação ou de qualquer outro eixo (CIE, 2005).

Percebe-se que, ao utilizar a CIPE® na prática, a enfermagem nomeia suas ações a partir de uma classificação internacional que vem sendo considerada eficiente para registro e análise da assistência de enfermagem prestada aos pacientes (ANTUNES; DAL SASSO, 2006).

Cabe ressaltar que, com a utilização desse modelo, pretende-se que os responsáveis pelo programa CIPE® recolham e codifiquem esses enunciados, organizem e criem catálogos da CIPE® definidos como subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, direcionados especificamente para uma determinada área da prática do enfermeiro.

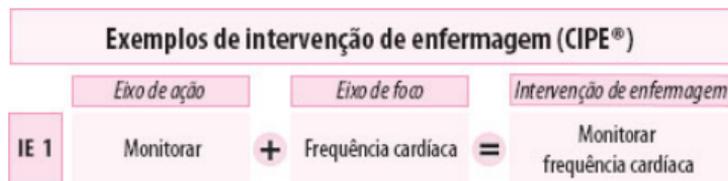


Figura 10.4

Exemplo de intervenção de enfermagem segundo a CIPE®: *monitorar a frequência cardíaca.*

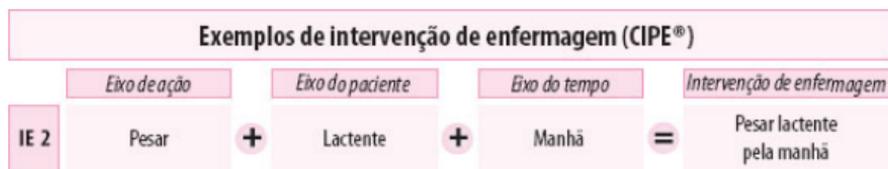


Figura 10.5

Exemplo de intervenção de enfermagem segundo a CIPE®: *pesar lactente pela manhã.*

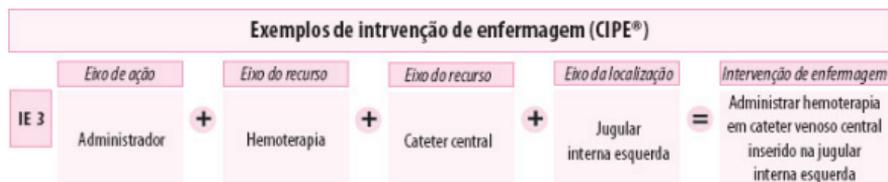


Figura 10.6

Exemplo de intervenção de enfermagem segundo a CIPE®: *administrar hemoterapia em cateter central inserido na jugular interna esquerda.*

Como os enfermeiros geralmente se especializam em uma determinada área de cuidados – terapia intensiva, ginecologia e

obstetrícia, clínica médica, saúde mental, saúde pública, entre outras –, a construção dos catálogos facilitará a aplicabilidade da classificação na prática (CIE, 2005).

Esses catálogos podem ser utilizados em sistemas de registros manuais e eletrônicos e, desse modo, auxiliar os enfermeiros nas respostas a serem dadas diante das necessidades apresentadas pelo paciente, pela família e/ou pela comunidade (CIE, 2005).

O CIE complementa ainda que, uma vez que essa versão da classificação foi desenvolvida como um sistema unificado da linguagem de enfermagem e uma terminologia composicional, os enfermeiros podem cruzá-la com sistemas de classificação locais, regionais ou nacionais. Desse modo, há a possibilidade de a linguagem natural daquela localidade ser mapeada com os termos normalizados, identificando-se, desse modo, sinônimos e termos preferidos.

Em 14 de agosto de 2008, três anos após a publicação da CIPE® – Versão 1.0, o CIE lançou uma nova versão da classificação, a CIPE® – Versão 1.1, que já contém um catálogo de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem com os termos pré-combinados.

Nono passo = Publicação da CIPE® – Versão 1.1.

▪ CIPE® – Versão 1.1

Sabendo que os enfermeiros, para utilizarem a CIPE® mais facilmente na prática, precisam ter à mão conjuntos de enunciados pré-combinados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CIE, 2007), o CIE lançou a CIPE® – Versão 1.1.

A CIPE® – Versão 1.1 já contém um catálogo de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (termos pré-combinados)

e ainda mantém o modelo de sete eixos com o qual os enfermeiros podem continuar a construir os enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que ainda não constam na classificação.

Além disso, é importante ressaltar que, entre os diagnósticos já formulados, constam os reais negativos e os reais positivos.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de diagnósticos reais negativos e reais positivos existentes na CIPE® – Versão 1.1.

Diagnósticos reais negativos

Conflito de decisão

Processo de pensamento distorcido

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Diagnósticos reais positivos

Conhecimento aumentado

Aceitação do estado de saúde

Enfrentamento individual eficaz

Em fevereiro de 2009, o Conselho Internacional de Enfermagem começou a divulgar uma nova versão, a CIPE® – Versão 2.0, que foi lançada oficialmente por ocasião do XXIV Congresso do CIE, entre 24 de junho e 4 de julho de 2009, em Durban, África do Sul.

Décimo passo = Publicação da CIPE® – Versão 2.0.

■ CIPE® – Versão 2.0

A Versão 2.0 inclui novos diagnósticos, intervenções e resultados já elaborados por enfermeiros, mantendo também o modelo de sete eixos para a combinação de termos de formulação de outros diagnósticos, intervenções e resultados.

Cerca de 400 novos conceitos foram acrescentados nesta nova terminologia, e foi feito um trabalho exaustivo para garantir consistência e acurácia aos novos termos, às definições e a outros aspectos da classificação.

A nova versão inclui 134 diagnósticos/resultados negativos; 95 diagnósticos/resultados positivos, além de 238 intervenções de enfermagem elaboradas por enfermeiros. A nova versão está disponível em um espaço interativo no *site* do CIE (<http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/>).

A ideia é que a CIPE® – Versão 2.0 contribua para a ampliação da área de cobertura da CIPE® e que continuem os avanços para o desenvolvimento de catálogos para áreas específicas e orientações para o incremento desses catálogos.

■ A CIPE® no Brasil

No Brasil, merecem ser ressaltadas experiências em que se utilizou a CIPE®, como o projeto de implantação da CIPE® na área de saúde coletiva (CIPESC) nos prontuários eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba; o projeto de Sistematização da assistência de enfermagem em UTI, com a utilização de um *software* que vem sendo desenvolvido em Florianópolis; o desenvolvimento de um instrumental tecnológico, tendo por base os termos

da linguagem dos componentes da equipe de enfermagem, para inserção em sistemas de informação de um hospital-escola de João Pessoa (NÓBREGA; GARCIA, 2005); e a construção, em Belo Horizonte, de um banco de termos da linguagem especial da enfermagem para a UTI de adultos que está sendo utilizada para alimentar um *software* com todas as etapas do processo de enfermagem para esse tipo de unidade (TANNURE, 2008).

Os comitês da CIPE® continuam realizando validações dos termos nela existentes e incorporando novos termos obtidos a partir de estudos clínicos que vêm sendo realizados em todo o mundo (KUO; YEN, 2006). Cruz *et al.* (2000) propõem que continuem sendo realizados estudos e discussões sobre classificações e contribuições para o desenvolvimento da CIPE®, visando à sua utilização na prática, na docência e na pesquisa.

No Brasil, o centro para pesquisa e desenvolvimento da CIPE® é situado na Universidade Federal da Paraíba, que desenvolve projetos de validação de termos usados na prática da enfermagem e a construção de um banco de dados essenciais para a prática de enfermagem e catálogos CIPE®.

O projeto do CIE, por meio das diversas alterações realizadas na CIPE®, pretende uniformizar a linguagem da enfermagem para que o profissional possa dispor dos conceitos dos fenômenos de enfermagem, identificando aqueles de que necessita para sua intervenção. Com isso, serve de guia das ações realizadas pela equipe de enfermagem, traçando e registrando toda a sua prática (SILVA *et al.*, 2008).

A CIPE® é uma classificação composta de termos de domínio da enfermagem (JIANG *et al.* 2007) que pode ser vista como um mapa que está sendo construído e que deve ser capaz de representar a enfermagem como área de conhecimento (CRUZ *et al.*, 2000).

Sansoni e Giustini (2006) afirmam que a CIPE® se compara a um dicionário que necessita ser apurado; assim, é imprescindível dar continuidade à sua evolução, de modo que haja compreensão

sobre a prática de enfermagem em todo o mundo. A utilização da CIPE® estabelece padrões de cuidados que podem ser usados em diversas regiões do planeta e que podem impulsionar uma padronização da linguagem de enfermagem e melhorar a qualidade da assistência, por meio da identificação, da padronização e do acompanhamento daquilo que a enfermagem produz (BITTENCOURT; NÓBREGA, 2006).

A classificação proporciona capacidade de gerenciamento dos elementos críticos de enfermagem, possibilitando a documentação da assistência e o desenvolvimento do entendimento fundamentado em conhecimento do trabalho de enfermagem no contexto global do trabalho em saúde (CIE, 2007).

Pode-se dizer que não há mais volta: a CIPE® é uma realidade na enfermagem mundial, e os enfermeiros que não a utilizarem vão ficar de fora desse processo (NÓBREGA, 2002).

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. O que motivou a criação da CIPE®?
2. Quais as solicitações da OMS para que os diagnósticos de enfermagem sejam incorporados à família de classificações de saúde?
3. Quais são a visão, a missão e as metas estratégicas da CIPE®?
4. Quais as mudanças realizadas de uma CIPE® para outra desde a Versão Alfa até a Versão 2.0?
5. Que motivos levaram à criação da CIPE® – Versão 1.0?
6. Como é estruturada a CIPE® – Versão 1.0?
7. Quais são os eixos da CIPE® após a publicação da Versão 1.0? Descreva-os.

8. Como deve ser realizada a construção de um diagnóstico de enfermagem com a utilização da CIPE®?
9. Como se deve realizar a construção de um resultado de enfermagem com a utilização da CIPE®?
10. Como deve ser realizada a construção de uma intervenção de enfermagem com a utilização da CIPE®?
11. O que são os catálogos da CIPE®? Por que a criação deles é importante?
12. Defina a diferença evidenciada entre um diagnóstico de enfermagem real negativo e um diagnóstico de enfermagem real positivo.



11

CIPESC®
Classificação
Internacional das
Práticas de
Enfermagem em Saúde
Coletiva

Tânia Couto
Machado **Chianca**
Adelaide De Mattia
Rocha

A necessidade de sistem-
atização da assistência

de enfermagem em
saúde coletiva

O que motivou a con-
strução da CIPESC®

Como foi desenvolvido o
projeto CIPESC®

A utilização da CIPESC®
na prática

Questões para fixação do
conteúdo

The image shows a tilted, pink-tinted document, likely a form or a page from a book. The document is oriented diagonally, with the top-left corner pointing towards the upper left of the frame. It contains a dense grid of text and lines, suggesting a structured layout such as a table or a series of fields. The text is too small and faded to be legible, but the overall appearance is that of a technical or administrative document. The document is set against a plain white background.

A proposta brasileira para auxiliar na construção da CIPE®, elaborada e desenvolvida pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), denominou-se Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®).

Marcia Regina Cubas e Emiko Yoshikawa Egry

▪ A necessidade de sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva

O Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição brasileira em 1988, tem sido reconhecido nacional e internacionalmente como um dos programas de maior inclusão social do mundo, e constitui uma nova formulação política e organizacional que visa reorganizar os serviços e as ações de saúde no Brasil.

A viabilização desse sistema representa, na prática, um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e a sociedade brasileira, em razão da grandiosidade desse novo modelo de assistência e à necessidade de adequação das políticas de saúde às demandas de saúde da população e de qualificação técnico-profissional dos trabalhadores de saúde, entre outros.

Vários mecanismos têm sido instituídos para garantir a implantação desse modelo de assistência na prática profissional. Nesse sentido, a Estratégia da Saúde da Família, implantada no País a partir de 1994, constitui uma forma de reverter o modelo assistencial prioritariamente hospitalocêntrico, centrado na assistência à doença, para uma nova concepção de saúde, mais abrangente, voltada para a promoção da qualidade de vida e para a intervenção nos fatores que a colocam em risco e para a prevenção de doenças e agravos, além do investimento em ações em assistência de saúde de média e alta complexidades.

Diante desse novo paradigma de reorganização da atenção primária à saúde, o enfermeiro vem assumindo um papel diferenciado nas equipes de saúde da família, o que acaba por exigir uma reflexão sistematizada da sua atuação nesse novo contexto, particularmente no que diz respeito à integralidade do cuidado.

Uma vez que se insere na nova perspectiva de trabalho em saúde – a estratégia de saúde da família –, o enfermeiro passa a incluir em sua ação atividades de vigilância em saúde e busca ativa de cuidados no domicílio, o que demanda uma nova reestruturação da sua prática.

Entretanto, a atuação do enfermeiro nesse cenário exige a sistematização da assistência de enfermagem com a incorporação de novos conhecimentos e o desenvolvimento de tecnologias para atender à complexidade que esse novo paradigma implica. Nesse contexto, o enfermeiro busca conhecimentos em pesquisas que possam subsidiá-lo na construção de novas estruturas e na orientação dos novos processos de trabalho e novos modos de inserção nos cenários comunitários, bem como novas diretrizes para a avaliação dos resultados desse modelo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as atribuições específicas do enfermeiro inserido na atenção primária à saúde são:

- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo indicação para a continuidade da assistência prestada
- Realizar consultas de enfermagem
- Solicitar exames complementares
- Prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: infância, adolescência, vida adulta e velhice; no nível de suas competências, prestar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na unidade de saúde da família e, quando necessário, no domicílio
- Realizar atividades nas áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde
- Aliar atuação clínica à prática de saúde coletiva
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, tais como de hipertensos, de diabéticos, de doentes mentais, entre outros
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções. Somam-se a essas as atribuições comuns todos os profissionais que integram as equipes.

Fica evidente que, entre as atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde, encontra-se a implementação na prática das etapas do processo de enfermagem no âmbito da saúde coletiva.

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem favorecido a autonomia dos profissionais das diversas áreas de saúde. Entretanto, as bases de dados de produtividade não têm mostrado a prática do enfermeiro voltada para o cuidado, o que demonstra a necessidade de

registro e acompanhamento dos diagnósticos de necessidades detectados pelos profissionais enfermeiros no PSF e das ações realizadas para minimizar e resolver os diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico e o tratamento das doenças competem ao profissional médico.

Cabe ao enfermeiro descrever as necessidades e os problemas por ele diagnosticados e os cuidados a serem implementados para minimizá-los e/ou resolvê-los, bem como manter e promover condições de bem-estar.

Para Witt (2005), as competências gerais e específicas do enfermeiro na atenção básica são de fundamental importância para a construção de referenciais em uma perspectiva de emancipação do trabalhador, do usuário e da humanização do cuidado de saúde, de acumulações “em seu saber-ser”, articulada com seu “saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver”, e constituem elementos produtores e geradores de competências. Construir competências significa estabelecer diretrizes de responsabilidade do profissional enfermeiro tendo como referência seus conhecimentos, suas habilidades e suas atitudes, as quais, complementadas com as de outros profissionais, contribuem para reorientar o processo de trabalho no sentido de construir novas práticas sociais necessárias às mudanças e alterações do exercício das práticas de saúde em enfermagem na rede básica, para implementação do PSF.

▪ O que motivou a construção da CIPESC®

Uma das maneiras de reorientar o trabalho de enfermagem que têm sido anunciadas é a proposta de uniformização da linguagem utilizada pela enfermagem no mundo inteiro. Para se padronizar a linguagem é preciso reunir os termos empregados pela enfermagem

para designar os fenômenos, as ações e os resultados pelos quais a enfermagem é responsável. Na prática, é o conjunto de termos que definem o que a enfermagem identifica, o que faz e o que avalia no indivíduo, na família e na comunidade nos diversos cenários da sua prática.

Cabe ressaltar que a prática profissional de enfermagem vem ocorrendo, predominantemente, de maneira assistemática, o que por certo dificulta a operacionalização dos processos de trabalho.

Essa proposta de utilização de terminologias de enfermagem está em consonância com as diretrizes internacionais para a criação da CIPE®, no que diz respeito ao estabelecimento de uma linguagem comum que descreva a prática de enfermagem e melhore a comunicação dos enfermeiros entre si e dos enfermeiros com os outros profissionais da área de saúde.

Além disso, permite a descrição dos cuidados de enfermagem aos indivíduos, às famílias e às comunidades em uma diversidade de locais, institucionais ou não; a comparação dos dados de enfermagem entre populações clínicas, locais, áreas geográficas ou tempos diferentes; a demonstração ou projeção das tendências sobre a prestação de tratamentos e de cuidados de enfermagem; o incentivo à investigação em enfermagem com os sistemas de informação em saúde; e o fornecimento de dados da prática de enfermagem que possam influir nas políticas de saúde (ICN, 1996). Além disso, guarda pertinência com a legislação do exercício profissional da enfermagem no Brasil, que determina que a SAE deve ser implementada.

Cabe ressaltar, no entanto, que, apesar de terem sido reunidos todos os sistemas de classificação da época para ter início o trabalho de desenvolvimento da CIPE®, tais sistemas não necessariamente incorporavam termos relacionados com a atenção primária nem com a prática de enfermagem em serviços comunitários de saúde. É necessário, portanto, identificar e incluir termos associados a esse campo de prática (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

Assim, tornou-se necessária a viabilização de nomenclatura própria da enfermagem em saúde coletiva, que contribuísse para maior visibilidade do trabalho do enfermeiro e da enfermagem.

Existe um grande interesse pela identificação, pelo desenvolvimento e pela classificação de fenômenos, ações e resultados de enfermagem, na perspectiva de descrever e comunicar as condições de saúde tratadas pela enfermagem que não constam na CIPE®, além de validar aquelas identificadas; contribuir para uma linguagem uniformizada; construir um sistema codificado e sistematizado que favoreça o desenvolvimento de sistemas de informação computadorizados; e contribuir para a implantação de prontuários eletrônicos de saúde.

Desse modo, a proposta para o desenvolvimento de uma classificação que descrevesse os elementos da prática de enfermagem na área de saúde coletiva no Brasil nasceu para atender à necessidade de contribuir para a construção da CIPE®.

A proposta brasileira para auxiliar na construção da CIPE®, elaborada e desenvolvida pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), denominou-se Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®). O projeto foi desenvolvido no Brasil de 1996 a 2000, graças a uma parceria da ABEn com o CIE, com apoio financeiro da Fundação W. F. Kellogg e tendo por objetivo a criação de uma nomenclatura que fosse capaz de descrever os fenômenos de enfermagem identificados nas práticas de enfermagem que se dão nas diferentes realidades sociais, demográficas, econômicas e políticas do País (ANTUNES, 2001; EGRY; CUBAS, 2006).

▪ Como foi desenvolvido o projeto CIPESC®

Para o desenvolvimento do projeto CIPESC® no Brasil, foi realizada pela ABEn nacional, em fevereiro de 1996, uma oficina que contou com a participação de enfermeiros de várias regiões do País e com experiência na utilização de diagnósticos de enfermagem e de saúde coletiva, com o objetivo de propor um projeto nacional de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC® (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

O projeto CIPESC® foi implementado no Brasil entre 1996 e 2000, com os objetivos de estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento da classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no País; rever as práticas de enfermagem em saúde coletiva realizadas no País; construir um sistema de informações da prática que pudesse permitir sua classificação, a troca de experiências e a interlocução em âmbitos nacional e internacional (ALBUQUERQUE; CUBAS, 2005; ANTUNES, 1997, ABEn, 1996).

Durante a execução do projeto, foram consideradas as dimensões continentais do território brasileiro e estabeleceram-se 15 cenários de pesquisa para o desenvolvimento das atividades da pesquisa, a qual envolveu duas etapas. Na primeira etapa, de coleta de dados de caracterização dos cenários, foram identificadas, a partir de análises descritivas dos dados a força de trabalho de enfermagem e as ações desenvolvidas predominantemente nos cenários (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Na segunda etapa, foram analisados os dados sobre as práticas dos profissionais envolvidos no processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva a partir da implementação de técnicas de grupo focal e entrevistas semiestruturadas. O projeto contou com a

participação e a colaboração de consultores ligados à coordenação geral, 115 pesquisadores de 15 diferentes cenários de pesquisa, nos quais buscou-se a diversidade de práticas de enfermagem, e de 720 componentes da equipe de enfermagem e agentes comunitários, além de 165 gerentes de unidades básicas, gestores e representantes de entidades ligadas à saúde e à enfermagem (ANTUNES, 2001).

Foram realizados 90 grupos focais com a participação de componentes da equipe de enfermagem. Os dados foram submetidos a análises qualitativas, e o resultado foi a produção de um inventário vocabular de enfermagem na área de saúde coletiva pela identificação de termos relativos a fenômenos e a ações de enfermagem e pela caracterização do processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva no País (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

No inventário vocabular da CIPESC® foi usada como referencial a estrutura de eixos proposta na CIPE® – Versão Beta, e identificaram-se 542 fenômenos de enfermagem, com 331 classificados no eixo foco da prática de enfermagem. Desses, 152 eram termos já incluídos na CIPE® – Versão Beta e 179 eram termos não incluídos nessa classificação. Entre as 3.479 ações de enfermagem, havia as que foram distribuídas em grupos de ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem e outras que foram inseridas em grupos de ações executadas a partir de outras funções assumidas por membros da equipe de enfermagem em unidades básicas de saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Para a caracterização do processo de trabalho em enfermagem em saúde coletiva, 502 frases temáticas foram analisadas e decodificadas, e se relacionam com categorias de objetos, instrumentos, meios e finalidades (saber instrumental e saber ideológico) que possibilitam a reflexão sobre o trabalho da enfermagem em saúde coletiva como prática social (EGRY *et al.*, 2000).

▪ A utilização da CIPESC® na prática

Desde o término do Projeto CIPESC® no Brasil, têm sido publicados muitos trabalhos e experiências que utilizam seus resultados. Um dos trabalhos relevantes é o projeto de implantação da CIPESC® no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no Paraná, um exemplo de aplicação prática do projeto CIPESC® no Brasil (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

Os resultados do Projeto CIPESC® foram apresentados para caracterizar o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva no Brasil e produzir um inventário vocabular de enfermagem em saúde coletiva, a partir da identificação de termos relacionados com fenômenos e ações de enfermagem, tendo como referência a CIPE® – Versão Beta (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

O inventário vocabular utiliza a estrutura multiaxial da CIPE® – Versão Beta como estrutura e contempla 542 fenômenos de enfermagem, sendo 331 desses classificados no eixo foco da prática de enfermagem da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE® e 3.479 ações de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Esse instrumento tem viabilizado o desenvolvimento de pesquisas para validar os fenômenos e as ações de enfermagem no âmbito da saúde coletiva.

Atualmente, a ABEn nacional está procurando contribuir para a consolidação das ações de saúde no SUS e tem proposto, em ação conjunta com o Ministério da Saúde, a criação de um *software* que incorpore o inventário vocabular identificado nos resultados do Projeto CIPESC®. O referido instrumento se traduz em um mecanismo gerencial, uma vez que possibilita a agilização e otimização dos processos de trabalho, facilitando o registro e a análise do

custo-benefício da produção de enfermagem no âmbito dos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, propõe a criação de um sistema autoinstrucional de capacitação da equipe de enfermagem, com a finalidade de instrumentalizar o uso desse vocabulário na sistematização da assistência de enfermagem, possibilitando registro de produção e avaliação de impacto das práticas de enfermagem na qualidade de vida da população.

Espera-se que, utilizando o inventário vocabular identificado na CIPESC® como instrumento de normatização do trabalho, os profissionais de enfermagem consolidem sua prática nas diretrizes e nas ações desenvolvidas no SUS; reflitam acerca do seu trabalho do ponto de vista da resolutividade, da equidade, da integralidade e da qualidade da atenção à saúde nos serviços de saúde; identifiquem e validem a linguagem técnica de enfermagem; e disseminem as informações acerca dos processos de trabalho e das diversidades dessas práticas.

Desde 2001, a ABEn do Paraná se propôs consolidar o Projeto CIPESC® na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba e, em parceria com a Universidade Federal do Paraná, foram capacitados 150 enfermeiros da rede básica de saúde, no intuito de sistematizar a assistência de enfermagem nas unidades básicas de saúde de Curitiba. Este é um exemplo de implementação de sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em que a CIPESC® tem sido utilizada (ALBUQUERQUE; CUBAS, 2005; EGRY; CUBAS, 2006).

No projeto desenvolvido em Curitiba, foram usadas a listagem de fenômenos e intervenções da CIPESC® (GARCIA; NÓBREGA, 2000), as definições dos fenômenos e intervenções da CIPE® (CIE, 2000) e a proposta de validação de termos Versão Beta (GARCIA; NÓBREGA, 2000). Foram realizadas a construção prévia de diagnósticos e intervenções, sua codificação e sua implementação em um sistema informatizado. Esse trabalho foi desenvolvido com

enfermeiros assistenciais, representantes dos diferentes distritos sanitários da capital paranaense.

Em paralelo, aconteceram reuniões com a equipe de informática da SMS de Curitiba para implantação, inicialmente, do tema Saúde da Mulher e, posteriormente, do tema Saúde da Criança, no prontuário eletrônico da SMS de Curitiba. A nomenclatura CIPE®/CIPESC® foi implantada no sistema informatizado de todas as unidades básicas de saúde de Curitiba em julho de 2004, a partir da implementação da consulta de enfermagem no prontuário eletrônico. Sua terminologia foi adaptada para incorporar a realidade local, sendo utilizada como ferramenta da prática da enfermagem.

Procurou-se com esse projeto sistematizar e validar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem na rede municipal de saúde de Curitiba, além de incentivar a produção científica pelos profissionais enfermeiros.

A implementação dos resultados da CIPESC® em Curitiba mostrou o impacto de sua utilização para o fornecimento de dados relevantes para se direcionarem as tomadas de decisão de enfermagem em âmbitos individual e coletivo; direcionarem políticas de saúde; conferir visibilidade ao trabalho de enfermagem, garantindo a alimentação com dados para os indicadores de qualidade em saúde; além de sistematizar a assistência no âmbito da atenção à criança, à mulher e, atualmente, em saúde mental.

