

Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 18



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Equipe Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Estudos interdisciplinares em ciências da saúde
[livro eletrônico] : volume 18. -- 1. ed. --
João Pessoa, PB : Periodicojs, 2024.
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-6010-062-6

1. Ciências da saúde 2. Interdisciplinaridade
na saúde 3. Saúde pública 4. Saúde - Pesquisa.

24-197085

CDD-610.3

Índices para catálogo sistemático:

1. Ciências da saúde 610.3

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



**Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

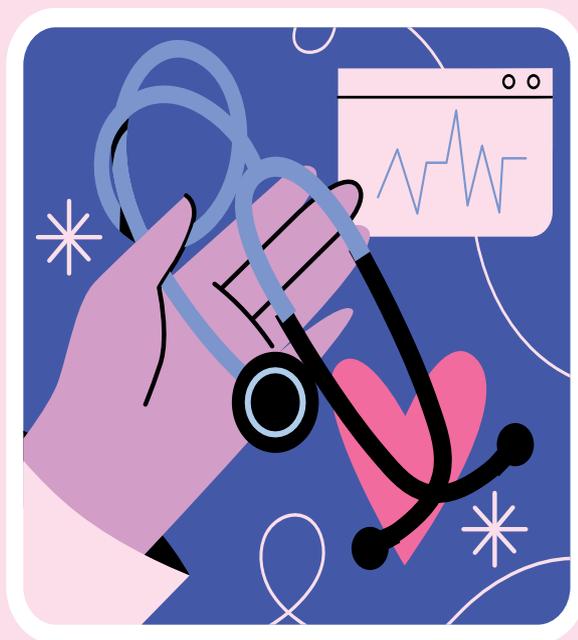
CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs



Capítulo 32

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (NANDA, NIC, NOC, CIPE)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (NANDA, NIC, NOC, CIPE)

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE - (NANDA, NIC, NOC, CIPE)

Raquel Vilanova Araujo¹

Airton César Leite²

Maria Bianca e Silva Lima³

Andressa Oliveira das Chagas Morais⁴

Marilia Alves do Nascimento Santos⁵

Sijomara Maria Costa Freitas⁶

Catiane Raquel Sousa Fernandes⁷

Resumo: O artigo aborda a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme a reso-

1 Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem - Universidade Federal do Piauí UFPI - PP-GENf. Mestre em Ciências e Saúde – CCS - UFPI. Especialista em Urgência e emergência e Saúde Pública. Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1752-296X>

2 Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7184-8488>

3 Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9175-0434>

4 Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7982-8107>

5 Centro Universitário Unifacid Wyden – UNIFACID.

6 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Uninassau Redenção - UNINASSAU, Especialização em Urgência e Emergência Faculdade Latino Americana de Educação - FLATED. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3443-7334>

7 Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UFMA, Especialização em Enfermagem Neonatal com Habilitação em UTI Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM, Especialização em Docência para o Ensino Superior Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Especialização em Oncologia pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Mestra em Saúde e Comunidade Pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3979-2730>



lução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A SAE é uma metodologia científica que permite ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanísticos na assistência aos pacientes, conferindo maior segurança, qualidade e autonomia aos profissionais de enfermagem. O texto destaca a importância da coleta de dados diretos e indiretos para a elaboração do diagnóstico de enfermagem, utilizando teorias como a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Além disso, o processo de enfermagem é descrito em cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A SAE visa estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática da enfermagem, facilitando a comunicação entre profissionais e promovendo a pesquisa e a comparação de dados entre diferentes populações e contextos.

Palavras chaves: enfermagem, sistematização, assistência.

Abstract: The article addresses the systematization of Nursing Care (SAE), according to Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council (Cofen). SAE is a scientific methodology that allows the nurse to apply their technical-scientific and humanistic knowledge in patient care, giving greater safety, quality and autonomy to nursing professionals. The text highlights the importance of collecting direct and indirect data for the elaboration of nursing diagnosis, using theories such as the environmental theory of Florence Nightingale and the Self-Created Theory of Dorothea Orem. In addition, the nursing process is described in five steps: research, diagnosis, planning, implementation and evaluation. SAE aims to establish a common language to describe nursing practice, facilitating communication between professionals and promoting research and comparison of data between different populations and contexts.

Keywords: Nursing, systematization, assistance.



A resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 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 de como deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

A sistematização da assistência de enfermagem confere (TANURE, RIBEIRO, 2014):

- Maior segurança aos pacientes;
- Melhora da qualidade da assistência;
- Maior autonomia aos profissionais de enfermagem

A SAE é considerada uma metodologia científica de que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanísticos na assistência aos pacientes e que contribui para dar maior credibilidade, competência e visibilidade a estes profissionais, que como consequência, conquistam maior autonomia e por tanto maior satisfação profissional.

Assim, 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) e pautada em uma teoria de enfermagem (TANURE, RIBEIRO, 2014).

Dessa forma, ao escolher uma teoria de enfermagem para fundamentar a sua prática assistencial, o enfermeiro deve conhecer a realidade do setor em que trabalha, o perfil dos enfermeiros que trabalham nessa unidade, o perfil da clientela atendida, pois, esta caracterização deverá estar em acordo com os conceitos da teoria selecionada.

Das teorias de enfermagem tem-se:

Teoria/teórico/ano	Principal característica
Teoria Ambientalista: Florence Nightingale (1859).	Apresenta como foco principal o meio ambiente, onde todas as condições e influências externas afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, e são capazes de prevenir, suprimir, ou contribuir para a doença e a morte.



Teoria Humanista: Josephine Patterson e Loretta Zderad (1960).	A Teoria procura combinar saúde mental e emocional com a saúde física e baseia-se na ideia de que os pacientes crescem de maneiras saudáveis e criativas. A pessoa é uma unidade holística e a situação dos indivíduos é experienciada existencialmente pelos enfermeiros.
Teoria da Relação Interpessoal: Joyce Travelbee (1966).	Pessoa-a-pessoa é o meio através do qual o objetivo da enfermagem é cumprido. Neste sentido, os enfermeiros são desafiados à implementação de uma prática mais reflexiva, pautada pela compaixão e pela simpatia. Este modelo teórico influenciou significativamente o movimento de cuidados paliativos.
Teoria da adaptação: Callista Roy (1970).	A Enfermagem dá apoio e promove respostas adaptativas em relação aos 04 mecanismos de adaptação: Necessidades Fisiológicas; Auto Conceito; Função no Papel e Interdependência. As respostas adaptativas são aquelas que afetam positivamente a saúde.
Teoria do autocuidado: Dorothea Orem (1971).	Justifica a prática da Enfermagem a ausência de capacidade do indivíduo manter continuamente, quantidade e qualidade de autocuidar-se que sejam terapêuticas na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença, dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos. Para a criança, a condição é a inabilidade dos pais e/ou responsáveis.
Teoria transcultural: Madeleine Leininger (1978).	O foco principal o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados saúde-doença, aos valores e às crenças, visando à eficiência e eficácia na assistência de enfermagem, de acordo com os valores culturais e contexto saúde-doença dos indivíduos que fazem parte do processo.
Teoria das Necessidades Humanas Básicas: Wanda Horta (1970).	A Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência o quanto possível. É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais/serviços.

Fonte: Autores, 2021.



O Processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem e fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva;

No Brasil, o processo de enfermagem tem sido utilizado como um método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde;

Após a escolha da teoria de enfermagem, utiliza-se o P.E para que os conceitos da teoria sejam implantados na prática.

No quadro abaixo tem-se as teorias