Segundo Alburquerque e Cubas (2005), é importante reconhecer que a utilização dos sistemas de classificação na prática, além de proporcionar padrões para a execução dos cuidados, possibilita uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem, por meio de sistematização, do registro e da quantificação do que é realizado pela equipe de enfermagem.

Cada vez mais torna-se necessária a quantificação dos resultados obtidos com os pacientes a partir das ações executadas pela equipe de enfermagem, uma vez que tais indicadores evidenciam a

qualidade da assistência de enfermagem e possibilitam uma assistência mais eficiente.

A utilização de sistemas informatizados favorece a obtenção desses indicadores, os quais podem ser utilizados pelas instituições de saúde para respaldar suas decisões acerca do quadro de pessoal, determinar custos relacionados com os cuidados prestados e oferecer informações sobre a qualidade da assistência de enfermagem (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Reflita sobre a necessidade de sistematização da assistência de enfermagem do ponto de vista do PSF.
2. Por que é importante descrever os fenômenos da prática de enfermagem?
3. Como foi desenvolvido o projeto CIPESC®?
4. Quantos fenômenos foram identificados na prática dos enfermeiros que atuavam na área de saúde coletiva e que ainda não constavam na CIPE®? Por que é importante descrever esses fenômenos?
5. A CIPESC® vem sendo utilizada na prática? Onde? Como?
6. Descreva como a CIPESC® foi incorporada à prática dos enfermeiros da SMS em Curitiba.



12

Classificações de Enfermagem e Pesquisa

Tânia Couto
Machado **Chianca**

Uniformização da linguagem de classificação,
Sistemas classificatórios,
Critérios para a classificação dos diagnósticos de enfermagem,
Diagnósticos de enfermagem e a prática de pesquisa,

Validação dos diagnósticos
de enfermagem,

Intervenções de enfer-
magem e a prática de
pesquisa,

Resultados de enfer-
magem e a prática de
pesquisa,

Outras publicações sobre
as classificações de
enfermagem,

Questões para fixação do
conteúdo,

The image shows a pink-tinted, tilted document, likely a form or a page from a book, rotated 45 degrees clockwise. The document contains a grid of fields with various labels and text, but the text is too small and blurry to read accurately. The layout appears to be a structured form with multiple columns and rows of input fields. The overall appearance is that of a scanned document with a pinkish hue.

A construção de uma classificação de enfermagem exige tanto um comprometimento de entidades, associações e organizações de enfermagem como o apoio dos enfermeiros que atuam nos diversos tipos de campos da prática e nos diversos setores e/ou unidades. Para tanto, os enfermeiros devem participar ativamente da identificação e da nomeação dos componentes de sua prática.

Tânia Couto Machado Chianca

▪ Uniformização da linguagem de classificação

A preocupação de profissionais de enfermagem com a prática assistencial aumentou muito nos últimos 50 anos, e essa evolução tem sido facilitada pelo crescimento da produção teórica e de pesquisas em enfermagem e pelas mudanças no paradigma de saúde – que antes se baseava no modelo curativo e atualmente está voltado para a prevenção e a reabilitação das pessoas.

Evidencia-se nas pesquisas em enfermagem uma preocupação dos enfermeiros em uniformizar a linguagem pela construção de uma classificação única de enfermagem, que inclua termos utilizados para designar os fenômenos de interesse da enfermagem, as ações executadas e os resultados mensurados.

Em enfermagem, *classificar* significa desenvolver uma linguagem que possa descrever os julgamentos clínicos pelos quais os

enfermeiros são responsáveis. Em muitos países, têm sido feitos esforços para que seja desenvolvida uma linguagem uniformizada de enfermagem que inclua os elementos básicos de uma classificação: ser útil para a prática, para a educação e para a pesquisa, favorecer a mensuração de custos, contribuir para o desenvolvimento dos prontuários eletrônicos de pacientes e fornecer dados que subsidiem as estatísticas em saúde (CHIANCA, 2008).

Segundo Gordon (1998), já na Bíblia existem alusões às classificações, no livro do Gênesis, e a Classificação Internacional das Doenças (CID) tem sido usada desde 1893. Em 1859, Florence Nightingale escreveu que a enfermagem desconhecia os elementos de sua prática, e cerca de 150 anos depois a fundadora da enfermagem moderna ficaria surpresa em saber que dar visibilidade à enfermagem continua sendo um grande desafio.

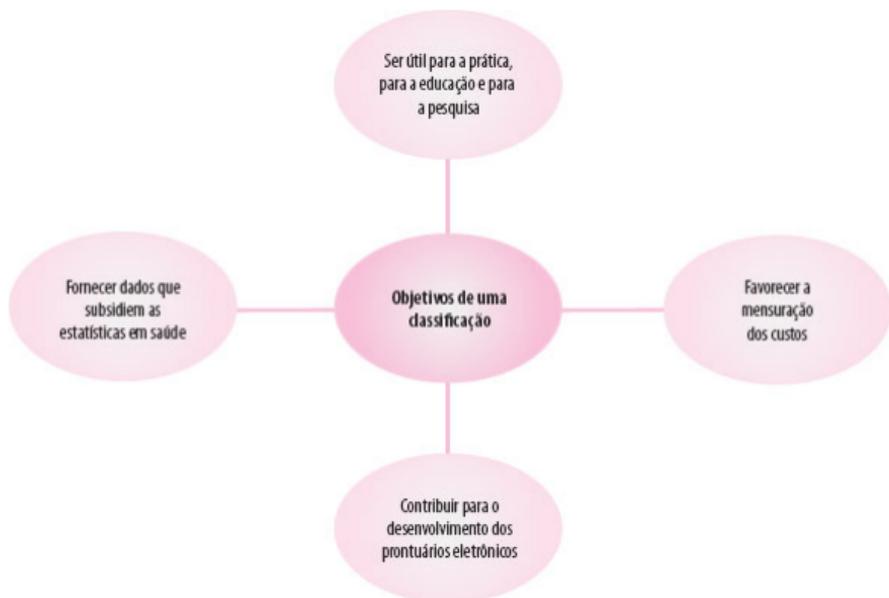


Figura 12.1

Objetivos de uma classificação.

Houve progressos, mas permanece o problema da falta de dados de qualidade acerca de quem são os enfermeiros, o que fazem, a quem prestam cuidados, que efeitos suas intervenções têm sobre os resultados apresentados pelos pacientes e quanto custam essas intervenções.

Para se planejarem cuidados efetivos de saúde, é preciso dispor de informações acerca da contribuição da enfermagem para os resultados de saúde apresentados pela população. O impacto da assistência de enfermagem no cenário da saúde do País pode ser resgatado nos bancos de dados de saúde, se houver um sistema de classificação de enfermagem eficiente (CHIANCA, 2008).

■ Sistemas classificatórios

Os enfermeiros têm reconhecido que precisam utilizar sistemas de classificações para coletar, arquivar, investigar, analisar e comunicar informações sobre as suas práticas. Segundo Gordon (1998), “classificar é colocar entidades em grupos ou classes com base em suas semelhanças”.

Constantemente nos deparamos com a humanidade classificando coisas e com a importância dessa ação. Imagine-se procurando por uma informação em uma revista em que as notícias não são organizadas em categorias. Na área de informática, por exemplo, os sistemas de classificação têm papel crucial na maneira como os dados são apresentados, de acordo com suas semelhanças.

Entretanto, cabe ressaltar que, antes que os conceitos possam ser classificados, é preciso que sejam desenvolvidos. A relação entre os conceitos é a base de um sistema hierárquico de classificação e

para a organização do conhecimento em uma área. A ciência tem desenvolvido conceitos para classificar animais, plantas, produtos químicos e outras coisas de interesse científico.

No sistema de saúde, os únicos conceitos disponíveis até meados do século XX eram os conceitos médicos. As doenças foram classificadas na primeira metade dos anos 1700.

Em 1860, Florence Nightingale escreveu o artigo “Propostas para padronizar as estatísticas hospitalares”, em que recomendava a inclusão da classificação das condições não fatais e as causas da morte, classificação esta que passou a ser utilizada a partir de 1983.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu a responsabilidade pela revisão CID a cada dez anos, recomendando em 1948 o estabelecimento de comitês nacionais em cada país focados nas estatísticas vitais e em saúde e, assim, em estimular a cooperação entre países. No Brasil, a 10ª revisão da CID-10 tem sido o sistema adotado para designar as doenças e os problemas de saúde (GORDON, 1998).

Desde os anos 1950, quando as teorias de enfermagem começaram a despertar o interesse de enfermeiros e pesquisadores, principalmente nos EUA e no Canadá, houve um aumento natural na preocupação de classificar a prática de enfermagem. Como consequência, a partir das décadas de 1980 e 1990 surgiram várias conferências destinadas a estabelecer um banco de dados mínimo de enfermagem (Nursing Minimum Data Set [NMDS]). O NMDS inclui dados do paciente, coleta de dados, intervenções e resultados, que são os elementos básicos para a classificação da prática de enfermagem.

Hoje há diversos sistemas de classificações de enfermagem reconhecidos, muitos deles utilizados no Brasil, tais como o da NANDA, da NIC, da HHCC (Home Health Care Classification/Classificação de Cuidados Domiciliares de Saúde), o The Omaha System (Sistema de Cuidados Comunitários de Omaha), o PNDS

(Perioperative Nursing Data Set/Grupo de Dados de Enfermagem Perioperatória) e a CIPE® (CHIANCA, 2008).

As classificações favorecem a coleta de dados de enfermagem, a síntese desses dados, o planejamento, a implementação e a avaliação do cuidado, utilizando-se linguagens uniformizadas, além do agrupamento e da comparação desses dados para que se possa incluí-los em sistemas de dados de informação em saúde, favorecendo assim a tomada de decisões.

▪ Critérios para a classificação dos diagnósticos de enfermagem

Há poucos estudos que descrevem os critérios de classificação dos diagnósticos de enfermagem e como esses critérios satisfazem as diversas taxonomias existentes (MULLER-STAUH *et al.*, 2007).

Muller-Staub *et al.* (2007), em um estudo realizado na Suíça, fizeram uma revisão da literatura para identificar esses critérios e avaliar como a CIPE®, a International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e o Nursing Diagnostic System do Centro de Desenvolvimento e Pesquisa de Enfermagem (Center for Nursing Development and Research [ZEFP]) preenchem esses critérios. Foi encontrado um total de 50 artigos. Nessa revisão de literatura, cada classificação foi avaliada com o auxílio de uma matriz conceitual.

Os critérios para classificação dos diagnósticos de enfermagem e análises obtidas com essa pesquisa foram:

1. Um diagnóstico deve ser tema pertencente à base de conhecimentos da profissão.

O primeiro critério geral é que um diagnóstico deve ser tema pertencente à base de conhecimentos da profissão. A CIPE® e a NANDA cumprem essa meta (MULLER-STAUH *et al.*, 2007).

2. Cada classe de diagnóstico deve encaixar-se em um conceito central.

O segundo critério geral é que cada classe de diagnósticos deve encaixar-se em um conceito central. A ICF e a NANDA são as únicas que atendem a esse item (MULLER-STAUH *et al.*, 2007).

3. Cada classificação deve ter uma descrição de diagnóstico, critérios de diagnóstico, etiologias e afins.

O terceiro critério de classificação geral é que cada classificação deve ter uma descrição de diagnóstico, critérios de diagnósticos, etiologias e afins. Embora a ICF e a CIPE® descrevam os termos do diagnóstico, apenas a NANDA cumpre esse critério. Essa análise indicou que a NANDA cumpriu a maioria dos critérios específicos de classificação propostos na matriz (MULLER-STAUH *et al.*, 2007).

Em seguida, uma amostra de conveniência de 20 enfermeiros especialistas de diferentes instituições suíças respondeu a um formulário padronizado sobre as classificações e sua utilização na prática. Os enfermeiros peritos consideraram a NANDA a classificação mais aplicável e mais estudada na Suíça e nos demais países (MULLER-STAUH *et al.*, 2007).

A literatura internacional e os enfermeiros suíços indicam que a NANDA abrange os critérios gerais e específicos para uma classificação de diagnósticos de enfermagem. Diante dos resultados, o estudo recomenda a utilização da NANDA na prática da enfermagem e sua inclusão em documentação eletrônica de enfermagem.

▪ Diagnósticos de enfermagem e a prática de pesquisa

O objetivo da pesquisa é que seus resultados melhorem a prática de enfermagem. O aumento crescente de estudos com a temática *diagnósticos de enfermagem* mostra sua viabilidade e importância na identificação das respostas humanas para a evolução do conhecimento em enfermagem.

Os primeiros estudos realizados para verificar a presença, a clareza de termos e a utilização de diagnósticos específicos usaram análises de conteúdo de observações de paciente associadas a estimativas de concordância entre enfermeiros especialistas e assistenciais e estudantes de enfermagem (ENGLAND, 1989).

A maioria dos estudos que abordam a temática *diagnósticos de enfermagem* da NANDA referia-se a estudos de validação desses diagnósticos (GARCIA, 1998).

Validade de um diagnóstico refere-se ao grau em que um diagnóstico representa o problema do paciente e o estabelecimento de cuidados necessários previstos a partir de julgamento clínico e do conhecimento do enfermeiro e da mensuração do estado do paciente, da família ou da comunidade.

▪ Validação dos diagnósticos de enfermagem

O diagnóstico é fundamentado na coleta de sinais e sintomas e na análise de fatores relacionados com o fenômeno que pode ocorrer tanto com o paciente como com a família ou a comunidade. O estabelecimento de um diagnóstico é importante porque é o diagnóstico que vai determinar os resultados esperados e as intervenções de enfermagem a serem empregadas para que os resultados sejam alcançados.

Com base na literatura, Garcia (1998) afirma que alguns modelos podem ser usados para gerar, analisar e/ou validar os diagnósticos de enfermagem. Considera-se que esses modelos também podem ser aplicados para a geração, a análise e/ou a validação de resultados e intervenções de enfermagem.

Entre os modelos metodológicos, Garcia (1998) destaca os propostos por Gordon e Sweeney (1979), por Fehring (1986, 1987) e por Hoskins (1989) como os mais utilizados para identificação, validação e revisão de diagnósticos de enfermagem.

Os modelos básicos de Gordon e Sweeney (1979) foram os primeiros e são considerados clássicos, embora careçam de detalhes metodológicos (GARCIA, 1998).

Com base em Gordon e Sweeney (1979), Garcia (1996), Creason (2004), considera-se que existem três modelos básicos: o modelo retrospectivo, o modelo clínico e o modelo de validação por pares.

Validação dos diagnósticos de enfermagem: modelo de Gordon e Sweeney

Modelo retrospectivo: utiliza a experiência de enfermeiros com os problemas de saúde de seus pacientes para a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Segundo esse modelo, variáveis como a formação e a experiência dos enfermeiros e as áreas clínicas e geográficas devem ser levadas em consideração.

Modelo clínico: realizado em ambiente clínico a partir da observação direta de comportamentos, de dados obtidos em entrevistas dos enfermeiros com os pacientes ou nos prontuários. Quando se utiliza esse modelo, busca-se comprovar categorias diagnósticas e características definidoras anteriormente identificadas.

Modelo de validação por pares: enfermeiros familiarizados com o processo de enfermagem e com determinado diagnóstico a ser testado são previamente treinados para testar diagnósticos de enfermagem já identificados, e estabelecer seu índice de fidedignidade. A análise envolve tabulação de frequências das características definidoras para o diagnóstico em estudo. A competência clínica dos enfermeiros é importante.

Segundo England (1989), o modelo de validação clínica de diagnósticos de enfermagem proposto por Gordon e Sweeney (1979) foi modificado por Fehring (1986).

Inicialmente, Fehring (1986) propôs dois modelos distintos para estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem: validação de conteúdo diagnóstico (DCV) e validação clínica de diagnóstico (CDV). Posteriormente, Fehring (1987) acrescentou um novo

modelo, o de validação diferencial de diagnósticos (DDV), estabelecendo também modelos metodológicos.

O modelo proposto por Fehring (1986) é o mais utilizado para validação de diagnósticos de enfermagem (ENGLAND, 1989).

Validação de diagnósticos de enfermagem: modelo de Fehring

Modelo de validação de conteúdo diagnóstico: no modelo de validação de conteúdo diagnóstico (DCV), investiga-se a opinião de enfermeiros peritos acerca do grau com que certas características definidoras determinam um diagnóstico. Segundo o autor, é importante, antes de aplicar esse modelo, que se proceda a uma revisão bibliográfica para dar suporte teórico tanto para o diagnóstico quanto para as características definidoras do diagnóstico a ser validado. O pesquisador pode acrescentar à listagem algumas características definidoras fictícias (FEHRING, 1987; GARCIA, 1998).

O modelo implica três etapas. Na primeira, 25 a 50 enfermeiros especialistas pontuam, em uma escala de 1 a 5, quanto as características definidoras representam o diagnóstico em questão. Em seguida, na segunda etapa, utiliza-se a técnica Delphi para o estabelecimento de consenso entre os especialistas. Na terceira etapa, são atribuídos e calculados pesos a cada característica e é obtido um escore final de validade pela soma dos escores de cada característica e média total (CREASON, 2004).

Modelo de validação clínica de diagnóstico: segundo Fehring (1987) e Garcia (1997), pelo modelo de validação clínica de diagnóstico (CDV) buscam-se evidências da presença de um determinado diagnóstico a partir do ambiente clínico real.

Essas evidências podem ser investigadas de duas maneiras: por meio de entrevistas ou questionários dirigidos ao paciente (diagnósticos que exigem respostas cognitivas ou afetivas); ou por meio da observação direta e do exame físico (diagnósticos relacionados com o desempenho fisiológico do paciente).

Para Creason (2004), são importantes a capacidade do enfermeiro para comunicar-se em formas escrita e verbal, o seu conhecimento, e a existência de protocolo para a coleta de dados, com direcionamentos para a formulação e resolução dos diagnósticos estabelecidos.

Modelo de validação diferencial de diagnósticos: o modelo de validação diferencial de diagnósticos (DDV) pode ser utilizado para validar diferenças entre dois diagnósticos semelhantes ou para diferenciar níveis de ocorrência em um determinado diagnóstico com grupo de enfermeiros peritos ou com grupo de pacientes portadores do diagnóstico em questão (FEHRING, 1987; GARCIA, 1998).

Cabe ressaltar, porém, que Hoskins (1989) também propôs três modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. Seus modelos são semelhantes aos propostos por Fehring (1986, 1987), mas denominados *validação conceitual*, *validação por especialistas* e *validação clínica*.

Validação de diagnósticos de enfermagem: modelo de Hoskins

Validação conceitual: o pesquisador faz a identificação dos atributos peculiares e característicos de um conceito, um fenômeno ou um problema do paciente, da família ou da comunidade pela literatura e pela teoria. Hoskins (1989) considera ser possível desenvolver um modelo conceitual para explicar a presença de certas características em um determinado diagnóstico (HOSKINS, 1989; GARCIA, 1998).

Validação por especialistas: após analisar o conceito, é gerada uma lista de características definidoras e o pesquisador busca a concordância de especialistas quanto aos itens que compõem o diagnóstico. É sugerida a utilização da fórmula proposta por Fehring (1987) para determinar qual característica é representativa, ou não, do diagnóstico em questão (HOSKINS, 1989; GARCIA, 1998).

Validação clínica: é a verificação da concordância acerca das características definidoras, elaborada a partir de uma análise de conceito e validada por especialistas. É feita uma observação direta do paciente por, no mínimo, dois enfermeiros peritos em diagnósticos de enfermagem para verificar a presença ou ausência das referidas características definidoras. Para isso, pode ser feito o cálculo do percentual de concordância (sobre a presença ou ausência das características definidoras), utilizando-se índice de fidedignidade e a frequência de ocorrência das características definidoras do diagnóstico na população em estudo propostos por Fehring (1987) para fins de análise (HOSKINS, 1989; GARCIA, 1998).

Além dos modelos de validação de diagnósticos descritos anteriormente, também existe o modelo de validação interna e validação externa.

Validação interna e validação externa

Validação interna: ocorre quando vários avaliadores usam a característica definidora levantada clinicamente para diagnosticar uma condição clínica em um único indivíduo (GORDON, 1987). No processo de elaboração de um diagnóstico de enfermagem, a validação interna observa se os dados podem ou não representar as circunstâncias vivenciadas pelo paciente (CREASON, 2004).

Validação externa: ocorre quando vários avaliadores usam tal característica para diagnosticar uma condição clínica em vários grupos de pacientes (GORDON, 1987). A validade externa estará afetada se não houver segurança de que um mesmo diagnóstico pode ser estabelecido para as mesmas observações feitas em vários grupos de pacientes (CREASON, 2004).

Para validar os diagnósticos de enfermagem, também tem sido utilizado o método de triangulação.

Método de triangulação

Creason (2004) propõe a utilização da triangulação como um método para validar clinicamente um diagnóstico de enfermagem. Para validar esse método, procede-se a uma revisão de literatura para elucidar o conceito; em seguida, envia-se o material para enfermeiros especialistas fazerem julgamentos acerca dos fatores relacionados e das características definidoras, bem como de suas definições operacionais, para verificarem a concordância acerca da terminologia e das definições.

Depois de se estabelecerem os locais de prática em que o diagnóstico de enfermagem possa ser identificado, procede-se a verificações clínicas por auditorias em prontuários de pacientes que se espera tenham o diagnóstico em questão para se verificar a presença dos dados em estudo.

Além disso, são realizadas entrevistas com enfermeiros que receberam treinamento em diagnósticos para que definam o diagnóstico e as características maiores e menores do mesmo. Enfermeiros com mestrado, especialistas na área do conceito de enfermagem e na utilização de diagnósticos de enfermagem, selecionam aleatoriamente um a dois pacientes por semana em um período determinado e avaliam independentemente, estabelecendo o diagnóstico.

Os especialistas podem também elaborar estudos de casos de alguns pacientes com evoluções que irão fornecer bons exemplos de pacientes portadores do diagnóstico em estudo. As análises dos dados podem ser feitas por métodos quantitativos ou qualitativos.

Critérios a que os processos de validação devem obedecer

Para Gordon (1987), os processos de validação de diagnósticos de enfermagem devem obedecer a certos critérios, para que se obtenham resultados fidedignos para divulgação.

Primeiro critério: para se acrescentarem características definidoras a um determinado diagnóstico de enfermagem, estas devem ter sido suficientemente evidenciadas por enfermeiros em seus pacientes com o diagnóstico em estudo.

Segundo critério: a validação de um determinado diagnóstico de enfermagem não será feita por apenas um enfermeiro, mas sim por vários, que devem identificar as mesmas características definidoras para o mesmo diagnóstico.

Assim, Fehring (1987) considera ser necessário identificar as mesmas características definidoras de um diagnóstico de enfermagem em indivíduos de diferentes regiões para que os achados possam ser generalizados.

No Brasil, a maioria dos estudos é conduzida para a identificação de diagnósticos de enfermagem, e cada vez mais pesquisas têm sido realizadas para validação clínica de conteúdo dos diagnósticos, validação com especialistas e validação clínica de características definidoras de diagnósticos de enfermagem (ARCANJO *et al.*, 2006; ABRÃO; GUTIÉRREZ; MARIN, 2005; MENEGHELLO *et al.*, 1996).

■ Intervenções de enfermagem e a prática de pesquisa

Pesquisas com foco nas intervenções de enfermagem têm sido conduzidas por métodos descritivos, e intervenções têm sido identificadas, mapeadas ou utilizadas como *input* para a determinação de eficiência e eficácia do cuidado de enfermagem.

Em estudos conduzidos para identificar intervenções, a coleta dos dados tem sido realizada por meio de instrumentos, questionários, prontuários de pacientes, questionamentos a enfermeiros, consultas bibliográficas, revisões sistemáticas. A análise descritiva dos dados envolve distribuição de frequências, desvio padrão, média, mediana, medições, medidas de tendência central, moda, percentil.

Cada vez mais estudos estão sendo conduzidos no Brasil para a identificação de intervenções de enfermagem apropriadas a um ou mais diagnósticos de enfermagem nas mais variadas especialidades clínicas (MENEZES; CAMARGO, 2006; MARTINS; GUTIÉRREZ, 2005).

Estudos de mapeamento de termos também têm sido propostos para a identificação.

Mapeamento é um procedimento metodológico que liga palavras com sentido semelhante ou igual, por meio de um processo de tomada de decisão, com a utilização de estratégias indutivas ou dedutivas (COENEN; RYAN; SUTTON, 1997). Os pesquisadores têm de conhecer o contexto em que os termos e os títulos das intervenções de enfermagem ocorrem e os motivos do seu estabelecimento.

O processo de mapeamento visa ao fornecimento de uma explicação acerca de algo de que ainda não se dispõe e que pode ser obtido a partir de traduções, determinação de semelhanças e diferenças entre termos, análise de dados em diferentes níveis de abstração, ou por um processo que envolve três fases distintas (obtenção de uma listagem de termos, ligação entre os termos em busca dos mais apropriados e agrupamento dos novos termos) (MOORHEAD; DELANEY, 1997).

Foram realizados vários estudos para descrever e mostrar a viabilidade dos processos de mapeamento de termos e/ou ações com as intervenções de enfermagem (COENEN; RYAN; SUTTON, 1997; DELANEY; MOORHEAD, 1997; MOORHEAD; DELANEY, 1997; HUR; KIM; STOREY, 2000).

Lucena e Barros (2005) descreveram o mapeamento cruzado como uma alternativa para a análise de registros de enfermagem com linguagem não padronizada em sistemas de classificação padronizados.

Coenen, Ryan e Sutton (1997) descreveram o processo de mapeamento utilizado para classificação de intervenções identificadas em um sistema de informação de um hospital em que a NIC é usada para denominar as intervenções de enfermagem. Para realizar o mapeamento cruzado, eles partiram do título da intervenção NIC para a atividade NIC; trabalharam direcionados pelos diagnósticos de enfermagem que eram utilizados na prática e ligaram “significado” *versus* “palavras”, procurando usar as intervenções NIC mais específicas e apropriadas (COENEN; RYAN; SUTTON, 1997).

Em outro estudo realizado por Moorhead e Delaney (1997), foi investigada a exequibilidade de estudos de mapeamento entre as intervenções de enfermagem não uniformizadas de um banco de dados computadorizado de um hospital da região Centro-Oeste dos EUA e as intervenções NIC. O procedimento foi considerado viável.

Foram estabelecidas algumas regras para tomadas de decisões quando se quer ligar ações de enfermagem a intervenções NIC.

Para identificar e classificar diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem usadas no cuidado domiciliar na Coreia, foram comparadas intervenções executadas em 123 pacientes. Também foi determinada a adequação do emprego da NIC no cuidado de enfermagem. No estudo, foram detectadas várias intervenções executadas pela enfermagem descritas na NIC e algumas não descritas. Foram encontradas também certas dificuldades em identificar algumas intervenções, bem como algumas atividades relacionadas em mais de uma intervenção. Nesse trabalho foram feitas sugestões para que a NIC pudesse contemplar aspectos da cultura coreana (HUR; KIM; STOREY, 2000).

Chianca (2003) mapeou as 105 ações de enfermagem descritas em um dos instrumentos aplicados no Projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva às intervenções da NIC. No trabalho, 105 ações do CIPESC® foram mapeadas às intervenções constantes na NIC.

Algumas regras de mapeamento propostas (DELANEY; MOORHEAD, 1997) foram usadas por Chianca (2003): buscar garantir o sentido das palavras contidas em cada intervenção; procurar usar a “palavra-chave” inclusa na intervenção; usar verbos como “palavras-chave” na intervenção; ligar a intervenção procurando usar primeiro o título, depois buscando na lista de atividades aquelas mais apropriadas; procurar garantir a consistência entre a definição da intervenção e a ação à qual ela será ligada; procurar usar a intervenção mais específica possível; usar o verbo “avaliar” para denominar ações que envolvam monitoramento; usar o verbo “registrar” para atividades que envolvam documentação; usar o verbo “ensinar” para atividades de ensino; selecionar intervenções cujo título tenha o verbo “ensinar” quando ensinar é a atividade preponderante e procurar por duas ou mais intervenções NIC quando estiver diante de dois ou mais verbos.

Para executar uma intervenção de enfermagem gastam-se tempo e esforço físico; deve-se ter habilidade técnica e mental e saber fazer um julgamento para implementá-la; além disso, o enfermeiro deve prever o estresse psicológico implícito às ações que a implementação de cada intervenção de enfermagem demanda.

Desse modo, determinar os valores relativos de trabalho envolvidos na implementação de cada intervenção de enfermagem é essencial e faz parte da provisão do cuidado. Pesquisas nessa área podem mostrar a efetividade do cuidado de enfermagem, fornecer base para se estimar o custo-benefício de cada intervenção e mostrar como o cuidado de enfermagem faz diferença.

Para isso, podem-se conduzir estudos descritivos e exploratórios para o estabelecimento de valores relativos de trabalho (VRT), por meio da escala de estimativa de magnitude. O método foi utilizado por Sullivan-Marx e Maislin (2000) e desenvolvido por Kelly *et al.* (1988) e Braun *et al.* (1988) ao determinarem os VRT para os códigos de procedimentos do atual sistema de reembolso norte-americano.

▪ Resultados de enfermagem e a prática de pesquisa

Na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa têm sido defendidas teses e dissertações sobre as seguintes temáticas: resultados de enfermagem da NOC – conhecimento do cuidador acerca da segurança da criança; resultados de satisfação do paciente; resultados de enfermagem no aconselhamento genético; comparação entre as percepções de satisfação dos enfermeiros e dos pacientes; aperfeiçoamento da estrutura e codificação dos indicadores NOC; estudo preliminar de medida de sensibilidade entre o OASIS e a NOC, entre outros.

Na mesma faculdade, uma tese de doutorado intitulada *Validação de resultados de enfermagem para idosos em comunidades rurais e urbanas* foi defendida por Bárbara J. Head, orientada por Meridean Maas.

No estudo foram avaliadas a importância, a sensibilidade à intervenção de enfermagem e a validação de conteúdo de seis resultados de pacientes (atividades da vida diária, autocuidado: atividades instrumentais da vida diária, comportamento de tratamento: doença ou lesão, conhecimento de saúde, desempenho do cuidador: cuidado direto, saúde física do cuidador) incluídos na NOC para a prática de enfermagem em comunidade.

Enfermeiros especialistas em saúde de comunidade (N = 368) devolveram 239 (66%) questionários postados. Especialistas avaliaram os resultados e os indicadores em uma escala do tipo Likert de cinco pontos. Os resultados foram avaliados segundo sua importância para a enfermagem comunitária e a influência sobre a intervenção de enfermagem. Indicadores de cada resultado foram avaliados acerca de sua importância na determinação do resultado e da contribuição da enfermagem para seu alcance. Estimativas quantitativas de validade de conteúdo dos indicadores e dos resultados foram feitas por meio do modelo adaptado de Fehring (1987).

Foi usada análise de regressão para avaliar relações entre cada resultado e seus indicadores. Os dados mostraram a importância da NOC para a enfermagem comunitária e a necessidade de se desenvolverem mais resultados de comunidade e individuais na NOC.

▪ Outras publicações sobre as classificações de enfermagem

Trabalhos publicados que utilizaram as classificações de enfermagem têm usado a modalidade de estudo de caso. O estudo de caso pode ser definido como uma exploração de um caso, obtido por meio de detalhada coleta de dados e envolvendo várias fontes de informação. É um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

Em um estudo de caso feito na Espanha com um paciente com diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal, foi elaborado um plano de cuidados para as fases pré-operatória e pós-operatória, com a utilização do modelo conceitual de Virginia Henderson (ALCERO-CAMARERO *et al.*, 2008). Para a classificação de problemas interdependentes e potenciais complicações, prescrição de intervenções associadas aos achados clínicos e os resultados esperados foram usadas as taxonomias NANDA, NIC e NOC.

Concluiu-se que a realização de um plano de cuidados individualizado é uma ferramenta eficiente que facilita a identificação de situações de risco e contribui para a qualidade e melhora dos cuidados prestados.

No Brasil, cada vez mais estudos têm sido conduzidos para identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem (LUCENA; BARROS, 2006).

Considera-se que a utilização de linguagem padronizada para descrever o trabalho dos enfermeiros pode trazer benefícios, tais

como a descrição de suas ações durante o cuidado do paciente, o fornecimento de um sistema de codificação que poderá ser usado na confecção de prontuários eletrônicos, a possibilidade de analisar diagnósticos elaborados, intervenções implementadas e resultados obtidos em diferentes cenários da prática. Desse modo, torna-se possível saber quais diagnósticos são feitos, quais problemas são encontrados, quais são as intervenções e os resultados mais adequados para determinadas situações e o que contribui para a tomada de decisões pelos enfermeiros, que terão mais subsídios para saber o que funciona melhor.

A construção de uma classificação de enfermagem exige tanto o comprometimento de entidades, associações e organizações de enfermagem como o apoio dos enfermeiros que atuam nos diversos campos da prática e nos diversos setores e/ou unidades. Para isso, os enfermeiros devem participar ativamente da identificação e da nomeação dos componentes de sua prática.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Em enfermagem, o que significa classificar?
2. Quais são os elementos básicos de uma classificação?
3. Por que as classificações de enfermagem são importantes?
4. Explique o modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Gordon e Sweeney.
5. Explique o modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Fehring.
6. Explique o modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Hoskins.
7. Explique o modelo de validações interna e externa de diagnósticos.

8. Explique a estratégia de triangulação de dados proposta por Creason.
9. Quais são os critérios a que os processos de validação devem obedecer?
10. Quais são as vantagens do processo de mapeamento de termos de enfermagem?
11. Por que é necessário determinar os valores relativos de trabalho que a implementação de cada intervenção de enfermagem implica?
12. Por que é importante a utilização de uma linguagem para se descrever o trabalho dos enfermeiros?



13

Gestão da Sistematização da Assistência de Enfermagem

**Valéria Alvarenga
Medeiros**

Gerenciamento da assistência de enfermagem

Estratégias para a implantação da SAE do ponto de vista gerencial

Questões para fixação do conteúdo

The image shows a tilted, pink-tinted document, likely a form or a page from a book, rotated 45 degrees clockwise. The document is densely packed with text and lines, forming a grid-like structure. At the top left, there is a logo that appears to be the letters 'PUB' in a stylized font. Below the logo, there are several lines of text, including what looks like a title or header. The rest of the page is filled with numerous small boxes and lines, suggesting a form with many fields to be filled out. The overall appearance is that of a technical or administrative document.

A sistematização da assistência de enfermagem traz também um novo contorno à visão gerencial, pois requer infraestrutura e conhecimento para a adoção de novas ferramentas e metodologias para o atendimento aos pacientes.

Jaqueline Sallete Di Svaldi e Wilson Danilo Lunardi Filho

▪ Gerenciamento da assistência de enfermagem

Durante muitos anos, o tipo de organização dos serviços de saúde, associado a modelos de gestão tradicionais, baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. Neste sentido, a enfermagem desenvolveu-se a partir da cultura do “fazer”, sem contudo refletir acerca de novas possibilidades do ser e agir na prática assistencial e gerencial.

Entretanto, a busca pela qualidade nos diversos níveis de atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados. A garantia da qualidade exige um preparo profissional apurado e, em consequência, um melhor desenvolvimento técnico em que a meta final de um programa de busca da qualidade deve ser a satisfação do

paciente mediante atenção sistemática, planejada, avaliada e gerenciada pelo enfermeiro.

Para atender às novas demandas sociais, legais e científicas, no sentido de desenvolver melhorias com base no conhecimento e na competência gerencial, hoje, mais do que nunca, a gestão tem sido a força impulsionadora e vital para atender essa demanda, e necessita ser avaliada e fortalecida continuamente (SCHWARTZ, 2005).

O trabalho de enfermagem direcionou-se da seguinte maneira: no sentido de organizar o cuidado do paciente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; no sentido de organizar o ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros; e no sentido de organizar os agentes de enfermagem, por meio de treinamentos, com a utilização de técnicas e mecanismos de gestão (GOMES *et al.*, 1997).

Neste contexto, o enfermeiro torna-se responsável por coordenar as atividades assistenciais e gerenciais, organizando o ambiente e liderando pessoas nele inseridas.

Modelos de gestão orientados pela perspectiva da qualidade, instrumentos técnicos próprios da gerência, são utilizados pelos enfermeiros como ferramentas para a organização do trabalho e dos recursos humanos de enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia assistencial e utilizada pelo enfermeiro para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizando sua prática profissional (TANNURE, 2008).

Para Ferreira (1990), a SAE traz para o enfermeiro uma diretriz a seguir para a definição do seu papel e do seu espaço de atuação, saindo do assistir intuitivo, assistemático, para o agir organizado e sistemático.

Considerando a SAE atividade privativa do enfermeiro, os métodos e as estratégias de trabalho científico deverão ser utilizados para identificação das situações de saúde ou doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a

promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2002).

No entanto, implantar a SAE realizando mudanças no modelo assistencial vigente requer habilidades gerenciais e assistenciais que devem ser implementadas gradualmente, uma vez que essa metodologia acaba representando uma revolução no modo de prestar os serviços de saúde, porque implica reorganização dos recursos físicos, humanos, administrativos, materiais, avaliação e acompanhamento dos recursos orçamentários e uma nova concepção de cuidado focado na integralidade das pessoas e prestado a partir de um marco conceitual (teoria de enfermagem) que favoreça esse novo direcionamento das ações pelos enfermeiros.

Assim, para que a SAE seja implementada, além de ter de adquirir habilidade para realizar o exame físico, o raciocínio diagnóstico, o planejamento e a implementação de cuidados – etapas contempladas durante a implantação do processo de enfermagem –, o enfermeiro deve também conhecer o ambiente de trabalho no qual a SAE será implementada, e ficar ciente do motivo da existência do serviço de enfermagem na instituição e dos objetivos desse serviço. Além disso, para que tenha condições de realizar a assistência direta ao paciente, o enfermeiro deve gerenciar efetivamente os recursos da unidade por ele administrada, sendo esta uma etapa fundamental na sistematização da assistência.

Desse modo, o enfermeiro precisa conhecer o ambiente em que o cuidado está inserido, identificando as fragilidades e as potencialidades do setor com o objetivo de melhor organizá-lo e possibilitar que a enfermagem sistematize suas atividades e atue mais efetivamente no cuidado ao paciente.

Cunha *et al.* (1989), Waldow *et al.* (1995), Figueiredo *et al.* (1998), Cianciarullo *et al.* (2000) e Chiesa *et al.* (2000) reforçam a concepção de que a prática organizada da enfermagem deve acontecer a partir da sistematização da assistência, o que dará mais consistência técnico-científica, reorientando a assistência,

reduzindo as discrepâncias entre condutas e aumentando a satisfação do paciente.

A sistematização da assistência de enfermagem, contudo, traz também um novo contorno à visão gerencial, pois requer infraestrutura e conhecimento para a adoção de novas ferramentas e metodologias para o atendimento ao paciente. Administrar a assistência, usando métodos, ferramentas e técnicas, pode propiciar ações gerenciais e metodológicas voltadas para a melhora da qualidade dos processos em todos os níveis das organizações (SVALDI; LUNARDI FILHO, 2003).

▪ Estratégias para a implantação da SAE do ponto de vista gerencial

Diagnóstico situacional

O termo ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico e às características de funcionamento do cenário de trabalho. O ambiente deve ser acolhedor e proporcionar segurança, conforto e privacidade, sendo portanto importantes a identificação e o reconhecimento dos espaços nos quais a assistência de enfermagem é prestada.

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações que permitam aos profissionais de saúde conhecer a real necessidade de saúde local.

A falta de conhecimento sobre o ambiente em que o cuidado está inserido compromete a qualidade da assistência, pois, para

cuidar, é preciso ver além do paciente, sendo necessário também conhecer o cenário no qual o indivíduo, a família e a comunidade estão inseridos, identificando aspectos que possam comprometer a sistematização da assistência de enfermagem. Logo, é preciso levar em conta o perfil do usuário, a qualidade da assistência e as características da equipe e do ambiente.

Segundo Kurcgant (2005), o diagnóstico situacional é uma ferramenta que deve ser utilizada pelo enfermeiro por permitir a identificação da realidade do serviço em que ele está inserido, bem como o perfil da clientela assistida, a fim de garantir ações cada vez mais qualificadas e uma assistência humanizada e resolutiva.

Pode-se complementar que o diagnóstico situacional é a aplicação de métodos e técnicas organizacionais que possibilitem ao profissional que atua como gestor de um determinado processo de trabalho conhecer a situação do serviço sob a sua responsabilidade e estudar elementos-chave para organização e reorganização desse serviço.

Tal instrumento administrativo deve ser adotado como estratégia inicial e determinante de um programa de trabalho, em qualquer nível que se processe o gerenciamento, seja no nível estratégico (gestão no âmbito institucional), ou no nível tático (níveis intermediários de processamento da gestão) ou no nível operacional (nível de produção de serviços).

Desse modo, sugere-se que, ao se organizarem para implantar a SAE, os enfermeiros partam da construção de um diagnóstico situacional concomitante com a escolha do referencial teórico para fundamentar toda a metodologia da assistência realizada pela equipe de enfermagem.

Ao realizar o diagnóstico situacional, o enfermeiro terá dados para analisar os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e enfermagem e, a partir da análise desse metaparadigma, selecionar a teoria de enfermagem. Além disso, realizando o diagnóstico, o enfermeiro terá condições de avaliar entraves para a real implantação

da SAE e poderá estabelecer planos de ação para solucionar e/ou minimizar os fatores intervenientes.

Para se conseguir sistematizar a assistência, a comparação do diagnóstico situacional com a situação vigente em que se encontra um determinado serviço é um exercício fundamental, uma vez que essa prática possibilitará a determinação de diretrizes mais seguras e eficazes para o desenvolvimento de um planeamento afinado com reais necessidades do quotidiano de trabalho.

O enfermeiro, como gestor do trabalho de enfermagem, deve estar familiarizado com os métodos e as técnicas de organização e reorganização de serviços, para que possa oportunamente determinar suas estratégias de ação, conduzindo todo o contexto de trabalho envolvido de maneira satisfatória e harmônica. Para isso, é necessário ter em mãos um diagnóstico do serviço de enfermagem que funcione, sobretudo, como “mola propulsora” para o planeamento da assistência de enfermagem prestada à população.

Objetivos do diagnóstico situacional

- Identificação dos problemas que interferem negativamente no desenvolvimento do serviço de enfermagem com relação à infraestrutura, tais como estrutura física, pessoal auxiliar e equipe multiprofissional, recursos materiais e orçamentários
- Estabelecimento de comparação dos problemas detectados com os pressupostos teóricos encontrados em bibliografia de suporte
- Emissão de um parecer conjunto, do gestor e da equipe de trabalho, sobre a real situação do serviço, seus problemas e seus aspectos positivos que merecem empreendimento para alcançar melhoras
- Estabelecimento de um programa de trabalho baseado na análise e detecção das necessidades identificadas, bem como

nas sugestões e prioridades apontadas pelo grupo de trabalho.

Kurcgant (2005) afirma que as organizações (incluem-se as organizações de saúde, hoje como grandes organizações) funcionam como um sistema aberto não somente em relação ao ambiente externo, como também internamente. Tal afirmação nos remete à ideia de que, quando nos dispomos, como gestores de um processo de trabalho, a desenvolver um diagnóstico situacional, devemos considerar todos os fatores que interferem no seu contexto, pois, do contrário, poderíamos omitir análise de situações e dados essenciais para o desenrolar do serviço.

Questões-chave

O desenvolvimento adequado do diagnóstico situacional deve levar em conta as seguintes questões:

- Por que se faz o trabalho?
- Como ele é feito?
- Quem o faz?
- Onde se faz tal trabalho?
- Quando esse trabalho é feito?

Fases do desenvolvimento do diagnóstico situacional

PRIMEIRA ETAPA: LEVANTAMENTO DE DADOS

Destina-se à coleta sistemática dos dados, os quais devem ser registrados de maneira fidedigna e contar com a participação efetiva da equipe de trabalho.

SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE DOS DADOS

Deve-se proceder à análise situacional de todos os recursos disponíveis para o serviço, com base nos dados coletados anteriormente, examinar suas características, determinando aspectos funcionais e necessidades prementes de reavaliação e intervenção para a melhoria ou correção. Sugere-se a utilização de bibliografia de suporte nesta etapa.

TERCEIRA ETAPA: EMISSÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DETECTADO NO SERVIÇO

A partir da análise dos dados, deve-se emitir um parecer acerca das condições de atendimento oferecidas pelo serviço.

QUARTA ETAPA: PRIORIZAÇÃO DAS AÇÕES

Para que se possa desenvolver um plano de trabalho adequado, deve-se determinar cuidadosamente as prioridades para o serviço,

tendo em vista o desenrolar de um percurso de ações e estratégias bem aplicadas à demanda do serviço.

Apresentamos a seguir um modelo para direcionamento da coleta de dados durante o diagnóstico situacional do serviço de enfermagem na área de saúde coletiva. Com adaptações, ele também pode ser usado na área hospitalar.

Modelo para coleta de dados durante a realização do diagnóstico situacional na área de saúde coletiva

Há várias maneiras de se fazer um diagnóstico situacional, e o modelo que se segue é apenas uma proposta. Temos utilizado esse modelo cotidianamente.

PRIMEIRA ETAPA

Levantamento de dados sobre o segmento territorial

Envolve o conhecimento das características do segmento territorial do serviço em análise. Deve levar em conta:

- Caracterização do segmento territorial, área de abrangência e número de pessoas cobertas
- Caracterização do serviço em análise do ponto de vista da comunidade por ele atendida
- Demanda diária de serviço e caracterização da oferta de serviço – sistema de referência e contrarreferência
- Identificação do perfil demográfico da comunidade:
 - ? Tamanho da população

- ? Distribuição da população com relação a sexo, faixa etária, classe social e expectativa de vida
- ? Investigação das taxas de morbidade e mortalidade infantil, nascidos vivos, óbitos de imigrantes
- Identificação do perfil socioeconômico da comunidade e das famílias do segmento territorial em análise:
 - ? Caracterização das condições geográficas, topográficas, de habitação, de saneamento ambiental e sistema de coleta de lixo de cada microárea
 - ? Levantamento das características de produção local, sistema de comunicação, estrutura administrativa local e de cada microárea
 - ? Caracterização da renda familiar, capacidade produtiva e organização familiar, além dos grupos comunitários, vida cultural e religiosa da comunidade
 - ? Identificação das potencialidades da comunidade investigada.

Processo saúde-doença

Devem-se levantar dados referentes à incidência de doenças crônico-degenerativas e outros agravos à saúde da população.

- Levantamento da incidência das doenças mais comuns na comunidade (diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, câncer cervicouterino etc.)
- Levantamento da incidência das doenças cardiovasculares e respiratórias, infectocontagiosas e doenças mentais, além de outras encontradas
- Levantamento da quantidade de gestantes acompanhadas, ou sem acompanhamento, por faixa etária

- Levantamento do grau de desnutrição infantil e outros agravos à saúde não destacados
- Investigação das doenças mais prevalentes e do tipo de demanda
- Caracterização da incidência de doenças crônico-degenerativas e outros agravos à saúde.

Infraestrutura, processo de trabalho e ações

Devem-se coletar dados sobre a infraestrutura, o processo de trabalho e as ações desenvolvidas pelo serviço de enfermagem, ou seja:

- Caracterização da instituição/unidade:
 - ? Identificação da unidade
 - Nome da unidade
 - Tipo de atendimento
 - Número de atendimentos/leitos nas diversas categorias e especialidades
 - Características gerais de funcionamento da unidade (equipe multiprofissional, relações intra- e interdepartamentais, período de funcionamento, modo de atendimento)
 - ? Recursos físicos
 - Confecção da planta baixa e do leiaute da unidade: deve-se anexar aos croquis uma descrição da forma de utilização de cada elemento da área física, sua disposição e as características de revestimentos, padrão de iluminação e ventilação
 - Análise dos fluxos da unidade: descrever todos os tipos de circulação interna da unidade e avaliar cruzamentos

- ? Recursos administrativos e condições orçamentárias da instituição: são instrumentos que visam subsidiar adequadamente a organização e os registros do serviço de enfermagem. Tem como objetivo organizar o serviço, registrar o desenvolvimento do trabalho, homogeneizar técnicas de trabalho e orientar condutas em equipe
 - Avaliação e descrição dos instrumentos de documentação do serviço (estatuto e regulamentos da instituição que interferem no cotidiano do serviço, regimento interno)
 - Avaliação de descrição dos instrumentos de registro e comunicação do serviço (relatórios, impressos, reuniões, atas e outros)
 - Avaliação e descrição dos instrumentos de controle do serviço (normas, rotinas de serviço, protocolos, manuais e censos utilizados pelo serviço de enfermagem)
 - Descrição do modo de financiamento institucional, da política de distribuição de verbas, do grau de prioridade determinada ao serviço em questão

Observação. Para todos os níveis coletados nos recursos administrativos deve-se descrever a forma de elaboração, conforme parâmetros legais, sua funcionalidade e validade para o serviço em análise.

- ? Recursos humanos/gestão de pessoal: em enfermagem, os aspectos quantitativo e qualitativo dos recursos humanos têm requerido a atenção dos enfermeiros responsáveis pela administração dos serviços de enfermagem, em virtude das implicações que o dimensionamento e a organização inadequados desses recursos têm sobre o resultado da

qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela.

- Avaliação e descrição da estrutura hierárquica do serviço
- Avaliação e descrição dos aspectos quantitativos da unidade (quantidade de profissionais e suas respectivas categorias ocupacionais)
- Avaliação e descrição do sistema de escalonamento de pessoal – descrever os critérios utilizados para a divisão e a distribuição da equipe diariamente, por turno de trabalho (mensalmente) e anualmente (distribuição das férias)
- Avaliação e descrição do sistema de admissão de pessoal – descrever os critérios admissionais e a forma de integração e treinamento proposto para o novo trabalhador
- Avaliação e descrição dos aspectos qualitativos (formação profissional e científica da equipe de trabalho, determinação das atribuições de cada cargo e/ou função, programas de treinamento de pessoal e educação continuada, parâmetros de prestação dos serviços)
- Avaliação e descrição dos aspectos de controle – descrição dos critérios utilizados para disciplina e controle do grupo de trabalho e sua funcionalidade (ficha funcional, sistema de punição, avaliação de desempenho), bem como a utilização de indicadores e a sua aplicabilidade (taxa de absenteísmo, taxa de rotatividade)
- Avaliação e descrição das características de gestão do trabalho (supervisão, tipo de chefia,

características e perfil de gerenciamento a que está condicionada)

- Avaliação e descrição do perfil de liderança formal e informal – critério de organização da equipe de trabalho (relações formais e informais determinando o processo de trabalho)
- ? Recursos materiais: equipamentos ou materiais necessários para o funcionamento de uma instituição, setor ou unidade de prestação de serviços específicos – no caso em questão, de prestação de assistência de enfermagem
 - Avaliação e descrição dos critérios de organização dos equipamentos e materiais próprios ao serviço (bens de consumo e permanentes; fixos e rotativos)
 - Avaliação e descrição dos critérios de previsão, requisição, provisão, manutenção e controle dos equipamentos e materiais de consumo e permanentes.

Serviço de enfermagem

Consiste em identificar os parâmetros assistenciais da enfermagem inserida no serviço que está sendo analisado:

- Investigação da prática da consulta de enfermagem, e dos parâmetros de prestação de assistência de enfermagem, desenvolvida no serviço em questão
- Identificação da implementação da sistematização da assistência de enfermagem desenvolvida pelo serviço.

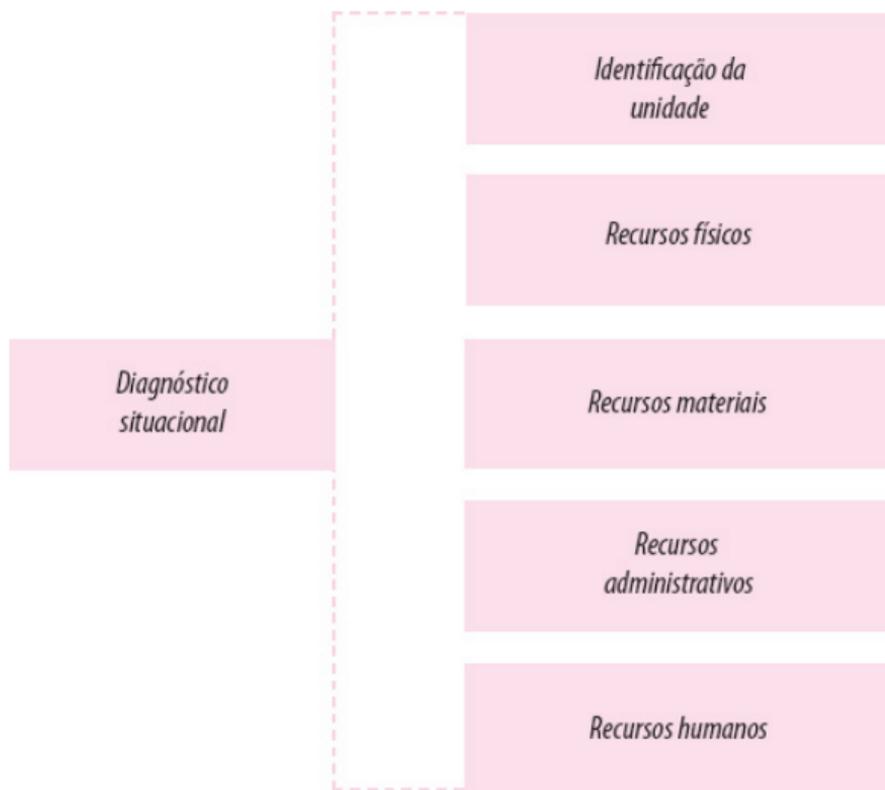


Figura 13.1

Recursos a serem identificados durante o diagnóstico situacional.

SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Nesta etapa, procede-se à avaliação dos dados levantados, destacando seus problemas e inviabilidades a partir das características específicas do serviço. Para isso, sugere-se a utilização de

bibliografia que possa embasar uma análise mais criteriosa e legalmente fundamentada.

TERCEIRA ETAPA: PARECER TÉCNICO

A partir da análise dos dados e da detecção dos problemas ressaltados, determinação do perfil do serviço e emissão de parecer técnico quanto à real situação do serviço e de seus recursos específicos.

QUARTA ETAPA: DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES

Esta etapa consiste na descrição criteriosa das áreas de intervenção de que o serviço necessita, a fim de embasar um planejamento de trabalho.

A utilização e o domínio de ferramentas como a gerência dos recursos humanos, administrativos, físicos e materiais, bem como o perfil do usuário em questão, são imprescindíveis para se conhecer o ambiente de trabalho, tornando a assistência individual e contínua.

Após a realização do diagnóstico, é possível perceber o cenário em que o enfermeiro irá atuar, e este é um fator determinante na sistematização da assistência. Com o conhecimento e o domínio do local de trabalho, as potencialidades e as fragilidades do campo em questão passam a ficar em evidência para o enfermeiro.

A partir da detecção das fragilidades do local de trabalho, torna-se, então, necessário utilizar-se dos pontos positivos e facilitadores como aliados de trabalho e gerenciar os pontos conflitantes e os fatores dificultadores, inerentes a qualquer setor de trabalho, de modo que eles não se destaquem frente ao grupo, facilitando assim a resolução dos problemas e a tomada de decisão de maneira mais sensata pelo profissional enfermeiro.

Planejamento estratégico situacional

O planejamento consiste em um método de ação, um processo de fixação do programa de desenvolvimento dos trabalhos que compõem uma entidade (PINA, 2007).

Pode-se dizer que o planejamento baseia-se no diagnóstico de uma situação, em hipóteses, projeções e metas básicas, sendo necessária, para realizá-lo, a participação ativa de todos os envolvidos. Por sua vez, todos os funcionários da equipe de enfermagem devem participar da definição dos objetivos do serviço, bem como de sua avaliação e seu aperfeiçoamento. Essa participação irá direcionar as atividades a serem desenvolvidas. Para isso, algumas características básicas devem ser consideradas:

- estabelecimento dos objetivos
- estabelecimento de prioridades
- definição das diretrizes (tempo: curto, médio e longo prazos; necessidade real e fatores condicionantes)
- determinação do plano operacional
- desenvolvimento da ação.

Uma proposta metodológica para o planejamento é o planejamento estratégico situacional (PES), que trabalha com as situações produzidas por um meio e analisadas por seus próprios “atores”, buscando construir por meio da problematização o entendimento dos conflitos e a busca de soluções.

Segundo Cecílio (2004), na construção desta nova abordagem teórica do planejamento três pontos são nucleares: o conceito de situação e as teorias da ação e da produção social.

Situação: entendida como a explicação fornecida pelo ator (o elemento que está envolvido na situação) para o contexto em que está inserido; tal conceito presume conceito de conflito, que só pode ser esclarecido por quem está mergulhado nele.

Teorias da ação: são os momentos em que temos a ação estratégica (projeto de ação), a ação regulada (processos repetitivos que podem ser normalizados) e a reação (respostas aos imprevistos).

Produção social: é a capacidade de mudar regras.

O PES tem por objetivo básico trabalhar uma metodologia de planejamento que seja adequada às várias situações institucionais e cotidianas, proporcionando ao gerente estratégico flexibilidade e maior adequação de suas metas. Diferencia-se por apresentar uma proposta de trabalho mais flexível e voltada para análise situacional por quem contextualiza esse cotidiano; para isso, torna-se imprescindível a utilização de um modelo clássico de planejamento, com etapas predeterminadas (diagnóstico, programação, execução e avaliação) e resultados absolutamente presumíveis.

O conhecimento e a disposição de aplicar a teoria da liderança situacional é requisito básico para o gerente estratégico, que, a partir desse conhecimento, poderá analisar o contexto e selecionar a melhor forma de ação e condução do grupo para as propostas do PES.

A ideia de flexibilidade de um plano de trabalho e a proposta de segmentá-lo em vários objetivos a serem alcançados favorecem a efetiva participação de todo o grupo nesse processo, e é a partir dessa ideia básica que os quatro momentos do PES serão articulados: momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

Primeiro momento: explicativo

É o início do processo, quando a preocupação está voltada para a elaboração do diagnóstico da situação em análise. Nesse momento há necessidade de se fornecer uma explicação situacional para o(s) problema(s) detectado(s).

Para Cecílio (2004), problema é a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal. Esta situação é problematizada somente se o autor a define como inaceitável e também evitável, ou seja, passível de ser modificada na direção desejada.

Para tal momento pode-se adotar como instrumento analítico da situação o fluxograma situacional ou a árvore explicativa.

Segundo momento: normativo

Uma vez detectado o contexto e seus conflitos, o passo seguinte será o levantamento das alternativas de intervenções. Esse momento será destinado à criação de possibilidades e ao desenho das operações cabíveis, respaldado pela criatividade e capacidade de liderança do gerente estratégico, que estará trabalhando, nessa etapa, com muitas ideias e sugestões.

Durante esse momento, é preciso haver muita clareza e foco, uma vez que as alternativas de intervenções irão se traduzir em indicadores para avaliação do sucesso do plano.

Terceiro momento: estratégico

Tendo sido estabelecido o que deve ser feito, a etapa seguinte é a análise do que pode ser feito, na qual será sistematizado o conjunto de procedimentos para a viabilidade do plano. Recomenda-se a elaboração de planilhas de trabalho respaldadas pelos objetivos propostos conforme a situação analisada.

Trata-se de um momento delicado e de real dificuldade, pois reflete a utilização adequada dos meios para o alcance do(s) objetivo(s) proposto(s).

Quarto momento: tático-operacional

É o momento em que será instalado o plano de trabalho produzido nas etapas anteriores.

Segundo Cecílio (2004), o sistema de direção é a forma em que se articulam o sistema de decisões, o sistema de gestão e o sistema de apoio, para conduzir a mudança situacional, articulando-se as pressões circunstanciais em torno de uma estratégia.

Ferramentas de gestão pela qualidade

As instituições de saúde, em busca de reorientação das suas práticas, a fim de compatibilizá-las com esses novos desafios, investiram extensivamente em modelos de gestão orientados pela qualidade, tais como a gestão pela qualidade total (GQT), possibilitando, assim, uma análise situacional direcionada pelo estudo detalhado dos processos de trabalho, a fim de que fossem adequadamente interpretados e desenvolvidos.

A GQT propicia aperfeiçoamento dos serviços, diminuição dos custos, garante a manutenção e a melhora dos produtos ou serviços prestados, com ênfase na participação e no envolvimento de todos os integrantes da organização, buscando a satisfação do paciente, lucratividade social, política e econômica.

A Tabela 13.1 apresenta ferramentas de gestão pela qualidade total mais frequentemente utilizadas.

Tabela 13.1 Algumas ferramentas utilizadas em gestão pela qualidade total.

PDCA (plan, do, check e act)

Administrar a assistência, utilizando métodos e ferramentas, significa propiciar ações gerenciais e metodológicas voltadas para a melhora da qualidade e que aperfeiçoem os resultados. Dentro da GQT, um dos métodos empregados é o ciclo PDCA:

P (*plan/planejar*). Definir metas baseadas em fatos e dados. Essas metas deverão ser organizadas por prioridades, para assim se estabelecerem e planejarem métodos, medidas, pessoas envolvidas, material e equipamentos, ambiente. Com isso se constrói um meio padronizado para se alcançarem as metas.

D (*do/executar*). Instruir e treinar as pessoas envolvidas no processo para a execução da tarefa. Deve-se executar a tarefa conforme o padrão definido no planejamento e ainda coletar os dados registrados para o controle do processo.

C (*check/verificar ou avaliar resultados*). Os dados obtidos devem ser comparados com a(s) meta(s) definida(s) no planejamento.

A (*act/atuar padronizando ou corrigindo*). Com base nos dados coletados e na análise realizada, deve-se direcionar a ação: se o resultado não foi alcançado, agir corretivamente; se existe uma tendência a não se alcançá-lo, deve-se agir preventivamente; e, se o resultado foi alcançado, deve-se agir para melhorar.

Diagrama em espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa

Na fase de planejamento do PDCA, a ferramenta do diagrama em espinha de peixe ou de Ishikawa é muito utilizada, pois possibilita a separação dos fins com os meios e a compreensão da relação causa-efeito. O objetivo do gerenciamento é atingir a qualidade do serviço, e, para que isso ocorra, é necessário conhecer e medir os resultados, para assim saber se a meta foi alcançada. Com o diagrama em espinha de peixe (Figura 13.2), podem-se

visualizar mais claramente o processo e as raízes dos problemas, agrupando as causas em categorias. O problema deverá estar representado na cabeça do peixe.

Processo é um conjunto de causas que podem originar um ou mais efeitos. Para se conhecer o processo, é necessário que os itens de verificação ou de controle sejam agrupados em fatores, “famílias” e causas. Nessa ferramenta existem seis famílias – os “6Ms”:

- Meio ambiente
- Método
- Medição
- Mão de obra
- Material
- Máquinas e equipamentos

Além desses “Ms”, pode-se incorporar qualquer outro item de verificação, dependendo do assunto. E, ainda, cada “M” pode ser desdobrado em outra espinha de peixe, com o objetivo de detalhar ainda mais o trabalho e atingir a qualidade proposta.

Essas “famílias” são observadas no intuito de se obterem o planejado, a meta com qualidade e ainda os itens de controle das causas. É possível organizar o conhecimento detalhado do processo, apontar os meios para melhora, determinar as causas que levam à ocorrência de um problema e não apenas à detecção dos indícios.

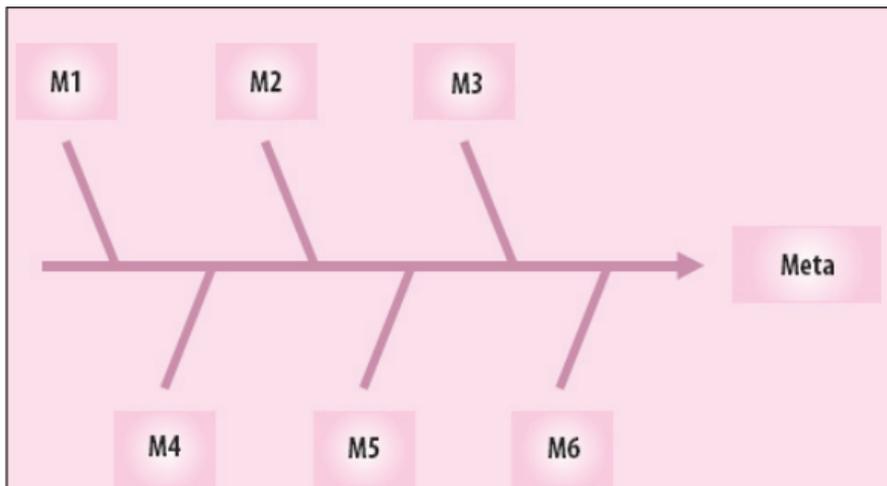


Figura 13.2

Diagrama em espinha de peixe.

Tabela 5W-2H

Essa ferramenta é um instrumento simples e extremamente útil para a consolidação e a sistematização de um plano de ação. É utilizada para organizar o método (M) durante o diagrama de causa e efeito associado ao PDCA. Por meio de um plano de ação detalhado conseguem-se as soluções dos problemas quando são respondidas as seguintes perguntas:

- *What: o que* será realizado?
- *Where: onde* será realizado?
- *Why: por que* será realizado?
- *Who: quem* fará?
- *When: quando* será realizado?
- *How: como* será realizado?
- *How many: quanto* custa?

O registro e a organização das respostas pode ser feita em uma tabela simples, para cada atividade a ser analisada.

Atividade:

<i>What (O que)</i>	<i>Where (Onde)</i>	<i>Why (Por que)</i>	<i>Who (Quem)</i>	<i>When (Quando)</i>	<i>How (Como)</i>	<i>How many (Quanto custa)</i>
-------------------------	-------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------------------

Grupos de controle de qualidade

É uma ferramenta utilizada, mediante associação voluntária dos participantes de uma atividade, no intuito de se estudarem e ampliarem as discussões sobre a GQT. Essas discussões ocorrem com reuniões formais, coordenadas por lideranças naturais e registradas por escrito. Os participantes são fundamentais nas reuniões, por serem os maiores conhecedores do processo de atividades/produção e os que pontuam as prioridades dos problemas.

Essa técnica favorece o crescimento da empresa, uma vez que amplia conhecimentos, possibilita novo planejamento e novo padrão, provavelmente com melhorias.

Técnica de solução de problemas

Este método propõe a análise e a solução de problemas. Compõe-se de uma sequência de procedimentos lógicos que visam determinar e neutralizar a causa principal das alterações no processo, proporcionando um novo planejamento. Congrega as ferramentas descritas anteriormente e é estruturado da seguinte maneira:

P (plan/planejar)

1. Definir e isolar claramente o problema
2. Estabelecer as necessidades mais urgentes, com base em dados concretos.
3. Quantificar as consequências negativas e os possíveis ganhos com a resolução do problema.
4. Estabelecer um responsável pela ação.
5. Procurar causa prováveis.
6. Testar as hipóteses.
7. Definir conclusões estatisticamente válidas.

D (do/executar)

8. Implementar um plano de ação.

C (*check*/verificar ou avaliar resultados)

9. Verificar a efetividade da ação.

10. Eliminar definitivamente as causas padronizando a solução.

A (*act*/atuar padronizando ou corrigindo).

11. Corrigir a solução encontrada a partir de problemas detectados na etapa de verificação.

12. Retreinamento no padrão.

Padronização de atividades

Segundo Santana e Carvalho (2000), a instrumentalização necessária para o enfermeiro atuar deve estar pautada na assistência global ao paciente.

Para trabalhar as demandas dos pacientes e do serviço, é necessário estabelecer prioridades, ou níveis de gravidade de problemas, requerendo a seleção de uma metodologia que permita ao enfermeiro planejar a assistência de enfermagem e organizá-la junto à equipe de trabalho.

Portanto, após conhecer o perfil do campo de trabalho e do usuário, os pontos positivos e negativos do cenário, o enfermeiro pode, juntamente com a equipe e embasado em conhecimento científico e na teoria de enfermagem selecionada para fundamentar as ações da equipe de enfermagem, formalizar rotinas a serem seguidas na unidade.

Essa padronização das atividades tem como objetivo criar identidade, individualizar o serviço de enfermagem, com a aplicação de processos científicos à prática do serviço e sistematizar a execução das atividades por diferentes profissionais. O modelo de padronização (procedimento operacional padrão [POP]) a ser seguido deverá ser o mais prático possível, para possibilitar ao usuário uma busca prática e rápida das informações.

Após a criação de POPs ou rotinas padronizadas (processos), é necessário o treinamento de toda a equipe. Nesse momento é fundamental e de extrema importância a participação do enfermeiro.

Segundo Gonçalves (1997), as organizações passaram a se preocupar com o treinamento a partir do momento em que perceberam que esse era uma forma de reduzir erros e custos de produção.

Ao investir no crescimento dos profissionais, a instituição eleva o seu desempenho nas funções e padroniza as atividades, o que facilita o alcance dos objetivos e dos resultados por ela pretendidos. Por outro lado, também os objetivos pessoais são, em parte, atingidos, pois o aumento da qualificação implica maior competitividade profissional no mercado de trabalho, além de proporcionar ao indivíduo maior satisfação no trabalho, uma vez que percebe sua contribuição nos resultados alcançados (GONÇALVES, 1997).

Avaliação contínua dos resultados

A avaliação cuidadosa, deliberada e detalhada dos vários aspectos do atendimento ao paciente é a chave para a excelência no fornecimento do atendimento de saúde (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Ao se avaliarem os resultados, devem-se buscar os indicadores de qualidade que precisam ser utilizados como instrumentos que permitam a avaliação da assistência de enfermagem, tais como: taxa de ocorrência de incidentes (iatrogenias); anotações de enfermagem quanto à frequência e à qualidade; taxa de absenteísmo; existência de normas e padrões da assistência de enfermagem, entre outros (BRASIL, 2004).

O controle da qualidade por meio dos indicadores não deve ser visto como meio de determinar o sucesso ou o fracasso de certa atividade, mas sim como forma de aprendizado e adequação do erro. Além disso, os funcionários sentem-se extremamente

valorizados, pois percebem que são capazes de influir nos resultados positivos da empresa em que trabalham.

Trabalho em equipe

A sistematização das ações de enfermagem é a base para se obter uma assistência planejada, padronizada, individualizada e de qualidade – portanto, é fundamental correlacionar eficiência com trabalho em equipe. Utilizado como estratégia para fortalecimento do grupo, o trabalho em equipe constrói conhecimentos, fazendo com que o grupo funcione de maneira cada vez mais eficiente, pois o conhecimento gerado é maior do que qualquer contribuição de um só indivíduo.

A excelência é alcançada pela gestão de um equilíbrio de satisfações. A organização tem de saber equilibrar a satisfação das necessidades identificadas para todos os seus sustentáculos, ou seja, as partes interessadas ou, em inglês, *stakeholders*. As partes interessadas incluem os pacientes; os colaboradores ou empregados da organização; os fornecedores; a sociedade em geral ou a comunidade em que a organização está inserida; as entidades pagadoras e todos os que sustentam financeiramente a organização.

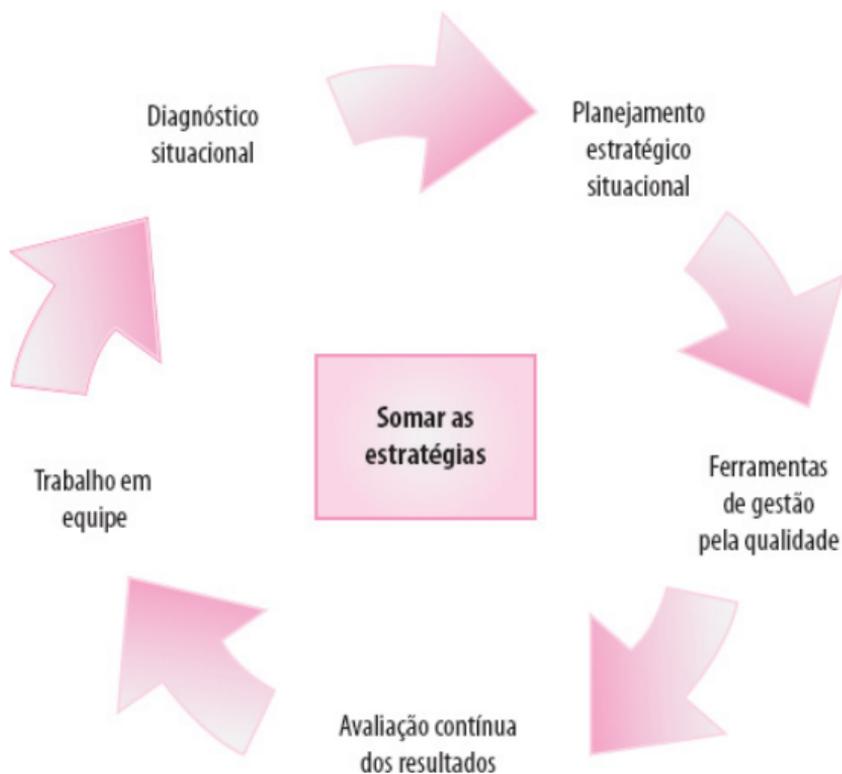


Figura 13.3

Estratégias para a implantação da SAE.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Relacione os diversos tipos de modelos de gestão em saúde e o processo de organização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).
2. Descreva as etapas de um diagnóstico situacional.
3. Por que a realização de um diagnóstico situacional pode favorecer a implantação da SAE na prática?
4. Quais são as informações e ferramentas necessárias para o planejamento e o gerenciamento do cuidado em enfermagem?
5. Quais as potencialidades do PES sobre as demais modalidades de planejamento, e como desenvolvê-lo?
6. Descreva a inserção da gestão pela qualidade total (GQT) nas instituições de saúde e como utilizar as ferramentas frequentemente propostas por esse modelo de gestão nessas instituições.
7. Como a SAE pode favorecer a melhora da qualidade da assistência de enfermagem nas instituições de saúde?
8. Relacione a relevância do trabalho em equipe para a obtenção da excelência em serviços de saúde e na enfermagem.



14

A SAE e a Obtenção de Indicadores de Saúde

Juliana Caldeira
Sarsur

Valéria Alvarenga
Medeiros

Qualidade da assistência
prestada à população

Um pouco da história da
preocupação com a
qualidade nos serviços
de saúde

Por que e como medir a
qualidade da assistên-
cia prestada

Classificação dos indicadores gerais

Indicadores que medem resultados dos processos

Relação da SAE com a obtenção de indicadores de saúde

Questões para fixação do conteúdo



A principal meta da obtenção e análise de indicadores é a segurança do paciente e a satisfação dos pacientes internos ou externos.

Juliana Caldeira Sarsur e Valéria Alvarenga Medeiros

▪ Qualidade da assistência prestada à população

Cada vez mais os profissionais de saúde se questionam sobre qual é a melhor estratégia ou o caminho a ser tomado no que diz respeito à qualidade da assistência a ser prestada e como é possível mensurar fidedignamente essa qualidade.

Qualidade pode ser compreendida como a consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente que cria condições para que a ação assistencial se dê em toda a instituição de saúde e não apenas em algumas de suas unidades.

Para a enfermagem contemporânea, o uso de indicadores está intimamente relacionado com o resultado da assistência prestada e é uma forma muito eficiente de se quantificar a qualidade da assistência de enfermagem.

A meta principal da obtenção e da análise dos indicadores são a segurança do paciente e a satisfação dos clientes internos ou externos.

Hoje não se pretende chegar a resultados sem antes se estabelecerem metas, o que pode ser alcançado com a implementação do planejamento estratégico situacional (PES).

As empresas, inclusive as organizações prestadoras de assistência à saúde (OPAS), cada vez mais escolhem e adaptam modelos de gestão com foco em resultados e gestão pela qualidade.

▪ Um pouco da história da preocupação com a qualidade nos serviços de saúde

A preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde surgiu em 1855 durante a Guerra da Crimeia, quando a enfermeira Florence Nightingale (1820 a 1910) desenvolveu métodos de coleta de dados (estatísticos e gráficos) que objetivavam a melhora da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra (BALSANELLI, 2005; LIMA, 2006).

No entanto, a avaliação da qualidade em saúde só se iniciou no século XX, quando, em 1912, foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões, que estabeleceu, em meados de 1917, o Programa de Padronização Hospitalar. Nesse programa foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. No entanto, esses padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e seus respectivos processos de trabalho, não levando em consideração outras necessidades e/ou serviços, como o dimensionamento da equipe de enfermagem, a necessidade da assistência durante as 24 h do dia, a avaliação dos resultados obtidos junto ao paciente e elementos da

infraestrutura física. Em 1918, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos EUA (FELDMAN, 2005; LIMA, 2006).

Em 1950, o Colégio Americano de Cirurgiões aliou-se à Associação Canadense de Hospitais e criou a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais, que estruturou oficialmente o programa de acreditação. Na década de 1960, como a maior parte dos hospitais americanos já havia alcançado os padrões mínimos preconizados inicialmente, a comissão buscou modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970 publicou um manual de acreditação hospitalar que continha os padrões ótimos de qualidade, considerando processos e resultados da assistência. Nos últimos anos, a comissão passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar aspectos da assistência clínica por meio da monitoração de indicadores de desempenho ajustados aos diversos níveis de assistência, bem como ao desempenho institucional, e por fim assumiu, recentemente, o papel de educação com monitoração (FELDMAN, 2005; LIMA, 2006).

No Brasil, com a Constituição de 1988 definindo a saúde como direito social universal, os hospitais deixaram de ser os centros do modelo assistencial, transferindo aos municípios a gestão dos serviços de saúde. A partir de então, detectou-se a importância da eficácia e da eficiência no desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população.

Além dessa mudança, em 1989, a Organização Mundial de Saúde passou a utilizar a acreditação como elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Com isso, em 1990 foi realizado um convênio entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino-Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para a elaboração do Manual de Padrões de Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe, tornando o processo de acreditação uma realidade (SOARES, 2008).

No Brasil, em 1995 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), que envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhora da qualidade dos serviços de saúde, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do programa, aliado às experiências regionais relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.

No mesmo período, o grupo técnico do PGAQS iniciou o levantamento de manuais de acreditação utilizados no exterior – EUA, Canadá, Espanha, Inglaterra e outros –, além dos manuais que começavam a ser utilizados no Brasil naqueles estados.

Em face dessas perspectivas, o Brasil, por intermédio do MS em 1999, formaliza a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma organização privada sem fins lucrativos e de interesse coletivo que tem como principais objetivos a implantação nacional de um processo permanente de melhora da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a alcançar padrões mais elevados de qualidade dentro do processo de acreditação (CUNHA, 2005; ONA, 2008).

Em 2001, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 538 de 17/4/2001, considerou como política pública a adoção de medidas que possibilitem a implementação e a garantia da qualidade da assistência nos hospitais brasileiros, reconhecendo a ONA como uma instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no Brasil (ONA, 2008; SOARES, 2008).

A ONA (2008) tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, possibilitando o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a

qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

As instituições acreditadoras (IAC) são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA. Essas instituições têm a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; LIMA, 2006). São elas que desenvolvem o processo de avaliação (PAV). Essa atividade tem como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação – específico da ONA (ONA, 2008).

Segundo Lima (2006), o avaliador é o profissional qualificado e capacitado pela ONA para efetuar o Pav. O grupo de avaliadores é composto de, no mínimo, enfermeiros, médicos e administradores (LIMA, 2006; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Atualmente, a avaliação é fundamentada no estado de saúde do paciente, observando-se a qualidade da assistência prestada, a satisfação do paciente, a qualidade técnico-científica dos profissionais, o tipo de atendimento, o acesso e a organização dos serviços, confirmando-se o conceito de qualidade com base no equilíbrio da tríade estrutura, processo e resultado de um sistema (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Essa tríade caracteriza os três níveis de acreditação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (NETO, 2004):

- **Nível 1:** avalia os recursos básicos do serviço quanto à segurança da assistência prestada ao paciente, verificando o montante de recursos humanos relacionado com a complexidade da assistência, a qualificação adequada dos profissionais e o responsável técnico com habilitação em sua área de atuação.
- **Nível 2:** avalia a organização da assistência por meio da padronização de procedimentos, documentação, corpo

funcional, capacitações, índices que serão avaliados para tomada de decisão e em auditorias internas.

- **Nível 3:** avalia as políticas institucionais de melhora contínua da gestão pela qualidade, as atualizações técnico-profissionais, a utilização de novas tecnologias da informação e a busca de rotinas que visam à excelência no atendimento.

O processo avaliatório da acreditação se dá por padrões previamente estabelecidos pelos manuais, comparando-os com os padrões encontrados nas instituições. Verifica-se, assim, se os serviços prestados atingem os critérios preconizados como desejáveis. Essa verificação ocorre por meio de fontes que a instituição possa fornecer para comprovar com determinado padrão. As fontes utilizadas são documentos, entrevistas, prontuários e outros registros (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A fase de avaliação e visita compreende duas etapas: inicialmente a pré-visita, quando a instituição se prepara para o processo com a divulgação interna e a distribuição do manual aos funcionários; posteriormente a visita em si, após a solicitação formal e voluntária da instituição à IAc (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No PAV e durante a visita, não se avalia um serviço ou um departamento isoladamente, já que as estruturas, os serviços e os processos em uma instituição de saúde são interligados. O propósito desse enfoque é reforçar o fato de que as estruturas e os processos do hospital são de tal modo interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final (ONA, 2001 *apud* SOARES, 2008).

A IAc, após a visita, elabora um relatório final que é entregue à instituição com um parecer final sobre a indicação para a acreditação e em que nível. Dependendo do nível alcançado, o certificado terá validade de 2 ou 3 anos; terminado esse prazo, a instituição deverá se submeter a um novo processo de avaliação (FELDMAN, 2005).

Segundo a ONA (2008), a avaliação para certificação pode resultar em:

- Organização prestadora de serviços de saúde não acreditada
- Organização prestadora de serviços de saúde acreditada (certificado com validade de 2 anos)
- Organização prestadora de serviços de saúde acreditada plena (certificado com validade de 2 anos)
- Organização prestadora de serviços de saúde acreditada com excelência (certificado com validade de 3 anos).

Diante desse contexto, as instituições de saúde, em busca da reorientação para suas práticas e a fim de compatibilizá-las com esses novos desafios, investiram ostensivamente em modelos de gestão orientados pela qualidade, como a gestão pela qualidade total (GQT), com isso possibilitando uma análise situacional direcionada pelo estudo detalhado dos processos de trabalho, a fim de que fossem adequadamente interpretados e desenvolvidos.

Cabe ressaltar que esse novo modelo de gestão deve propiciar o desenvolvimento e a organização do trabalho de forma científica e com qualidade, aperfeiçoando-se os serviços, diminuindo os custos e garantindo a manutenção e a melhora dos produtos ou serviços prestados.

Ao ser instituída a GQT, deve-ser dar ênfase à participação e ao envolvimento de todos os integrantes da organização, buscando a lucratividade social, política e econômica e a satisfação dos clientes internos e externos.

▪ Por que e como medir a qualidade da assistência prestada

Para se falar de qualidade, é preciso que as ações realizadas sejam medidas e que seus resultados sejam analisados prontamente e de maneira crítica.

Uma das maiores dificuldades das equipes de saúde está em medir os resultados da assistência que prestam, pois, antes de mais nada, é preciso entender o que são indicadores, índices, como devem ser medidos, quais são as terminologias mais empregadas e qual é o significado do que se está medindo.

Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (OPAS, 2001).

A Joint Commission American Hospital Organization (2000) define indicador como uma unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionado, ou uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitoração e avaliação da qualidade assistencial e das atividades de um serviço.

Ao buscar os indicadores de saúde, os profissionais devem compreender todo o processo que a situação sob vigilância envolve, ou seja, toda a rede na qual ela se encontra inserida. Por esse motivo, deve-se fazer a opção de trabalhar com um conjunto de indicadores.

Difícilmente um indicador, visto de maneira estanque, é capaz de retratar a realidade; o mais provável é que um grupo de

indicadores possa espelhar uma determinada situação (MELLO, 1998).

No entanto, para que seja garantido o acesso a um conjunto de indicadores, é fundamental a existência de um sistema de informação capaz de propiciar maiores e melhores elementos para a construção e o uso de tais indicadores (MELLO, 1998). Desse modo, o registro das etapas do processo de enfermagem nos prontuários dos pacientes serve de fonte para a obtenção de indicadores de saúde.

Além disso, é importante compreender que, para se coletarem os indicadores de saúde, é preciso levar em consideração a validade, a confiabilidade, a representatividade ou a cobertura deles.

- **Validade:** de quanto em quanto tempo as ações serão medidas – ou seja, a periodicidade da coleta desses indicadores.
- **Confiabilidade:** os dados que serão compilados devem ser verdadeiros.
- **Representatividade ou cobertura:** as amostras coletadas têm que ser representativas.

É importante também ressaltar que, para que o indicador utilizado seja efetivamente válido, ele precisa reunir vários tipos de informações que subsidiem a tomada de decisões. Além disso, de nada adianta a mensuração se ela não desencadear uma análise dos resultados. Vejamos dois exemplos.

Indicador: extubações acidentais ocorridas em uma UTI por mês

Para se fazer esse cálculo, é preciso saber quantos pacientes foram admitidos na UTI no mês em questão, e quantos se mantiveram sob ventilação mecânica em relação àqueles que tiveram como intercorrência a extubação acidental.

O registro dos dados referentes à internação de pacientes na UTI, o uso de ventilação mecânica e a quantidade de extubações acidentais são imprescindíveis para que esse cálculo seja realizado. Os dados coletados devem ser verdadeiros. Os registros não podem ser “camuflados”. Deve-se levar em consideração todos os pacientes internados na UTI no mês em questão e todos os pacientes sob ventilação mecânica na UTI naquele mês.

Além disso, é importante analisar se as extubações ocorrem mais em algum dos turnos de trabalho do que em outros. Se há alguma relação com o escalonamento da equipe de saúde, com as condições clínicas dos pacientes e com os recursos utilizados para a fixação do tubo endotraqueal.

Os indicadores devem ser capazes de atender aos objetivos de melhorar a assistência ao paciente, fortalecer a confiança do paciente, atender às exigências de órgãos financiadores, reduzir custos e atrair e estimular o envolvimento dos profissionais.

Por essa perspectiva, nos serviços de enfermagem a gestão da qualidade da assistência volta-se para a prática profissional fundamentada no corpo de conhecimento da enfermagem como ciência, nas habilidades, nas crenças e nos valores individuais, profissionais e institucionais.

Indicador: glosas hospitalares

Em uma instituição de saúde, a equipe de enfermagem tem realizado os registros referentes às condições clínicas dos pacientes, aos procedimentos realizados e checado todas as ações realizadas com os pacientes. Os auxiliares administrativos das unidades mantêm uma organização efetiva dos prontuários e encaminham os documentos em tempo hábil ao faturamento para posterior emissão da conta hospitalar.

No entanto, quando esse prontuário chega ao faturamento, o setor encontra-se despreparado e não consegue faturar como deveria, e acabam ocorrendo atrasos e cobranças indevidas que ocasionam a glosa hospitalar.

Entendamos como glosa o não pagamento de uma conta hospitalar por inconformidade ou não cumprimento das normas e rotinas, não só do convênio, como também da instituição.

Portanto, ao não alcançarmos uma meta setorial, precisamos ter em mente que esses resultados irão influenciar também os resultados de outros setores, bem como o resultado global da empresa.

O processo de validar indicadores leva o enfermeiro a encontrar respostas para questões gerenciais, assistenciais, econômicas e legais, mostrando a ele os resultados do atendimento prestado e possibilitando a implementação de ações de melhorias, com base em padrões de qualidade. Assim, a prática de enfermagem deixa o empirismo de lado e passa a atuar com o foco nos resultados e na melhora dos indicadores de saúde.

A utilização de indicadores de saúde possibilita o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilitam sua compreensão.

Cabe ainda ressaltar que, em uma empresa (unidade de saúde), nenhum dado ou resultado de um setor tem valor se for analisado separadamente. Os resultados têm que estar direcionados para uma meta comum para os vários setores. As unidades precisam trabalhar juntas, buscando alcançar as metas propostas de maneira coletiva.

▪ Classificação dos indicadores gerais

Para a Organização Mundial de Saúde (2001), os indicadores gerais podem ser classificados em três grupos:

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

Exemplo: relação entre a qualidade da assistência prestada e os resultados obtidos.

▪ Indicadores que medem resultados dos processos

Os indicadores que medem os processos podem ser classificados como: assistenciais e administrativos. Ambos têm grande importância na meta global da empresa, pois os primeiros medem a eficácia e a eficiência das ações diretamente ligadas ao cuidado; já os indicadores administrativos medem as condições para que esse cuidado seja efetuado. Veja a seguir alguns exemplos.

Indicador assistencial. Notificação, mediante protocolos diagnósticos, de todos os casos de recém-nascidos sob suspeita de conjuntivite neonatal em unidades de alojamento conjunto. Esses recém-nascidos sob suspeita da referida infecção deverão ser divididos pelo número total de RN do alojamento conjunto.

Análise do indicador. Várias interferências podem levar a aumento do indicador, tais como: inobservâncias e descumprimento das normas de controle de infecção hospitalar, má utilização ou descumprimento dos protocolos de credeização (uso indevido de nitrato de prata no recém-nascido), bem como surto epidemiológico no setor.

Indicador administrativo. Glosas por setor ou por convênio: trata-se de uma forma de avaliar e quantificar as não conformidades junto à fonte pagadora (convênios) relativas a gasto ou cobrança de materiais e medicamentos, taxas, diárias, procedimentos.

Análise do indicador. Várias interferências também podem surgir quando da análise desse indicador: falta de registros no prontuário, ausência de checagem da prescrição, prontuários desordenados, o que dificulta a análise do auditor, não seguimento, pelo setor de faturamento, das tabelas de cobrança preconizadas, contratos mal formulados e/ou mal-interpretados entre a operadora e o hospital, e desconhecimento dos procedimentos pelos auditores.

Em ambos os tipos de indicadores, uma análise crítica global deve ser feita pelos enfermeiros:

- Análise periódica do desempenho ou da tendência do indicador
- Análise crítica dos pontos positivos e dos negativos
- Proposta de melhoria contínua (ciclos PDCA em face das não conformidades encontradas, discussão junto com a equipe de estratégias para melhora do desempenho dos indicadores).

Fica evidente, nos exemplos dados, a importância de ambos os indicadores (assistenciais e administrativos). Além disso, pode-se

dizer que nada é mais estratégico para o enfermeiro do que trabalhar com indicadores e analisar a tendência e o desempenho deles. As estratégias ou ciclos de melhorias devem ser elaborados mediante a análise do contexto, do perfil da clientela e suas necessidades de enfrentamento biopsicossocial.

▪ Relação da SAE com a obtenção de indicadores de saúde

O uso de indicadores como uma das ferramentas aplicáveis ao modelo de gestão com foco em resultados só tem a contribuir para a tomada de decisões que afetarão sobremaneira as respostas do paciente no processo de saúde e doença.

Para isso, torna-se indispensável o registro das ações realizadas pela equipe de enfermagem, com a utilização de uma terminologia padronizada a fim de que ocorra uma melhor comunicação sobre o fazer e seja assegurada maior segurança para os pacientes.

Essa busca contínua pela melhora da qualidade do atendimento prestado à população pode ser alcançada com a implementação da SAE na prática.

Ao ser realizada uma análise dos requisitos a serem avaliados nos três níveis da acreditação hospitalar, a SAE pode ser vista dentro dos três padrões e respondendo a requisitos dentro de cada nível.

Nível 1: requisitos de segurança. Atuar com ações de enfermagem baseadas no cumprimento de legislações específicas. Cumprimento da Lei 7498 (Lei do Exercício Profissional de Enfermagem), da resolução do COFEN 293/00 (adequação do quadro de

profissionais) e da resolução do COFEN 358/09 (dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem).

Nível 2: análise de processos. Cumprimento de ações padronizadas, protocolos de atendimento, cumprimento de todas as fases do processo de enfermagem e a análise dos indicadores.

Nível 3: melhora contínua. Para que este requisito seja alcançado, os planos assistenciais de enfermagem já devem ser incorporados como uma realidade na instituição de saúde. As ações realizadas já devem estar sendo mensuradas e acompanhadas a fim de que possam ser propostos ciclos de melhorias contínuas nos serviços de saúde.

Para atuar em conformidade com a lei do exercício profissional da enfermagem (1986), o enfermeiro deve implantar a SAE na instituição em que atua. Durante a sistematização das ações de enfermagem, todas as etapas do PE devem ser implementadas. O enfermeiro deve realizar a anamnese e o exame físico diários, identificar os diagnósticos de enfermagem, planejar a assistência de enfermagem, prescrever os cuidados de enfermagem e avaliar os resultados obtidos com as ações realizadas.

É importante ressaltar que todas as etapas do processo de enfermagem devem ser registradas no prontuário dos pacientes. Desses documentos devem ser extraídos indicadores para que possa ser mensurada a qualidade da assistência prestada à população.

Os dados obtidos com o registro das etapas do processo de enfermagem, se tiverem sido registrados de maneira adequada, levando em consideração as peculiaridades dos indicadores (validade, confiabilidade, representatividade ou cobertura), servem de subsídios para a obtenção de indicadores que irão retratar o resultado das ações realizadas pela equipe de enfermagem.

Os indicadores deverão ser acompanhados e revistos, a fim de que sejam continuamente propostos novos ciclos de melhorias.

Cabe ressaltar que, quando os indicadores de enfermagem passam a ser medidos, torna-se possível quantificar e qualificar os

resultados obtidos após os cuidados de enfermagem. Desse modo, a enfermagem passa a ter condições de realizar pesquisas e trabalhar cada vez mais fundamentando suas ações em evidências científicas.

O ganho para os clientes externos e internos e para a instituição com a implementação das etapas do processo de enfermagem é enorme. Quando são analisados os aspectos assistenciais e administrativos, fica nítido o aumento da satisfação dos pacientes, a diminuição das iatrogenias, a redução do período de internação dos pacientes, a diminuição das glosas hospitalares, a otimização do trabalho da equipe de enfermagem, a definição do papel do enfermeiro e o aumento da autoestima dos profissionais de enfermagem.

Convém ressaltar, no entanto, que, para implantar o processo de enfermagem conforme preconizado, o enfermeiro deve ir ao encontro do paciente. Deve examiná-lo fazendo uso de um raciocínio clínico respaldado em conhecimentos científicos, para poder apontar diagnósticos e posteriormente prescrever cuidados de enfermagem centrados nas necessidades detectadas nesses pacientes. Caso contrário, o processo de enfermagem não garante a melhora da qualidade da assistência prestada à população.

O processo de enfermagem é um método científico, e, para que este método traga melhora para o atendimento, o enfermeiro deve ter conhecimento científico para fazer julgamentos clínicos corretos e prescrever cuidados efetivos e eficazes. Além disso, não é possível apontar diagnósticos e implementar ações seguras sem ter contato direto com os pacientes.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. Qual é a importância de se mensurarem os resultados da assistência prestada à população?

2. Descreva a história da qualidade nos serviços de saúde e contextualize-a com a evolução do processo de enfermagem.
3. Descreva quais são os níveis de acreditação e os requisitos de qualidade de cada um dos níveis.
4. Descreva os tipos de indicadores de saúde e sua aplicabilidade.
5. Relacione os indicadores de saúde com a SAE.



15

A Informatização como
Ferramenta para
Auxiliar na
Sistematização da
Assistência de
Enfermagem

Andreza **Werli**

Ricardo Bezerra

Cavalcanti

Meire Chucre

Tannure

- Um pouco de história
- Prontuário eletrônico do paciente
- A enfermagem em face da incorporação das tecnologias à prática profissional
- A informatização como ferramenta para implantação do processo de enfermagem na prática
- O que é necessário para a incorporação da informática como estratégia para implantação da SAE?
- Aspectos éticos e legais do PEP
- Questões para fixação do conteúdo

The image shows a tilted, semi-transparent view of a form. At the top left of the form is a logo consisting of the letters 'FBI' in a stylized font. Below the logo, there are several sections of text and fields, including what appears to be a header section with the text 'FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION' and 'DEPARTMENT OF JUSTICE'. The form contains numerous lines of text, some of which are bolded, and several rectangular boxes for data entry. The overall appearance is that of a standard administrative or legal document form.

A utilização da informática em saúde pode ser considerada um poderoso instrumento norteador do processo assistencial e gerencial.

Heimar de Fátima Marin

▪ Um pouco de história

Desde a Idade Antiga, existem informações gravadas em murais sobre os registros da saúde das pessoas. Segundo Deboscker (1997), atribui-se ao médico egípcio Imhotep os registros feitos em papiro. Entretanto, somente com a institucionalização da Medicina por Hipócrates, que, no século V a.C., estimulava os médicos a registrar a história do paciente a fim de saberem o curso da doença, é que os profissionais começaram a perceber a real necessidade de se fazerem os registros escritos sobre os pacientes, para refletir de maneira exata o curso da doença e indicar as suas possíveis causas (VAN BEMMEL; MUSEN, 1997).

Na área de enfermagem, há relatos de que a precursora do registro das informações sobre os pacientes foi Florence Nightingale que, durante a Guerra da Crimeia (1853 a 1856), defendia que os registros sobre as condições dos pacientes era fundamental para a continuidade do tratamento, principalmente no que se referia à assistência de enfermagem.

Florence (1989) já alertava sobre a necessidade dos registros dizendo que, apesar de buscar conhecer a verdade sobre os

pacientes, raras vezes encontrava registros hospitalares que pudessem ser utilizados para comparações.

Em 1880, William Mayo organizou os prontuários em um único lugar, e o registro dos dados dos pacientes passou a ser realizado em ordem cronológica. Essa nova maneira de organização dos registros surgiu da dificuldade encontrada pelos profissionais para localizar informações sobre os pacientes. Em 1907, a Clínica Mayo adotou um arquivo separado por paciente – prontuário centrado no paciente, prática até hoje observada nas instituições de saúde (VAN BEMMEL; MUSEN, 1997).

O prontuário, na atualidade, é um suporte à assistência ao paciente e uma fonte de avaliação para a tomada de decisão. O registro é cronológico, ou seja, o prontuário é orientado pelo tempo. Ele subsidia os profissionais de saúde como fonte de informação a ser compartilhada pela equipe. Além disso, é um documento legal sobre o atendimento prestado ao paciente; seu uso oferece suporte a pesquisa clínica, estudos epidemiológicos, avaliação da qualidade prestada, apoio ao ensino e gerenciamento de serviços.

Com a consulta ao prontuário pretende-se lembrar individualmente os fatos sobre cada paciente, para que todos os profissionais envolvidos no cuidado possam ter a mesma informação. O registro representa um veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento ao paciente (SLEE; SLEE; SCHMIDT, 2000).

Cabe ressaltar que os dados contidos no prontuário são heterogêneos. Compreendem sinais vitais, exames laboratoriais, exames de imagem, observações em texto livre ou no formato de *checklist*. A proposta do registro é unir diferentes tipos de dados em formatos variados, de épocas distintas, feitos por diferentes profissionais a fim de favorecer o acompanhamento dos dados clínicos do paciente e, com isso, a melhora do atendimento prestado.

A utilização do prontuário de papel é muito comum na prática, por ser fácil de carregar e permitir maior liberdade para a escrita.

Entretanto, a sociedade vem transitando rapidamente da cultura escrita e/ou tipográfica para a cultura eletrônica, na qual é valorizada a informação digitalizada como o cerne do desenvolvimento. Essa mudança de paradigmas resulta da evolução tecnológica em larga escala proporcionada pela evolução da informatização, da comunicação e suas importantes vertentes, que certamente alteram o modo de vida dos indivíduos, o cotidiano de trabalho, os preceitos educacionais, o desenvolvimento das ciências, da saúde e de outros ambientes do convívio social.

No setor de saúde, a incorporação das tecnologias de informação, sobretudo a informatização, faz-se presente com a monitoração de pacientes e o suporte ao diagnóstico em complexos sistemas de informação, que funcionam como gerenciadores de todo o processo de registro de informação sobre os pacientes, e nos prontuários eletrônicos, nos quais podem ser inseridas as etapas do processo de enfermagem (PE).

Marin (2005) afirma que a utilização da informática em saúde pode ser considerada um poderoso instrumento norteador do processo assistencial e gerencial.

Para a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), a expressão informática em saúde é definida como um campo de rápido desenvolvimento científico que lida com o armazenamento, a recuperação e o uso da informação, dados e conhecimentos biomédicos para resolução de problemas e tomada de decisões (SBIS, 2006).

Segundo Perez (2006), as principais áreas de atuação da informática em saúde são sistemas de informação em saúde, prontuário eletrônico do paciente, telemedicina, sistemas de suporte à decisão, processamento de sinais biológicos, processamento de imagens médicas, internet em saúde e padronização da informação em saúde.

A presença dessas novas tecnologias de informação nas instituições de saúde possibilita mudanças estruturais e operacionais que

podem estimular novas formas de prestação de serviços. No entanto, a tarefa de informatizar as instituições de saúde requer infraestrutura física, aporte financeiro, disponibilidade de tempo, capacitação profissional e responsabilização dos envolvidos nas etapas de implantação (HEECKS, 2006).

No Brasil, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (BRASIL, 2004) define a informatização em saúde como uma das metas de pesquisa no setor de saúde, havendo um consenso sobre as vantagens dos registros eletrônicos que podem proporcionar o armazenamento das informações dos usuários, o histórico clínico, a promoção de prescrições seguras, as interconsultas, o foco no processo de trabalho em saúde, a visão multiprofissional e multi-institucional e o compartilhamento das informações entre paciente e profissionais de saúde.

No entanto, é importante ressaltar que a informatização nas instituições de saúde precisa representar um instrumento norteador do processo gerencial e ser potencialmente eficaz na assistência aos pacientes.

▪ Prontuário eletrônico do paciente

O registro eletrônico em saúde é qualquer informação relacionada com o passado, o presente ou o futuro da saúde física e mental, ou com a condição de um indivíduo, armazenada em um sistema eletrônico usado para capturar, transmitir, receber, guardar, disponibilizar, ligar e manipular dados multimídia com o propósito primário de um serviço de saúde (MURPHY; HANKEN; WATERS, 1999).

O conceito de prontuário eletrônico, de acordo com o Institute of Medicine (IOM, 1997), é o registro eletrônico que reside em um

sistema projetado especificamente para dar suporte aos usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados e a um sistema de aviso e alertas, tais como *links* para bases de conhecimento médico. O prontuário eletrônico é considerado uma estrutura para manutenção da informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo o seu tempo de vida (WAEGEMANN, 1996).

Segundo Tang e McDonald (1997), esse tipo de prontuário pode também ser considerado um repositório de informações mantidas em meio eletrônico sobre o estado de saúde e de cuidado à saúde de um indivíduo, durante toda a sua vida, armazenado para servir a vários usuários legítimos. Waegemann (1996) apresenta níveis de desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente (PEP):

Nível 1. Registro médico automático. Formato em papel; 50% das informações são geradas por computadores. A informação é armazenada em computadores pessoais, e esse procedimento não está em acordo com os requisitos legais.

Nível 2. Sistema de registro médico computadorizado. Muito semelhante ao nível 1, exceto pelo fato de incorporar imagens capturadas por *scanner*. Atinge alguns dos requisitos legais.

Nível 3. Registro médico eletrônico. Requer que o sistema seja implantado na instituição como um todo e contenha elementos como integração com sistema de gerenciamento da prática; sistemas especialistas, como alertas clínicos; e programas de educação aos pacientes – ou seja, trata-se de um modelo interdepartamental. Reúne requisitos legais para confidencialidade, segurança e integridade.

Nível 4. Sistema de registro eletrônico do paciente. O escopo de informação presente é maior do que o suposto registro médico. As informações vão além das paredes da instituição que está atendendo o paciente. Interligam todas as informações do paciente. Tem identificação do paciente de maneira unívoca e em âmbito nacional.

Nível 5. Registro eletrônico de saúde. Inclui rede de fornecedores e redes locais, tendo o paciente como centro. A informação não é baseada somente nas necessidades dos serviços de saúde, mas também na saúde e na doença do indivíduo.

Para ser considerado o “padrão-ouro”, o PEP deve apresentar as seguintes características (IOM, 1997):

- Oferecer uma lista de problemas que possa indicar o problema atual do paciente
- Ter habilidade de medir o estado funcional e de saúde do paciente
- Poder documentar o raciocínio clínico para diagnósticos e conclusões
- Ser um registro longitudinal e de todo o tempo de vida do paciente
- Garantir confidencialidade, privacidade, auditoria
- Oferecer contínuo acesso a usuários autorizados
- Permitir visualização simultânea e customizada dos dados do paciente pelos profissionais, departamentos, empresas, entre outros
- Apoiar o acesso *online* a recursos de informação locais e remotos
- Facilitar a solução de problemas clínicos fornecendo instrumentos de análise de decisão
- Apoiar a entrada de dados diretamente pelo profissional
- Apoiar os profissionais no gerenciamento e controle de custos para melhora da qualidade
- Ter flexibilidade para apoiar a incorporação de necessidades presentes e futuras das especialidades clínicas.

A seguir são listadas as características necessárias a um PEP de qualidade (IOM, 1997):

- Rápido processo de entrada de dados

- Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais
 - Comunicação interprofissional
 - Proteção dos dados
 - Melhora da qualidade dos dados sobre o paciente
 - Aumento da produtividade
 - Melhor integridade dos dados
 - Vários usuários com acesso simultâneo ao mesmo registro
 - Melhores relatórios administrativos
 - Dados para pesquisas mais acessíveis e confiáveis
 - Possível redução de custos e otimização de recursos
 - Melhora no processo de tomada de decisão
 - Cuidado mais efetivo
 - Melhor resultado final
 - Profissional mais informado – resultando em melhor qualidade de atendimento.
- A enfermagem em face da incorporação das tecnologias à prática profissional

No que se refere à enfermagem, pode-se dizer que ela vem acompanhando a evolução tecnológica no campo da saúde (MARQUES; MARIN, 2002). A utilização de recursos computacionais no cotidiano de trabalho dos enfermeiros tem sido apontada em temas como SAE (SASSO, 2007), sistemas de apoio à decisão em enfermagem (MARQUES; MARIN, 2002), informatização de atividades administrativas de enfermagem (SANTOS, 2003), protótipos

de *softwares* (SPERANDIO; ÉVORA, 2005), capacitação em informática em enfermagem (ÉVORA *et al.*, 2006) e outras inovações tecnológicas em enfermagem (VOGELSMEIER *et al.*, 2008).

O uso de computador pelos enfermeiros tem proporcionado inúmeras reflexões acerca da prática profissional, com destaque para a adoção de protocolos para o planejamento e a descrição do cuidado de enfermagem (MARIN, 2005).

A informática na enfermagem é definida como a área de conhecimento que diz respeito ao acesso e uso de dados, informação e conhecimento utilizados para padronizar a documentação, melhorar a comunicação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, promover a enfermagem como ciência, aumentar a qualidade, a efetividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos pacientes (ANA, 1999).

Desse modo, enfermeiros vêm se especializando nessa área de conhecimento, o que contribui cada vez mais para a informatização do trabalho nas diversas instituições de saúde, planejando a inserção desses recursos computacionais, desenvolvendo aplicações específicas para a promoção do cuidado, capacitando equipes de enfermagem para a utilização dos recursos tecnológicos e, ainda, refletindo sobre os impactos dessas inovações tecnológicas.

Kuchler *et al.* (2006) e Volgesmeier *et al.* (2008) relatam que o uso de sistemas informatizados por enfermeiros proporciona maior tempo para os cuidados diretos ao paciente, pois as atividades burocráticas podem ser desenvolvidas com maior agilidade por meio dos sistemas de informação. Dessa forma, o enfermeiro passa a dispor de mais tempo para realizar na prática as etapas do processo de enfermagem, sobretudo nos casos em que utiliza sistemas informatizados construídos a partir das etapas desse método científico, o que acaba favorecendo a prática do raciocínio clínico e a tomada de decisão pelos enfermeiros (ÉVORA *et al.*, 2006; SASSO, 2007).

▪ A informatização como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem na prática

Os enfermeiros são responsáveis por atividades assistenciais e administrativas cada vez mais bem definidas pelos órgãos oficiais (COREN – Conselhos Regionais de Enfermagem; e COFEN – Conselho Federal de Enfermagem) e pelas instituições que vêm dando muita importância ao registro e à documentação das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e por todos os demais membros da equipe de enfermagem (DALRI; CARVALHO, 2002).

Estudos mostram que o enfermeiro despende até 50% do tempo que passa nas instituições coletando, administrando e documentando as informações. Dessa maneira, os enfermeiros têm enfrentado o desafio diário de administrar seu tempo para que todas as tarefas administrativas e assistenciais sejam realizadas com qualidade e com o objetivo primordial de prestar atendimento ao paciente (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

Além disso, como já foi descrito nos capítulos anteriores, este profissional vem buscando capacitação para atender à Resolução 358/09 do COFEN a fim de que a SAE seja implementada na prática.

Santos e Nóbrega (2004) relatam que os enfermeiros desejam aplicar a SAE na prática de modo que produza resultados que possam ser mensurados, o que possibilita aprofundar os conhecimentos e melhorar a qualidade da assistência e do registro das informações de enfermagem. Além disso, a sistematização das ações pode

promover um maior contato entre enfermeiros e pacientes, favorecendo a criação de vínculos e a melhora do atendimento.

No entanto, existe na prática a necessidade de se instrumentalizar o enfermeiro para que ele possa ir ao encontro do paciente, prestando desse modo uma assistência sistematizada, pautada em princípios científicos, e que seja capaz de cuidar do paciente como um ser singular, ou seja, prestar a ele um cuidado humanizado (TANNURE, 2008).

Uma vez que na prática existem dificuldades para se operacionalizar a implantação das etapas do processo de enfermagem, como falta de tempo dos enfermeiros para desenvolver todas as etapas do método, ausência de instrumentos formais de registro, número deficitário de enfermeiros em relação à taxa de ocupação dos leitos, o desinteresse de alguns enfermeiros por aplicar todas as etapas do PE, além da falta de um trabalho em equipe na busca de uma padronização da assistência (ROSSI; CARVALHO, 2002; THOMAZ; GUIDARDELLO, 2002), é necessário que se busquem estratégias que favoreçam a implantação do processo de enfermagem, e o uso de novas tecnologias, entre elas a informatização, pode constituir uma ferramenta para esta finalidade.

O uso de sistemas informatizados facilita o diagnóstico, a tomada de decisões e a pesquisa, mesmo criando constantes desafios de aprendizagem para todos, uma vez que poupam tempo e melhoram a assistência prestada (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O uso da informatização para a implantação do processo de enfermagem pode aumentar o potencial para uma implementação mais rápida, precisa e completa, resultando em otimização da disponibilidade dos enfermeiros para atividades assistenciais, para um contato maior com os pacientes, assim como para coordenar as atividades que envolvem essa prestação de cuidado (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

É importante, no entanto, ressaltar que o computador não deve ser utilizado apenas como um instrumento metodológico para

coleta e organização dos dados no processo de enfermagem. Neste sentido, torna-se necessário utilizar um sistema computadorizado que tenha como suporte uma teoria da enfermagem, favorecendo um direcionamento para uma abordagem holística e servindo de guia para o cuidado integral.

Além disso, é preciso frisar que, para que se obtenham registros adequados, também é necessária a utilização de uma linguagem padronizada, que possa auxiliar na criação das bases de dados, de modo a sustentar os mecanismos de avaliação do cuidado (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

Esses métodos de padronização de termos são conhecidos como nomenclaturas, sistemas de classificação e taxonomias (ALFARO-LEFEVRE, 2005). A utilização desses sistemas de classificação pode favorecer a melhora na qualidade da assistência de enfermagem por meio da sistematização e do registro das ações realizadas (ALBUQUERQUE; CUBAS, 2005).

A enfermagem já dispõe de sistemas de classificação que podem ser úteis aos programadores de sistemas informatizados que, quando interligados, facilitam a identificação das intervenções de enfermagem a serem realizadas de acordo com os diagnósticos levantados (MCCLOSKEY; BULECCEK, 2004).

O uso do computador, então, tem sido apontado como uma “ferramenta” importante para auxiliar na otimização do tempo dos profissionais de enfermagem em relação ao grande volume de atividades por eles desenvolvidas, e desse modo tem favorecido a implantação das etapas do processo de enfermagem na prática profissional.

Em estudos realizados nas décadas de 1970 a 1990, os sistemas informatizados contribuíram para melhorar a prática e o cuidado prestado. O desenvolvimento de *softwares* também contribuiu para ajudar os enfermeiros na realização de diagnósticos e planos de cuidados individualizados, minimizando erros e desvinculando as

atividades de enfermagem das atividades médicas (BAILEY, 1988; BLOOM *et al.*, 1987; CHANG *et al.*, 1988).

Alguns trabalhos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de incorporar *softwares* à prática de enfermagem. Dalri e Carvalho (2002) mostraram que a utilização de *softwares* na prática clínica auxiliam e reduzem o tempo gasto para o registro e o armazenamento de informações, mas é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidade para manipular classificações, bem como raciocínio clínico para elaborar diagnósticos e prescrições de enfermagem.

Com o desenvolvimento dos sistemas informatizados para a enfermagem, o objetivo é o melhor gerenciamento de dados e informações, com conseqüente impacto na gestão, na qualidade da assistência e na satisfação dos pacientes. Os sistemas informatizados de documentação nos serviços permitirão ampliar a comunicação intra- e extra-hospitalar, promoverão melhor integração ensino-serviço, bem como tomada de decisão mais rápida quanto ao cuidado a ser prestado.

Contudo, é importante salientar que os *softwares* devem atender a características e especificidades da enfermagem. Sistemas médicos adaptados para a enfermagem não atendem às necessidades da categoria, visto que as profissões, apesar de estarem ligadas ao objetivo de recuperação e promoção da saúde, apresentam métodos e focos diferentes quanto ao cuidado prestado.

O método utilizado pelo enfermeiro para prestar o cuidado de enfermagem (o processo de enfermagem) deve estar fundamentado em uma teoria de enfermagem. Quando um *software* é desenvolvido para favorecer a implantação do processo de enfermagem na prática profissional, deve ser pensado e construído com as bases conceituais de uma teoria de enfermagem e ter seu banco de dados alimentado por termos das classificações de enfermagem que serão utilizadas na implantação das etapas do processo de enfermagem.

Além disso, é importante salientar que não basta existir um sistema que favoreça a implantação das etapas do PE na prática. Para que este seja implantado corretamente, o enfermeiro deve adotar um novo comportamento, buscando as melhores evidências clínicas disponíveis, realizando um exame completo diariamente e sempre que ocorrerem alterações clínicas nos pacientes, no comportamento das famílias e da comunidade ou quando estes procurarem pelo serviço de saúde.

Os dados evidenciados no indivíduo, família ou comunidade devem ser inseridos na memória do computador. Em seguida, o profissional deve efetivar seu raciocínio clínico e, analisando os dados com o auxílio do sistema, diagnosticar as necessidades apresentadas e em seguida demarcá-las, registrando-as no sistema. Após diagnosticar os “problemas” reais, potenciais e/ou as condições de bem-estar e de promoção à saúde, o enfermeiro deve analisar quais cuidados também devem ser selecionados do banco de dados do sistema para serem impressos em formato de prescrição de enfermagem, lembrando que, para se prescrever uma ação, é preciso que um diagnóstico tenha sido anteriormente realizado, a fim de que as demandas sejam atendidas individualmente.

Deve-se ressaltar também que as informações inseridas no computador devem ser diariamente atualizadas, uma vez que as evidências clínicas mudam; desse modo, pode-se ter diagnósticos alterados, mantidos e resolvidos, e o planejamento e as prescrições deverão, por sua vez, ser modificados.

- O que é necessário para a incorporação da informática como estratégia para implantação da SAE?

Diante dos avanços tecnológicos, serão exigidos dos profissionais de enfermagem níveis mais altos de habilidade em computação, e por isso há a necessidade de capacitação contínua dessas pessoas (TURBAN, 2005). No contexto da assistência de enfermagem não tem sido diferente, pois a inclusão dos mais diversos aparatos tecnológicos nesse cenário, entre eles o prontuário eletrônico, tem exigido dos enfermeiros e sua equipe a competência de operacionalizar máquinas que funcionam como suporte para tomadas de decisões no cotidiano de trabalho (IMIA, 2000).

Para tanto, o usuário deve ser previamente treinado para entender os benefícios e as capacidades do prontuário eletrônico. Sem entender e conhecer o sistema, o usuário fica limitado e não vai usufruir de todos os recursos, o que não é o esperado (MASSAD; MARIN; NETO, 2003).

Além disso, durante o desenvolvimento do PEP, deve-se desenvolver, adotar e implantar padrões que sejam considerados de qualidade; pesquisar e conhecer experiências de desenvolvimento; demonstrar a eficácia e o custo-benefício do sistema; e provisionar recursos e suporte para o desenvolvimento e a difusão das informações. Outros aspectos importantes são desmitificar questões de segurança e confidencialidade; obter apoio incondicional da diretoria da instituição; e poder comprovar e disponibilizar dados sobre o aumento da qualidade no atendimento (WAEAGEMANN, 1996).

Para que haja uma aceitação efetiva da incorporação dessas novas tecnologias é importante que o usuário se envolva no processo desde o início, tendo participação ativa nas etapas subsequentes. Essas atitudes aumentam a aceitação dos sistemas e reduzem a resistência e a sabotagem.

A educação em informática em saúde e enfermagem deve ser utilizada como uma estratégia para o sucesso na implantação dos sistemas de informação em saúde. A resistência da equipe que irá utilizar essa nova tecnologia pode ser amenizada quando os usuários aprendem a utilizá-la, são ouvidos quanto às necessidades de melhoramentos, opinam sobre os objetivos do sistema, criam rotinas integradas ao sistema e participam da elaboração de planos contingentes que antecipam possíveis falhas.

Esse tipo de capacitação não exclui nenhum dos profissionais da equipe interdisciplinar, e é considerada fundamental para o sucesso do sistema de informação como instrumento norteador do processo de tomada de decisão em saúde. Outro aspecto relevante é a interface do programa com o usuário. O programa deve ser agradável, a fim de despertar no usuário o interesse pela utilização do sistema.

O desenvolvimento das habilidades dos profissionais de saúde em informática pode ser uma estratégia fundamental para que os processos assistenciais sejam estruturados e apoiados pela tecnologia. Deste modo, a informática não é apenas uma área do setor de saúde, mas um instrumento que pode estar presente em diferentes espaços organizacionais, sendo um aparato tecnológico responsável pela gestão dos dados e informações úteis para o desenvolvimento do processo de trabalho.

Cabe ressaltar que, para que se alcance sucesso na incorporação dos prontuários eletrônicos, é fundamental que ocorra uma mudança de comportamento dos profissionais, sobretudo no que se refere a implantação e utilização das etapas do processo de enfermagem dentro do sistema.

O processo de enfermagem não deve ser compreendido apenas como uma forma metodológica de organizar dados. É necessário que ele seja sustentado por uma teoria de enfermagem que direcione as ações dos enfermeiros e que favoreça a mudança de atitude nesses profissionais (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O foco da assistência de enfermagem deve ser a saúde das pessoas, não o tratamento das doenças. A saúde deve ser compreendida aqui como o equilíbrio entre as esferas biológica, social, psíquica e espiritual. O cuidado deve estar centrado na integralidade e, mesmo utilizando da tecnologia da informatização, o enfermeiro deve cuidar de maneira individualizada; caso contrário, estará indo na contramão do que vem sendo amplamente discutido pelas atuais políticas públicas de saúde e pelos conceitos centrais que regem a ciência da enfermagem.

A tecnologia deve ser utilizada para otimizar o tempo para o enfermeiro assistir o paciente de maneira individualizada. Essa é uma mudança necessária para que efetivamente seja alcançada a real SAE.

Ter as etapas do processo de enfermagem implantadas por meio do PEP não garante que a assistência seja focada no ser humano. Para isso, os profissionais devem passar a adotar uma conduta condizente com os arcabouços da teoria de enfermagem selecionada para fundamentar a implantação da SAE.

Sabe-se, no entanto, que os serviços de saúde nem sempre vêm se estruturando efetivamente para a incorporação dessa nova tecnologia e nem mesmo para a implantação efetiva da SAE. Sendo assim, ressalta-se a necessidade da incorporação da educação permanente como uma estratégia para favorecer a implantação dos sistemas informatizados e da SAE nas instituições de saúde.

Além disso, assim como essa metodologia da assistência de enfermagem vem sendo incorporada aos projetos políticos-pedagógicos das universidades e aos programas de treinamento das instituições de saúde, o treinamento dos profissionais de saúde em

tecnologias da informação pode e deve ser ministrado em hospitais, escolas e universidades (BRITTAIN; NORRIST, 2000). Os conteúdos dos cursos e os programas devem incorporar disciplinas focadas na informática em saúde e ser de boa qualidade. Para tanto, são indispensáveis professores especialistas nessa área com competência específica e adequada nesse domínio (MARIN, 2005).

Nessa perspectiva, é fundamental a promoção de capacitação em informática em saúde e enfermagem nas várias instâncias sociais. A Figura 15.1 apresenta uma síntese dos variados contextos sociais em que esta capacitação pode ser desenvolvida.

▪ Aspectos éticos e legais do PEP

A confidencialidade das informações do prontuário eletrônico é assegurada pela Constituição Federal (1988), artigo 5^o, inciso X, que diz respeito ao direito a intimidade, imagem e honra das pessoas. Esse direito dos pacientes também é assegurado nos códigos de ética profissional (SALVADOR; FILHO, 2005).

Atualmente, especula-se muito sobre segurança e confidencialidade do PEP, e torna-se um desafio ético e jurídico adaptar a legislação vigente a essa realidade.

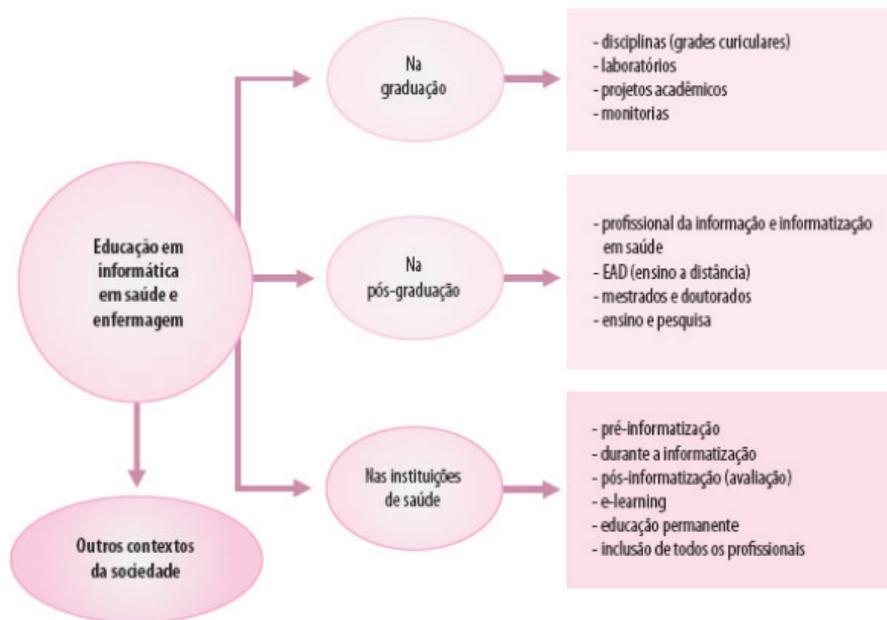


Figura 15.1

Possíveis instâncias de capacitação em informática em saúde e enfermagem.

Os princípios de segurança da informação são a integridade, a disponibilidade e a legalidade da informação obtida.

Quanto aos aspectos éticos e legais, são necessárias autenticidade, integridade, confidencialidade/privacidade, auditabilidade, assinatura eletrônica e guarda de documentos.

É direito do paciente a permanente disponibilidade das informações, como é dever do médico e da instituição (e dos funcionários que nela atuam) guardar o prontuário.

Com o objetivo de prover a segurança do PEP, podem ser utilizados alguns mecanismos, descritos a seguir (MARTINS, 2004):

-
- Controle de acesso ao sistema por *login* e senha
 - Certificados digitais – documentos eletrônicos que usam duas senhas de segurança, uma pública e outra do profissional que busca acesso ao PEP (SALVADOR; FILHO, 2004)
 - Biometria, ou identificação por traços biológicos. Os sistemas biométricos têm como base de seu funcionamento características de diversas partes do corpo humano, como, por exemplo, os olhos, a palma da mão, as digitais, a retina ou a íris dos olhos. A biometria parte do pressuposto de que cada indivíduo é único e tem características físicas distintas
 - *Firewall*, que permite o acesso de fora para dentro de uma rede e vice-versa, através de *hardware* e *software*. Um *firewall* é um filtro que controla todas as comunicações que passam de uma rede para outra e, em função do que sejam, permite ou não a continuidade do processo. Para permitir ou negar uma comunicação, o *firewall* examina o tipo de serviço a que a comunicação corresponde. Dependendo do serviço, o *firewall* decide se permite ou não o acesso. Ademais, o *firewall* examina se a comunicação está entrando ou saindo e, dependendo da sua direção, pode permiti-la ou não
 - Políticas e práticas, que dependem do governo e da instituição. É necessário que as instituições se comprometam com a filosofia do uso do prontuário eletrônico. Para isso, precisam dispor de estrutura e funcionários bem treinados para a manipulação do PEP.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. De uma perspectiva histórica, como a informática foi introduzida no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, no mundo e no Brasil?
2. Como podemos conceituar o prontuário eletrônico do paciente (PEP)? Quais são as características que lhe conferem qualidade?
3. Quais são os níveis de desenvolvimento de um PEP apresentados por Waegemann?
4. Como tem se dado a incorporação das tecnologias na prática profissional de enfermagem?
5. Explique como a utilização da informatização pode ser considerada uma ferramenta para a implantação do PE na prática.
6. Quais são os cuidados que o enfermeiro deve ter ao utilizar o PEP como auxílio para o registro das informações coletadas durante a execução das etapas do PE?
7. O que é necessário para a incorporação da informática como estratégia para a implantação da SAE?
8. Sabendo que a capacitação em informática é algo imprescindível para os profissionais de saúde, como podemos inseri-la na formação desses profissionais e ainda em seu cotidiano de trabalho?
9. Como podemos garantir a segurança das informações armazenadas e processadas pelo PEP?



16

A Educação
Permanente como
Estratégia para a
Implantação da
Sistematização da
Assistência de
Enfermagem

Jaqueline Marques
Lara **Barata**

O cenário educacional em
2002

Os pilares da educação permanente

Etapas necessárias para o emprego da educação permanente na busca pela implementação da SAE

Questões para fixação do conteúdo



A educação permanente deve ser um processo que busca a qualificação dos trabalhadores não só na dimensão técnica especializada, mas também na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais.

Jaqueline Marques Lara Barata

▪ O cenário educacional em 2002

A implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), assim como outras metodologias científicas, passa obrigatoriamente pela aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes pelos profissionais que irão executá-la. Nesse sentido, a compreensão do cenário educacional em 2002, época em que a Resolução 272 do COFEN, atualmente revogada pela Resolução 358/2009, determinou que a SAE seja implantada em toda instituição de saúde, seja pública ou privada, faz-se relevante para desvelar o perfil do egresso preconizado pelas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para a graduação em enfermagem e, a partir desse marco, propor estratégias para uma capacitação de enfermeiros que torne possível a adoção na prática dessa nova metodologia científica.

As DCN orientam a organização curricular das instituições de ensino superior, definindo os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecida pela

Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, e preconizam, entre outras qualificações, a formação de um profissional crítico, reflexivo e que exerça a enfermagem com base no rigor científico e intelectual (BRASIL, 2001).

No entanto, as adequações curriculares para atender a essas diretrizes têm se mostrado morosas e, em sua maioria, dependentes de interesses políticos, econômicos e sociais. Da mesma forma, percebe-se que a implantação de disciplinas que capacitem o enfermeiro para a implementação da SAE, objetivando uma assistência individualizada e de qualidade, como o estudo da semiologia e semiotécnica, das teorias de enfermagem e do processo de enfermagem, além de estar sujeita a esses mesmos interesses nem sempre vem acrescidas de outras disciplinas ou práticas que agreguem, além desses conhecimentos, as habilidades e atitudes necessárias para a adoção de uma metodologia assistencial ainda pouco vigente na maioria das instituições de saúde brasileiras.

Portanto, o que se percebe é que a adoção da SAE tem demandado capacitação tanto para os enfermeiros que se graduaram antes de 2002 quanto para aqueles que se graduaram após essa data, uma vez que as instituições de ensino superior ainda se encontram em processo de adequação curricular. Nesse cenário, a educação permanente tem assumido relevância cada vez maior como estratégia para a implementação da SAE nos serviços de saúde, nas creches e nas instituições de longa permanência, entre outras.

Não se trata de substituir a responsabilidade dos órgãos de formação, mas de entender a educação permanente como contínuo de ações de trabalho – aprendizagem que ocorre em um espaço do trabalho em saúde, que parte de uma situação existente (geralmente uma situação problema) e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente da desejada (HADDAD *et al.*, 1994).

▪ Os pilares da educação permanente

O emprego da educação permanente parte de conceitos e princípios universais, mas traz em si a especificidade de cada serviço ou instituição que deve ser considerada obrigatoriamente e que a fará única em cada cenário, pois traz como pressuposto que o ponto de partida para o seu uso seja a realidade em que a situação problema é vivenciada.

Desse modo, a educação permanente deve ser um processo que busca a qualificação dos trabalhadores não só na dimensão técnica especializada, mas também na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais.

Para atingir essa finalidade, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) estabelece que quatro pilares devem sustentar a educação no século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser (DELORS, 2000).

Esses pilares representam vias de aprendizagem que apresentam entre si vários pontos de contato e, portanto, são indissociáveis, devendo receber igual atenção do ensino estruturado. Para facilitar a sua compreensão, conceituamos a seguir cada um separadamente:

- **Aprender a conhecer:** diz respeito ao domínio dos próprios instrumentos do conhecimento, exercitar a atenção, a memória e o pensamento. O que se pretende é que o aprendiz aprenda a compreender o ambiente e o mundo que o cercam
- **Aprender a fazer:** está relacionado com pôr em prática os conhecimentos; trata-se não mais de preparar alguém para

uma tarefa de execução específica, mas de desenvolver qualidades humanas que correspondem à capacidade de estabelecer relações estáveis e eficazes entre as pessoas (competência pessoal)

- Aprender a viver juntos: a prática educativa nesse caso deve proporcionar ao indivíduo a capacidade de reconhecimento do outro e a descoberta de si mesmo e consequente participação em projetos comuns, sendo o diálogo extremamente relevante e indispensável nesse processo
- Aprender a ser: o ser humano deve ser preparado, em toda a sua vida, para elaborar pensamentos autônomos e críticos e para formular seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida (DELORS, 2000).

O acréscimo desses pilares torna-se imperativo para os processos de educação permanente dos trabalhadores de enfermagem (DELORS, 2000). Esses pilares se traduzem como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao exercício de uma profissão e ao desenvolvimento do trabalhador como sujeito.

Mas, qual é a relação da educação permanente com a implantação da SAE? Como aprender a conhecer e aprender a fazer na prática a SAE? Como aprender a viver com essa nova metodologia científica e aprender a ser esse profissional enfermeiro que embasa suas atitudes em conhecimento técnico-científicos e humanos? Quais são os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias para que o enfermeiro seja capaz de implantar a SAE?

É importante ressaltar que as respostas a essas questões devem ser precedidas de um diagnóstico situacional da instituição em que elas são formuladas.

Compreende-se que, não raro, tais respostas trazem à tona problemas cuja resolução não está em mãos apenas dos enfermeiros, devendo o emprego da educação permanente nessas situações

priorizar o desenvolvimento de atitudes crítico-reflexivas e de habilidades, muito mais do que o desenvolvimento de conhecimentos.

- **Etapas necessárias para o emprego da educação permanente na busca pela implementação da SAE**

Para a utilização da educação permanente como estratégia para implantação da SAE, propõem-se as etapas ilustradas na Figura 16.1.

Cabe ressaltar que a representação esquemática é meramente didática, devendo as ações descritas ser contínuas, não pontuais. Para facilitar o entendimento de cada etapa, apresentamos a seguir conceitos e ações necessários para o planejamento de cada uma.

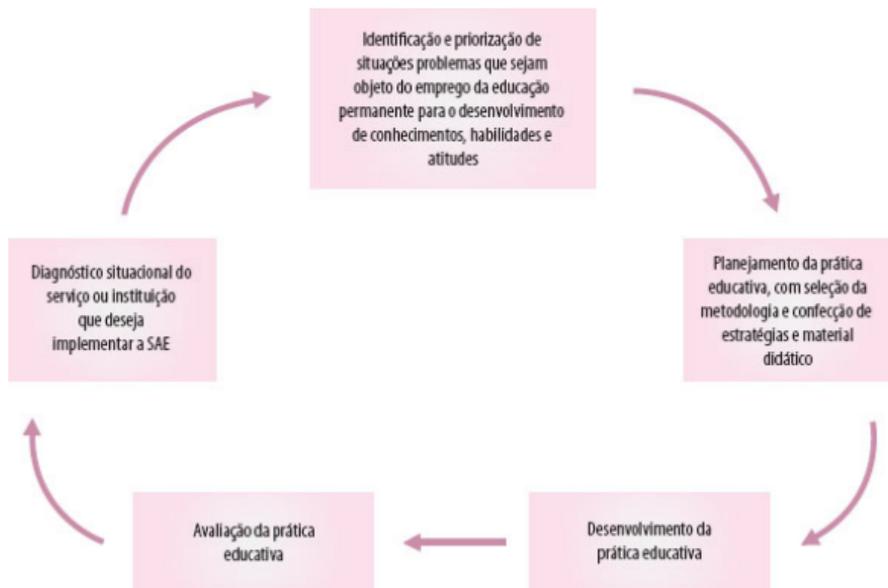


Figura 16.1

Representação esquemática da utilização da educação permanente como estratégia para implantação da SAE.

Etapa 1: diagnóstico situacional do serviço ou instituição que deseja implementar a SAE

Nesta fase, o enfermeiro deve buscar o conhecimento da instituição como um todo, traçando o perfil dos usuários (crenças, valores, suas necessidades de saúde, condições socioeconômicas, comunidade na qual está inserida), os recursos disponíveis (área física, recursos materiais, recursos administrativos, recursos

orçamentários), os trabalhadores (qualitativa e quantitativamente) e suas demandas de capacitação, a estrutura da instituição (modelos de gestão, princípios) e, finalmente, os resultados que se quer alcançar com o processo de trabalho (objetivos).

A clareza de onde se quer chegar e a distância a que se está desse objetivo, bem como os pontos que facilitam e os que interferem nessa trajetória, são a essência do diagnóstico.

Etapa 2: identificação e priorização de situações problemas que sejam objeto do emprego da educação permanente para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes

A identificação de situações problemas deve considerar fatores que dificultam o alcance dos objetivos, e a priorização deve considerar a sequência das etapas necessárias para o alcance desses objetivos. No entanto, não se pode perder o foco da intencionalidade de capacitação, entendida aqui como espaço para o crescimento e o desenvolvimento do trabalhador como sujeito, ou seja, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o individualizam e que são determinantes do seu modo de agir, entendendo-se por conhecimentos o conjunto de “informações técnicas” necessárias para um profissional exercer a sua função; já as habilidades compreendem o saber fazer e vão desde as aptidões motoras até as intelectuais interpessoais; por atitudes compreende-se o que o

indivíduo pensa e como reage consigo mesmo e com o mundo que o cerca (TIMBY, 2007).

Nesse sentido, para a implementação da SAE, deve-se identificar situações problemáticas que implicarão fatores dificultadores e facilitadores para a implantação dessa metodologia científica.

Para implantar as etapas do processo de enfermagem, por exemplo, o enfermeiro precisa deter conhecimentos acerca de anatomia, fisiologia, semiologia, metodologia da assistência, patologia, entre outros que ele utilizará direta ou indiretamente. Logo, é preciso saber se existem demandas nessas áreas de conhecimento por enfermeiros que irão implantar o processo de enfermagem.

Conhecer os conceitos que caracterizam a assistência de enfermagem no escopo de cada uma dessas disciplinas é importante, pois a aquisição do conhecimento favorece a autonomia, ajuda a tomar decisões, favorece o raciocínio crítico, devendo, portanto, ser objeto contínuo das práticas educativas na intensidade em que o diagnóstico apontar, ou seja, de acordo com as demandas que foram levantadas durante a sua realização.

Quanto às habilidades necessárias para a implantação desse método científico, pode-se citar o enfermeiro capaz de utilizar a comunicação (para acolher, identificar dados, aconselhar ou orientar o indivíduo, família ou comunidade e a equipe, promover educação em saúde, registrar suas ações), as técnicas de enfermagem (habilidades motoras relacionadas com o exame físico, e procedimentos de enfermagem), o trabalho em equipe e o exercício da liderança em seu cotidiano.

Espera-se também que esse profissional desenvolva atitudes que favoreçam a implantação de todas as etapas do processo de enfermagem, destacando-se o empreendedorismo, a utilização da tecnologia da informação e a capacidade de exercer um cuidado integral.

Ajudar os enfermeiros a desenvolver seus conhecimentos, suas habilidades e suas atitudes poderá causar um impacto no

comportamento deles, o que é fundamental para que ocorra uma sistematização de fato da assistência de enfermagem e a manutenção desses profissionais no mundo do trabalho com dignidade, ética, competência e respeito.

Desse modo, deve-se ressaltar que o emprego de práticas educativas não deve restringir-se à transmissão de conhecimentos. Ao utilizá-las, é imprescindível levar em consideração as demais dimensões relacionadas com o agir de cada trabalhador, uma vez que o educando-enfermeiro deve ser compreendido como um sujeito capaz de mudar o seu entorno, e para isso precisa desenvolver habilidades e atitudes, além de adquirir conhecimento.

Etapa 3: planejamento da prática educativa com seleção da metodologia e confecção de estratégias e material didático

O planejamento da prática educativa para implantação da SAE deve, de preferência, ser feito de modo participativo, com o envolvimento dos trabalhadores e a partir de suas próprias demandas. Nessa fase, é preciso ter clareza se será preciso buscar consultorias externas ou se facilitadores da própria instituição serão capazes de dar prosseguimento às metas.

Para a aquisição de conhecimentos, poderão ser utilizadas metodologias como: aulas expositivas dialogadas, estudos de casos, aulas práticas, estudos dirigidos, problematizações, visitas de especialistas, sistemas de lembrete, entre outras. Mizoi *apud* Bork (2005, p. 43), afirma que “as intervenções educacionais efetivas precisam ser suficientemente persuasivas, informativas e relevantes para o aprendizado” e apresenta evidências científicas para algumas

intervenções, com base em ensaios clínicos, reforçando que as variáveis importantes a serem consideradas são: as características do trabalhador, o contexto social do local de trabalho e o contexto organizacional.

Já para a aquisição de habilidades e atitudes, as metodologias não tradicionais têm se mostrado mais eficazes, destacando-se técnicas que permitam que as pessoas possam descobrir-se na sua identidade e nos seus valores, como o jogos dramáticos, dinâmicas de grupo, filmes, mensagens, textos, músicas, artes (pintura, massa de modelar, argila, bordados, origami, colagem), relaxamento e todas as técnicas que proporcionem aos trabalhadores, como sujeitos, a oportunidade de se libertarem de suas amarras sociais, mesmo que temporariamente (CUNHA, 1994).

A elaboração de estratégias e material didático deverá ser coerente não só com a metodologia a ser utilizada, mas também com os recursos disponíveis e com os princípios pedagógicos, estéticos e de divulgação capazes de ampliar a adesão, o rendimento e a otimização das práticas educativas. Deverão ainda ser considerados nessa etapa alguns aspectos estruturais: liberação dos funcionários, horário disponível para as atividades, reconhecimento dessas atividades nas fichas funcionais dos trabalhadores, entre outras.

Etapa 4: desenvolvimento da prática educativa

O processo educativo pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem ao educando a ocupação do lugar de sujeito na construção dos conhecimentos, bem como a capacidade de descobrir novas formas de produzir serviços com resolutividade e eficácia, superando os entraves para a organização de um processo de trabalho que priorize as demandas de cuidados apresentadas pelo paciente e seja orientado por elas, não

por normas e regulamentos. Assim, processos educativos que privilegiem apenas o acúmulo quantitativo de repasse de informações já não são possíveis, nem mesmo adequados (BARATA, 2001).

Possibilitar ao sujeito-educando novas vivências, individualizando-o em um contexto, e levantar questões relevantes para reflexão e debate são estratégias significativas na prática educativa: por que se preocupar com a questão teórica preconizada pela SAE e não prosseguir com o processo de trabalho não sistematizado? Quais são os pontos facilitadores e os não facilitadores (dos trabalhadores e da instituição) para a implantação da SAE? Quais habilidades, conhecimentos e atitudes necessários para a implantação da SAE se fazem presentes no processo de trabalho atual da instituição? Qual a finalidade atual do processo de trabalho na instituição? Essa finalidade tem sido alcançada?

Etapa 5: avaliação da prática educativa

A avaliação da prática educativa só se torna possível por intermédio da avaliação da prática dos sujeitos, e a transformação desejada deve responder à finalidade do que orientou o processo educativo – no caso, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à implantação da SAE.

O alcance e o sucesso da quinta etapa do processo de enfermagem –, a avaliação – pode ser um dos indicadores nos resultados alcançados pela prática educativa, pois nessa fase o enfermeiro avalia o progresso do paciente, institui medidas corretivas e, se necessário, revê o plano de cuidados (TANNURE; GONÇALVES, 2008), ou seja, para alcançar os resultados propostos, é necessário mobilizar, além de conhecimentos, um conjunto de habilidades e atitudes necessárias para a reorganização dos cuidados e a catalogação de condutas e indicadores que, em última instância, irão possibilitar a

análise crítica da qualidade da assistência prestada e a reflexão sobre a finalidade da mesma, em relação às demandas do indivíduo, da família e da comunidade.

Assim, quando se reconhecem as demandas de cuidado da população como a finalidade do processo de trabalho da enfermagem, as práticas educativas contribuem para muito mais do que apenas instrumentalizar os trabalhadores ante as novas metodologias; contribuem para a busca da defesa da vida em todas as suas dimensões, tanto para o ser cuidado quanto para o cuidador.

▪ Questões para fixação do conteúdo

1. O que é educação permanente?
2. Por que a educação permanente pode ser utilizada como estratégia para a implantação da SAE?
3. Em quais pilares deve estar sustentada a educação no século XXI?
4. Explique cada um dos pilares propostos pela UNESCO.
5. Que etapas devem ser seguidas durante a estratégia da utilização da educação permanente para favorecer a implantação da SAE?
6. Explique cada uma das etapas propostas.
7. Crie ou cite uma situação problema para a implantação da SAE em instituições de saúde e proponha o planejamento, o desenvolvimento e uma estratégia de avaliação da prática educativa.



Referências Bibliográficas

A

- Abdellah, G.F. Methods of identifying covert aspects of nursing problems – a key to improved clinical teaching. *Nursing Research* 1957; 6(1):4-23.
- Abrão, A.C.F.V.; Gutiérrez, M.G.R.; Marin, H.F. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz – estudo de identificação e validação clínica. *Acta Paul. Enferm.* 2005; 18(1):46-55.
- Abrão, A.C.F.V.; Gutiérrez, M.G.R.; Marin, H.F. Utilização do diagnóstico de enfermagem, segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 1997; 5(2):49-59.
- Albuquerque, L.M.; Cubas, M.R. *Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde*. Curitiba: ABEn, 2005, 121p.
- Alcero-Camarero, A.R.; Cobo-Sánchez, J.L.; Casaus-Pérez, M. *et al.* Abdominal aortic aneurysm treated by endovascular surgery: a case report. *Enferm. Clin.* 2008; 18(2):96-103.
- Alfaro-LeFevre, R. *Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2000, 281p.
- Alfaro-LeFevre, R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*, 5ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2005, 283p.

- Almeida, M.A. Sistematização da assistência de enfermagem na formação do enfermeiro. In: Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, 7, 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABEn, 2004, pp. 88-97.
- American Nurses Association. The scope of practice for nursing informatics. American Nurse Publishing. Washington, DC, 1999, pp. 1-15.
- Andrade, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2007; 60(1):96-98.
- Antunes, C.; Dal Sasso, G.T.M. Processo de enfermagem informatizado ao paciente politraumatizado de terapia intensiva – CIPE® Versão 1.0. In: X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006, Florianópolis. Anais... do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, São Paulo: SBIS, 2006. v. 1, pp. 76-80.
- Antunes, M.J.M. O Programa de Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: A contribuição da enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enferm.* 2001; 54:98-107.
- Araújo, I.M.A.; Oliveira, M.V.; Fernandes, A.F.C. Compreensão do modelo de King sobre o paradigma do interacionismo simbólico. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(6):715-718.
- Arcanjo, Z.; Alves, V.M.; Palmeira, I.L.T.; Lopes, M.V.O. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e ao repouso de gestantes. *Rev. Enferm. UERJ.* 2006; 14(3):378-384.

B

- Bachion, M.M. Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, 2002, pp. 41-49.
- Bailey, D.R. Computer applications in nursing: a prototypical model for planning nursing care. *Comput. Nurs.* 1988; 6(5):199-203.
- Balsanelli, A.P.; Jerico, M.C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paul. Enferm.* 2005; 18(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400008-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2008.
- Barata, J.M.L. O processo educativo na organização do trabalho da enfermagem: uma concepção a ser transformada. 2001. 165 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.
- Beyers, M.; Dudas, S. O processo de enfermagem. In: *Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*, 2^a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- Bittar, D.B.; Pereira, L.V.; Lemos, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto e Contexto Enfermagem.* 2006; 15(4):617-628.
- Bittencourt, G.K.G.D.; Nóbrega, M.M.L. Confirmação de significado para a prática profissional de termos atribuídos

- a ações de enfermagem: estudo descritivo. *Online Braz. J. Nurs.* [S.l.] 2006; 5:1-9. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=433&layout=html>> Acesso em: 28 fev. 2007.
- Bloom, K.C.; Leitner, J.E.; Solano, J.L. Development of an expert system prototype to generate nursing care plans based on nursing diagnosis. *Comput. Nurs.* 1987; 5(4):140-5.
- Bork, A.M.T. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 365p.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.
- Brasil. Leis, Decretos etc. Lei 7498, de 26 de junho, 1986. Diário Oficial da União. Brasília, 26/jun. Seção 1, p. 9274.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2001, 128p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/02. Brasília, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução COFEN 293/04. Rio de Janeiro, 2004.
- Brasil. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: Proposta versão 2.0. Inclui deliberações da 12ª

- Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Departamento de Informação e Informática do SUS. Brasília, 2004, 16p.
- Braun P., Hsiao W.C.; Becker, E.R.; DeNicola M. Evaluation and management services in the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA* 1988; 260(16):2409-2417.
- British Medical Journal. *Evidência clínica: conciso*, 12^a ed., Porto Alegre: Artmed, 2009, 623p.
- Brittain, M.J.; Norrist, A.C. Delivery of health informatics education and training. *Health Libraries Review* 2000; 17:117-128.
- Bub, M.B.C.; Benedet, S.A. A teoria de Dorothy Johnson e a classificação diagnóstica da NANDA: um modelo para unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem* 1996; 1(1):67-72.

C

- Camiá, G.E.K.; Barbieri, M.; Marin, H.F. Nursing phenomena identified in family planning visits with ICNP® – Beta Version 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [S.l.], 2006; 14(5):674-681. Disponível em: <www.scielo.br/rlae> Acesso em: 28 fev. 2007.
- Campos, S.H.; Boog, M.C.F. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. *Rev. Nutr.* 2006; 19(2):145-155.
- Carlson, J.H.; Craft, C.A.; McGuire, A.D. *Nursing diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1982, 258p.
- Carpenito, L.J. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*, 6^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 812p.
- Carpenito, L.J. *Planos de cuidados de enfermagem*, 2^a ed., Porto Alegre: Artmed, 1999, 739p.

- Carpenito-Moyet, L.J. *Diagnósticos de enfermagem*, 11ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2009, 1039p.
- Carpenito-Moyet, L.J. *Manual de diagnósticos de enfermagem*, 11ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2008, 743p.
- Carraro, R.E.; Madureira; V.F.; Radunz; V. Algumas teorias de enfermagem: Florence Nightingale. In: Leopardi, M.T. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Para Livros, 1999, pp. 66-171.
- Carraro, T.E.; Kletemberg, D.F.; Gonçalves, L.M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(5):499-501.
- Carvalho, E.C.; Garcia, T.R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, 2002, pp. 29-40.
- Cecílio, L.C.O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*, 3ª ed., São Paulo: Hucitec, 2006, 333p.
- Chang, B.L.; Roth, K.; Gonzales, E.; Caswell, D.; Distefano, J. A knowledge, based system nursing diagnosis. *Comput. Nurs.* 1988; 6(1):13-21.
- Chianca, T.C.M. A pesquisa em enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática. In: Tannure, M.C.; Gonçalves, A.M.P. *Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, 168p.
- Chianca, T.C.M. As classificações da prática de enfermagem: diagnósticos, intervenções e resultados. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, 2002, pp. 50-66.

- Chianca, T.C.M. Mapeamento das ações de enfermagem do CIPESC às intervenções de enfermagem da NIC. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(5):513-518.
- Chianca, T.C.M. Os sistemas de classificação dos elementos da prática na pesquisa em enfermagem. In: Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, 7, 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABEn, 29 de maio a 1º de junho de 2004, pp. 98-105.
- Chianca, T.C.M.; Antunes, M.J. (orgs.). *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC*. Associação Brasileira de Enfermagem, 1999 (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- Chiesa, A.M.; Betolotti, M.R.; Fonseca, R.M.G.S. Sistematização da assistência de enfermagem: uma estratégia para unidades de terapia intensiva. *O Mundo da Saúde*. 2000; 24(1):67-71.
- Cianciarullo, T.I. (org.). *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência de enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 2000, 154p.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Beta 2. *Conselho Internacional de Enfermagem*. Genebra: ICN, 2005, 210 p.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Beta 2. *Conselho Internacional de Enfermagem*. São Paulo: CIE, 2003, 302p.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. *Conselho Internacional de Enfermagem*. São Paulo: Argol Editora, 2007, 203p.

- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. *Conselho Internacional de Enfermagem*. Genebra: CIE, 2005, 210p.
- Coenen, A.; Ryan, P.; Sutton, J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Interventions Classification (NIC). *Nurs. Diagnosis*. 1997; 8(4):145-151.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 272, de 27 de agosto de 2002. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde, Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <http://www.corenmg.br/resolucao272_2002.htm>. Acesso em: 2 mar. 2009.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 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. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na Internet]. Brasília; 2009. [citado 2009 out. 15]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>> Acesso em: 3 nov. 2009.
- Craven, R.F.; Hirnle, C.J. *Fundamentos de Enfermagem: saúde e função humana*, 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 1492p.
- Creason, N.S. Clinical validation of nursing diagnoses. *Int. J. Nurs. Terminol. Classif.* 2004; 15(4):123-132.
- Cruz, D.A.L.M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definições. *Rev. Paul. Enf.* 1994; 13(1/3):3-7.

- Cruz, D.A.L.M. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski, R.R.; Soares, A.V.N.; Lima, A.F.C. *et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2008, 368p.
- Cruz, D.A.L.M.; Carvalho, E.C.; Marin, H.F.; Nóbrega, M.M.L. *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha*. Brasília, ABEn [Série Didática: Enfermagem no SUS], 1997, 92p.
- Cruz, D.M.; Gutiérrez, B.A.; López, A.L.; Souza, T.T.; Assami, S. Congruence of terms between lists of problems and the ICNP® – Alpha Version. *International Nursing Review*. 2000; 47:89-96.
- Cunha, I.C.K.O.; Bicudo, A.M.C.; Carmagnani, M.I.S. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem no Hospital Sírio-Libanês. *Enfoque* 1989; 17(3):76-80.
- Cunha, I.C.K.O.; Feldman, L.B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(1). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 set. 2008.
- Cunha, N.H.S. *Brinquedo, desafio e descoberta – Subsídios para utilização e confecção de brinquedos*. Rio de Janeiro: FAE, 1994.

D

- D'Innocenzo, M.; Adami, N.P.; Cunha, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2006; 59(1):84-88.
- Dalri, M.C.B.; Carvalho, E.C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimaduras utilizando-se um software: aplicação em quatro pacientes. *Rev. Latino-Americana Enferm.* 2002; 10(6):787-793.
- Deboscker, Y. Le dossier médical dans les établissements de santé, 5 ed., Paris: Manuels, 1997.
- Delaney, C., Moorhead, S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardizing nursing intervention language mapping. *Nurs. Diagnosis.* 1997; 8(4):152-156.
- Delors, J. (org.). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco, da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI.* São Paulo: Cortez, 2000, 288p.
- Dochterman, J.M.; Buleccheck, G.M. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2008, 988p.
- Dochterman, J.M.; Buleccheck, G.M.; Chianca, T.C.M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) – avaliação e atualização. *Nursing* 2003. 67(6):34-40.
- Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F. *Diagnóstico e intervenção em enfermagem*, 5ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1999, 559p.
- Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F., Geissler, A.C. *Planos de cuidados de enfermagem*, 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, 970p.

Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F.; Murr, A.C. *Diagnósticos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 723p.

E

Egry, E.Y. Cipescando pelo Brasil afora. Anais... Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, 1, e Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 4. João Pessoa, ABEn Seção Paraíba, maio de 2000.

Egry, E.Y. Classificação da Prática de Enfermagem como Instrumento do Cuidado de Enfermagem na Perspectiva Individual e Coletiva: limites e possibilidades. Anais... Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50. Salvador, ABEn Seção Bahia, 1998.

Egry, E.Y.; Car, M.R.; Felli, V.E.A.; Caetano, V.C.; Sugano, A.S. O processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS. Anais... Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, 1, e Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 4. João Pessoa, ABEn Seção Paraíba, maio de 2000.

Egry, E.Y.; Cubas, M.R. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn Seção Paraná, 2006, 181p.

England, M. Nursing diagnosis: a conceptual framework. In: Whall, A.L.; Fitzpatrick, J.J. *Conceptual models of nursing: analysis and application*. Norwalk: Appleton & Lange, 1989, pp. 347-369.

Evora Y.D.M., Pasti, M.J., Pileggi, S.O., Ballini, J.M. Processo de informatização em enfermagem: experiência de um hospital público. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 10, 2006, Florianópolis. Anais... Florianópolis: 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br>>. Acesso em: 3 mar. 2007.

F

Falco, M.S.; Abdellah, F.G. In: George, J.B. *Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2000, pp. 119-130.

Farias, M.C.A.D.; Nóbrega, M.M.L. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. *Rev. Latino-Americana Enferm.* 2000; 8(6):59-67.

Fehring, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung* 1987; 16(6):625-629.

Fehring, R.J. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: Hurley, M.E. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Sixth Conference*. St. Louis: Mosby Co., 1986, pp. 183-190.

Feldman, L.B.; Gatto, M.A.F.; Cunha, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul. Enferm.* 2005; 18(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2008.

- Ferreira, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*, 1ª ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- Ferreira, N.M.L.A. Sistematização da assistência de enfermagem – importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. *Acta Paul. Enferm.* 1990; 3(3):79-84.
- Figueiredo, L.T.; Borges, M.P.C; Torres, A.L.; Araújo, E.C. Prontuário eletrônico do paciente – a funcionalidade do registro informatizado. *Rev. Enferm. UFPE On Line* 2007; 1(2):229-236.
- Figueiredo, N.M.A., Santos, I; Sobral, V. *et al.* Cuidar em saúde: lugar da intervenção de um novo paradigma científico. *Rev. Bras. Enferm.* 1998; 51(3):447-456.
- Fitzsimmons, J.A.; Fitzsimmons, M. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*, 2ª ed., 2000, pp. 249-255.
- Furukawa, C.Y.; Howe, J.H. Virgínia Henderson. In: George, J.B. *Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2000, pp. 59-72.

G

- Gaidzinski, R.R. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática (Tese de Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1994.
- Gaidzinski, R.R.; Soares, A.V.N.; Costa Lima, A.F. *et al.* *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- Galdeano, L.E.; Rossi, L.A.; Zago, M.M.F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 2003; 11(33):371-375.
- Galvão, C.M.; Sawada, N.O.; Mendes, I.A.C. A busca das melhores evidências. *Revista de Enfermagem da USP* 2003; 37(4):43-50.
- Garcia, T.R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* 1998; 11(3):24-31.
- Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, 7, 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABEn, 29 de maio a 1º de junho de 2004, p. 31-43.
- Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L. Projeto CIPESC-CIE/ABEn: 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: Idéia; ABEn, 2000, pp. 83-170.
- Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L.; Sousa, M.C.M. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. *Rev. Bras. Enferm.* 2002; 55(1):52-63.
- George, J.B. *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*, 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, 375p.

- Gomes, E.L.R. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida, M.C.P.; Rocha, S.M.M. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 295-350.
- Gomes, F.S.L.; Donoso, M.T.U. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre aspectos reais da prática. *Enfermagem em Revista*. 1998; 4(7):66-72.
- Gonçalves, A.M.P. Perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com síndrome coronariana aguda. 2004. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- Gonçalves, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Gordon, M. *Nursing diagnosis: process and application*, 3ª ed., St. Louis: Mosby Co., 1987.
- Gordon, M. Nursing nomenclature and classification system development. *Online Journal of Issues in Nursing*. 1998; 3(2):[13 telas]. Disponível em: <<http://www.nursing-world.org/ojin/tpc7/tpc7>> . Acesso em: 20 set. 2008.
- Gordon, M.; Sweney, M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. *Adv. Nurs. Sci.* 1979; 2(1):1-15.
- Guimarães, H.C.Q.C.P. Intervenções de enfermagem propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem “excesso de volume de líquidos”. São Paulo, 2000, 163 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, 2000.

H

- Haddad, Q.J.; Roschke, M.A.L.C.; Davini, M.C. *Educacion permanente de personal de salud*. Washington: OPS, 1994, 247 p.
- Heecks, R. Health information systems: Failure, success and improvisation. *International Journal of Medical Informatics*, 2006; 75(2):125-137.
- Hickman, J.S. Introdução à teoria da enfermagem. In: George, J.B. *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*, 4^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2000:11-20.
- Hicks, N. Assesment criteria. *Bandolier J.* [série online] 2004; 39(9):[3 telas]. Disponível em: <<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band39/b39-9.html>>. Acesso em: 20 set. 2008.
- Horta, W.A. *O processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/Edusp, 1979, 99p.
- Hoskins, L.M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: Carroll-Johnson, R.M. *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the Eighth Conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott, 1989, pp. 126-131.
- Humpris, D. Types of evidence. In: Hamer S, Collinson G. *Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners*. London: Baillière Tindall, 1999.
- Hur, H.K.; Kim, S.; Storey, M. Nursing diagnoses and interventions used in home care in Korea. *Nurs. Diagnosis*. 2000; 11(3):97-108.

I

- IMIA. *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the Eighth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Rev. Method of Information in Medicine*. 2000; 39:267-277.
- Institute of Medicine. *The computer-based patient record: an essential technology for health care*, revised edition, Division of Health Care Services. Washington, D.C., USA, 1997.
- International Council of Nursing. *Actualización – nueva versión Beta de la CIPE®. Actualización de la CIPE®*. Ginebra: 1998, 9p.
- International Council of Nursing. *ICNP® – International Classification for Nursing Practice – Beta*. Ginebra: ICN, 1999, 195p.
- International Council of Nursing. *Introducing ICN's International Classification for Nursing Practice (ICNP): a unifying framework*. *Int. Nurs. Review* 1996; 43(6):169-170.
- International Council of Nursing. *Nursing's next advanced: an International Classification System for Nursing Practice (ICNP)*. Ginebra: ICN, 1993, 100p.
- International Council Nursing. *The International Classification for Nursing Practice: a unifying framework – The Alfa Version*. Ginebra: INC, 1996, 252 p.
- Iyer, P.W.; Taptich, B.J.; Bernocchi-Losey, D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*, 1ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 325p.

J

- Jesus, C.A.C. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, 2002, pp. 14-20.
- Jevon, P.; Ewens, B. *Monitoramento do paciente crítico*, 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2009, 309p.
- Jiang, G.; Sato, H.; Endoh, A.; Ogasawara, K.; Sakurai, T. An ontological approach to support the description of nursing practice in Japan with the ICNP®. *Intern. J. Med. Inform.* 2007; 76(1):55-65.
- Johnson, M.; Buleccheck, G.; Butcher, H. *et al. Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2005, 506p.
- Johnson, M.; Bulecchek, G.; Butchert, H. *et al. Ligações entre NANDA, NOC e NIC*, 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2009, 703p.
- Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*, 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2004, 639 p.

K

- Kelly, N.L. *et al.* Extrapolation of measures of work for surveyed services to other services. *JAMA* 1988; 260(16):2379-84.
- Kissinger, K.; Borchardt, S. Information technology for integrated health system: positioning for the future, New York: John Wiley & Sons, Inc., 1997.

- Kuchler F.F.; Alvarez, A.G.; Haertel, L.A. Impacto sobre o tempo de execução do processo de enfermagem auxiliado por ferramenta informatizada. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br>>. Acesso em: 6 mar. 2007.
- Kuo, C.; Yen, M. Cross-mapping ICNP terms with taiwanese gynecological nursing records. *J. Nurs. Res.* 2006; 14(4):271-277.
- Kurcgant, P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 198 p.
- Kurcgant, P.; Tronchin, D.M.R.; Melleiro, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul. Enferm.* 2006; 19(1):88-91.
- L**
- Leopardi, M.T. *Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis, Para Livros, 1999, 228p.
- Lima, M.T; Bucher, J.S.N.F.; Lima, J.W.O. A hipertensão arterial sobre o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad. Saúde Públ.* 2004; 20(4):1079-1087.
- Lima, S.B.S.; Erdmann, A.L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul. Enferm.* 2006; 19(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2008.

- Lucena, A.F.; Barros, A.L.B.L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* 2005; 15(1):82-88.
- Lucena, A.F.; Barros, A.L.B.L. Most frequent nursing diagnosis in a Brazilian intensive care unit. *Intern. J. Nurs. Terminol. Classif.* 2006; 17(3):139-146.

M

- Maria, V.L.R. Preparo das enfermeiras para utilização dos diagnósticos de enfermagem: relato de experiência. São Paulo, 1990, 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Marin, H.F. New frontiers for nursing and health care informatics. *Rev. Intern. J. Med. Inform.* 2005; 74:695-704.
- Marques, I.R.; Marin, H.F. Sistemas de apoio à decisão em enfermagem. *Rev. Paul. Enf.* 2002;21(2):156-62.
- Marques, L.V.P., Carvalho, D.V. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Rev. Min. Enferm.* 2005; 9(3):199-205.
- Martins, A.; Saukas, E.; Zanardo, J. SCAI: Sistema de Controle de Acesso para os Requisitos da Saúde, Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, nov. 2004.
- Martins, I.; Gutiérrez, M.G.R. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem: desobstrução ineficaz de vias aéreas. *Acta Paul. Enferm.* 2005; 18(2):143-148.

- Massad, E.; Marin, H.F.; Neto, R.S.A. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. OMS, 2003.
- McCloskey, J.; Bulechek, G.M. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*, 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.
- McEwen, M. Visão geral da teoria de enfermagem. In: McEwen, M.; Wills, E.M. *Bases teóricas para a enfermagem*, 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2009, 576p.
- Meleis, A.I. Teste de teorias de enfermagem: processos conceituais e empíricos. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 1, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis, pp. 317-356.
- Meleis, A.I. *Theoretical nursing. Development & progress*, 4 ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 807p.
- Mello, J.B.; Camargo, M.O. Qualidade na saúde: práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Editora Best Seller, 1998, 435p.
- Mendes, M.A.; Bastos, M.A.R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(3):271-276.
- Meneguello, A.S.; Dalri, M.C.B.; Carvalho, E.C.; Bachion, M.M. Comunicação prejudicada: fatores relacionados e características definidoras em pacientes internados com queimaduras. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, 1996; 4(spe):153-72.
- Menezes, M.F.B.; Camargo, T.C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Rev. Latino-Americana Enferm.* 2006; 14(3):442-447.

- Moorhead, S.; Delaney, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. *Diagnosis* 1997; 8(4):137-144.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*, 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2008, 872p.
- Moreira, A.B.; Machado, A.A.; Martins, F.G. *et al.* Seleção do referencial teórico de Orem para a utilização em CTI adulto. *Nursing* 2008; 11(121):261-267.
- Muir-Gray, J.A. *Evidence-based healthcare*, 2 ed., Edinburgh: Churchill, 2004.
- Muller-Staub, M.; Needham, I.; Odenbreit, M.; Lavin, M.A.; Achterberg, T.V. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Intern. J. Nursing Terminol. Classif.* 2007; 18(1):5-17.
- Murphy, G.F.; Hanken, M.A.; Waters, K.A. *Electronic health records: changing the vision*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999.
- Musen, M.A. *Handbook of medical informatics*. Netherlands: Springer-Verlag, 1997, 99-115.

N

- Neto, A.Q.; Bittar, O.J.N. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa, 2004.
- Nielsen, G.; Mortensen, R. *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de*

- Enfermeiras: Versão Alpha*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, 92p.
- Nightingale, F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989.
- Nóbrega, M.M.L. Classificação internacional para a prática de enfermagem é projeto do CIE. *Nursing* 2002; 4(51):12-14.
- Nóbrega, M.M.L.; Garcia, T.R. *Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa: Idéia, ABEn [Série Didática: Enfermagem no SUS], 2000, 204p.
- Nóbrega, M.M.L.; Garcia, T.R. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional. In: Albuquerque, L.M.; Cubas, M.R. *Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde*. Curitiba: ABEn, 2005, pp. 8-39.
- Nóbrega, M.M.L.; Gutiérrez, M.G.R. Classificação internacional das práticas de enfermagem – CIPE®/CIE: uma visão geral da Versão Alfa e considerações sobre a construção da Versão Beta. In: Chianca, T.C.M.; Antunes, M.J.M. *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC*. Brasília: ABEn, 1999, 356p.
- Nóbrega, M.M.L.; Gutiérrez, M.G.R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE. In: Nóbrega, M.M.L.; Gutiérrez, M.G.R. *Taxonomias e sistemas de classificação. Versão Alfa*. João Pessoa: Idéia, 2000, pp. 25-36.

- Nóbrega, M.M.L.; Garcia, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(2):227-230.
- Nóbrega, M.M.L.; Gutiérrez, M.G.R. Sistemas de classificação na enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L. (orgs.) *Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa: Idéias, 2000 (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- Nóbrega, M.M.L.; Silva, K.L. *Fundamentos do cuidar em enfermagem*. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009, 232p.
- North American Nursing Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002*. Porto Alegre: Artmed, 2002, 288p.
- North American Nursing Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed, 2006, 312p.
- North American Nursing Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed, 2008, 329p.
- North American Nursing Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA. 2009-2011*. NANDA International. Porto Alegre: Artmed, 2010, 452p.

O

- Organização Nacional de Acreditação. *Conheça a ONA*. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/>>. Acesso em: 20 set. 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico* 2001; 22(4):1-5.

Orlando, I.J. O relacionamento dinâmico enfermeira-paciente. Função, processo e princípios. São Paulo: E.P.U., Edusp, 1978, pp. 39-80.

P

Paul, C.; Reeves, S.J. Visão geral do processo de enfermagem. In: George, J.B. *et al. Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2000, pp. 21-32.

Perez, G. Adoção de inovações tecnológicas: um estudo sobre o uso de sistemas de informação na área de saúde. 227p. (Tese de Doutorado). FEA, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Pina, V.D. *et al.* Manual para diagnóstico de administração de empresas: o diagnóstico. São Paulo: Atlas, 2007.

Polizer, R.; D’Innocenzo, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2006; 59(4):548-551.

R

Rossi, L.A; Carvalho, E.C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, 2002, pp. 21-28.

Roza, B.A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: Bork, A.M.T. *Enfermagem baseada em*

evidências, 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 365p.

S

- Salvador, V.F.M.; Filho, F.G.V.A. Aspectos éticos e de segurança do prontuário eletrônico do paciente. II Jornada do Conhecimento e da Tecnologia, UNIVEM, Marília – SP, 2005.
- Sansoni, J.; Giustini, M. More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. *Intern. Nurs. Rev.* 2006; 53(1):21-27.
- Santana, J.S.S.; Carvalho, R.C. Sistematização da assistência de enfermagem em creche: reflexões de uma prática. *Nursing* 2000; 3(24):24-29.
- Santos, J.F.; Ramos, T.A.G. Implantação da metodologia de assistência de enfermagem em UTIs: como está e quais são os fatores intervenientes? *Rev. Baiana Enferm.* 1998; 11(1):47-59.
- Santos, M.S. Informatização de atividades administrativo-burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência. 144p. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
- Santos, S.R., Nóbrega, M.M.L. A busca da interação teórica e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados. *Rev. Latino-Americana Enferm.* 2004; 12(3):460-468.
- Sasso, G.T.M.; Sardo, P.G. Problem-based learning in cardiopulmonary resuscitation on a virtual learning

- environment methodological research. *Online Braz. J. Nurs.* 2007; 6(3):1-10.
- Schwartz, M. *et al.* Implementing quality improvement in hospitals: the role of leadership and culture. *Am. J. Med. Quality.* 2005.
- Silva, K.L.; Cruz, D.S.M.; Furtado, L.G. *et al.* Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®. In: Nóbrega, M.M.L.; Silva, K.L. *Fundamentos do cuidar em Enfermagem.* 2ª ed., Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009, 232p.
- Silva, K.L.; Silva, A.T.M.C.; Nóbrega, M.M.L.; Ferreiral Filha, M.O. Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças. *Online Braz. J. Nurs.* 2004; 3(3). Disponível em: <www.uff//nepae:objn303silvaketal.htm>. Acesso em: 7 jul. 2006.
- Slee, V.; Slee, D.; Schmidt, H.J. The endangered medical record – ensuring its integrity in the age of informatics. Saint Paul: Tringa Press, 2000.
- Soares, H.Q. Acreditação hospitalar na assistência em terapia intensiva. *Saúde e Beleza.* Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>> Acesso em: 23 set. 2008.
- Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Textos e artigos sobre temas da Informática em Saúde. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br>>. Acesso em: 27 dez. 2007.
- Souza, A.P.M.A.; Coutinho, A.P.O.L.; Silva, K.L.; Nóbrega, M.M.L.; Fontes, W.D. Implementação da assistência: quarta fase do processo de enfermagem. In: Nóbrega,

- M.M.L.; Silva, K.L. *Fundamentos do cuidar em enfermagem*. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009, 232p.
- Souza, M. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis, pp. 230-248.
- Souza, M.F. Comentário sobre o tema: desenvolvimento de teorias de enfermagem da Dra. Afaf Ibrahim Meleis. In: Simpósio Brasileiro de Teoria de Enfermagem, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis, pp. 165-177.
- Sparks, S.; Taylor, C.M. *Manual de diagnósticos de enfermagem*, 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 569p.
- Sperandio, D.J.; Évora, Y.D.M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software protótipo. *Rev. Latino-Americana de Enferm.* 2005; 13(6):937-943.
- Stanton, M.; Paul, C.; Reeves, L.S. Um resumo do processo de enfermagem. In: George, J.B. *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*, 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Sullivan-Marx, E.M.; Maislin, G. Comparison of nurse practitioner and family physician relative work values. *J. Nurs. Scholarship.* 2000; 32(1):71-6.
- Svaldi, J.S.D.; Lunardi Filho, W.D. Métodos, ferramentas e técnicas da gestão da qualidade total: aplicação na organização do trabalho da enfermagem em um serviço de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm.* 2003; 12(4):510-508.

- T**
- Tang, P.C.; McDonald, C.J. Biomedical informatics: computer applications in health care and biomedicine, 3rd ed., New York: Springer, 2006.
- Tannure, M.C. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem para unidade de terapia intensiva de adultos. 2008. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- Tannure, M.C.; Chianca, T.C.M. A seleção do referencial teórico de Orem para a sistematização da assistência de enfermagem. *Nursing*. 2006; 100(8):1004-1009.
- Tannure, M.C.; Chianca, T.C.M. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: Tannure, M.C.; Gonçalves, A.M.P. *SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, pp. 127-140.
- Tannure, M.C.; Gonçalves, A.M.P. *SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, 168p.
- Thelan, L.A.; Davie, J.K.; Urden, L.D.; Lough, M.E. *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnósticos e intervenções*, 2ª ed., Lisboa: Lusodidacta, 1996.
- Thomaz, V.A.; Guidardello, E.B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. *Nursing*. 2002; 54(5):28-34.
- Timby, B.K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*, 8ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

- Titler M.G.; Pettit D.; Bulecchek G.M. Classification of Nursing Interventions for Care of the Integument. *Nurs. Diagnosis*. 1991; 2(2):45-56.
- Turban, E.; Rainer, R.K.; Potter, R.E. Administração de tecnologia da informação: teoria e prática, 3 ed., São Paulo: Campus, 2005.

V

- Vogelsmeier A.A., Halbesleben J.R.B., Scott-Cawiezell J.R. *Technology implementation and workarounds in the nursing home*. *Int. J. Med. Inform.* 2008; 15(1):114-119.

W

- Waegemann, C.P. The five levels of electronic health records. *MD Computing*. 1996; 13(3):199-203.
- Waldow, V.R.; Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 230p.
- Webster's of American English. New World Dictionary, 3^a ed. New York: Simon and Schuster, Inc., 1991, 1574 p.
- Wiederhold, G.; Perreault, L.E. Hospital information systems. In: Shortliffe, E.; Perreault, L.E. (eds.) *Medical informatics – computer applications in health care*. New York: Addison-Wesley, 1990.
- Witt R.R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336f. (Tese de Doutorado em

Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 2005.

Witt, R.R.; Almeida, M.C.P. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública. *Texto Contexto Enferm.* 2003; 12(4):559-68.



Índice Alfabético

A

Agrupamento dos dados, 35

Ambiência, 227

ANA (American Nursing Association), 51

Análise dos dados, 47

Anamnese, 31

Angústia espiritual, 164

Aspiração de vias aéreas, prescrição de enfermagem, 99

Assistência de enfermagem

- gestão, 223-244

- sistematização, Ver Sistematização da assistência de enfermagem

Avaliação da assistência de enfermagem, 151-156

B

Banho de leito, prescrição de enfermagem, 100

Bomba cardíaca, eficácia, 172

C

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída, 54

- prescrição de enfermagem, 102

CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem),
175-192, 200

- Brasil, 190

- décimo passo, 189

- nono passo, 188

- oitavo passo, 183

- primeiro passo, 179

- quarto passo, 180

- quinto passo, 180

- segundo passo, 179

- sétimo passo, 182

- sexto passo, 181

- terceiro passo, 179

- Versão 1.0

- - diagnósticos e resultados de enfermagem, 186

- - intervenções de enfermagem, 187

- Versão 1.1, 189

- Versão 2.0, 189

CIPESC® (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em
Saúde Coletiva), 193-204

- construção, motivação, 197

- desenvolvimento do projeto, 199

- utilização na prática, 200

Classificação(ões)

- enfermagem e pesquisa, 205-222

- - critérios, 210

- - diagnóstico de enfermagem, 211

- - intervenções de enfermagem, 216
- - publicações, 219
- - resultados de enfermagem, 219
- - sistemas, 208
- - uniformização da linguagem, 207
- resultados de enfermagem, NOC, 157-174
- - conceito, 159
- - estrutura, 160
- - evolução histórica, 159
- - relevância, 159
- - taxonomia NOC, 161, 163
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), 10, 22, 267
- Coleta de dados, 34
- Comunicação e registro de dados, 36
- COREN (Conselhos Regionais de Enfermagem), 267
- Curativos, prescrição para trocas, 98, 100

D

Dados

- agrupamento, 35
- análise, 230, 234
- coleta, 34
- levantamento, 229
- registro, 36
- DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais), 277
- Deglutição prejudicada, diagnóstico, 107
- Diagnóstico(s) de enfermagem, 45-80
- análise e interpretação de dados, 47
- bem-estar, 58
- casos clínicos, 65-79
- componentes estruturais, 54
- critérios para classificação, 210
- definição, 55
- desenvolvimento, fases, 229
- - análise dos dados, 230, 234
- - emissão do diagnóstico situacional detectado no serviço, 230
- - levantamento de dados, 229, 230

- - priorização das ações, 230, 235
 - dicas importantes, 60
 - eixos que devem ser levados em conta, 50
 - evolução histórica, 48
 - NANDA, domínios que são distribuídos, 51
 - NANDA, enunciados, 63
 - objetivos, diagnóstico situacional, 229
 - prática de pesquisa, 211
 - promoção da saúde, 59
 - questões-chave, 229
 - risco, 58
 - situacional, 227
 - taxonomia da NANDA, 56
 - tipos, 57
 - validação, 211
- Domínio nutrição, 64

Dor

- abdome (caso clínico), 86
- - dados relacionados com o modo
 - - - função do papel, 88
 - - - interdependência, 88
- - exame
 - - - complementar, 89
 - - - físico, 88
- - história
 - - - familiar, 87
 - - - moléstia atual, 87
 - - - saúde pregressa, 87
- - identificação, 87
- - queixa principal, 87
- - resolução, 90
- - solicitações, 89
- garganta (caso clínico), 70
- - dados relacionados com o modo
 - - - autoconceito, 72
 - - - fisiológico, 71
 - - - função do papel, 72
 - - - interdependência, 72

- - exame físico, 73
- - história
- - - familiar, 71
- - - internações, 71
- - - moléstia atual, 71
- - identificação do paciente, 70
- - queixa principal, 71
- - resolução, 74
- - solicitações da mãe, 73

E

- Educação permanente e sistematização da assistência de enfermagem, 275-284
 - etapas, 280
 - pilares, 278
- Enfermagem
 - processo, 23, 25-30
 - teorias, 13-24
- Enunciados diagnósticos, 54
- Estado circulatório, graduação, 173
- Estado neurológico (taxonomia NOC), 161, 166, 167
- Ética e prontuários eletrônicos, 272
- Exame físico, 31

F

- Final de vida digno, 165

G

- Gerenciamento da assistência de enfermagem, 225
- Gestão pela qualidade total (GQT), 238

I

- Identificação de padrões, 35

- Implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem), 93-150
- Indicadores de saúde, 253
- Informatização e a sistematização da assistência de enfermagem, 259-274
 - ética e leis, 272
 - história, 262
 - incorporação, 270
 - prontuário eletrônico do paciente, 263
 - tecnologias, incorporação, 266
- Integridade tissular prejudicada, 54
 - prescrição de enfermagem, 102
- Interpretação de dados, 47
- Intervenções de enfermagem e prática de pesquisa, 216
- Investigação (anamnese e exame físico), 31-44
 - agrupamento dos dados, 35
 - aplicação prática, 37
 - coleta de dados, 34
 - comunicação e registro de dados, 36
 - identificação de padrões, 35
 - validação dos dados, 34
- Ishikawa, diagrama, 238

M

- Metaparadigma da enfermagem, 18, 19
- Monitoração da saturação de O₂, prescrição de enfermagem, 99

N

- NANDA (North American Nursing Association), 49
 - domínios em que são distribuídos os diagnósticos, 51
 - estrutura, 50
- NIC (Nursing Intervention Classification), 103
- Níveis de teorias de enfermagem, 20
- NMDS (Nursing Minimum Data Set), 209
- NOC (Nursing Outcomes Classification), 159
 - estudo de caso, 169

O

ONA (Organização Nacional de Acreditação), 249

OPAS (Organizações Prestadoras de Assistência à Saúde), 247

P

PDCA, ciclo, 238

Perda da consciência (caso clínico), 65, 75, 123

Planejamento

- estratégico situacional, 235

- resultados esperados, 81-92

Prática baseada em evidências (PBE), 112

Prescrição de enfermagem, 93-150

- como redigir, 97

- dicas importantes, 98

- itens necessários, 97

- PBE (prática baseada em evidências), 112

- taxonomia para auxílio na elaboração, 103

Processo de enfermagem (PE), 23, 25-30

- etapas, 29

- - avaliação da assistência de enfermagem, 151-156

- - diagnósticos, 45-80

- - implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem), 93-150

- - investigação (anamnese e exame físico), 31-44

- - planejamento dos resultados esperados, 81-92

- representação esquemática, 154

Programa de Saúde da Família (PSF), 20, 197

Prontuário, 262

- eletrônico do paciente, 263

Q

Qualidade da assistência prestada à população, 247

- história, 248

- indicadores, 253-255
- medida, 252

R

- Registro de dados, 36
- Resultados de enfermagem e prática de pesquisa, 219

S

- Sistemas de classificação (taxonomias), 48
- Sistematização da assistência de enfermagem (SAE), 7-12, 226
 - definição, 9
 - educação permanente, 275-284
 - implantação, estratégias do ponto de vista gerencial, 227
 - indicadores de saúde, 245-258
 - informatização, 259-274
- SUS (Sistema Único de Saúde), 195

T

- Tabela 5W-2H, 239
- Taxonomia, 48
 - I, 49
 - NANDA, 51, 56
 - NOC, 159
 - - escalas de medida, 163
 - - utilização, 163
 - prescrições de enfermagem, 103
- Teorias de enfermagem, 13-24
 - escolha, 20, 21
 - estruturação, 18
 - história, 15
 - níveis, 20

V

Validação

- dados, 34
 - diagnósticos de enfermagem, 212
 - - critérios, 215
 - - externa, 214
 - - Fehring, modelo, 213
 - - Gordon e Sweeney, modelo, 212
 - - Hoskins, modelo, 214
 - - interna, 214
 - - método de triangulação, 215
- Volume urinário, prescrição de enfermagem, 100

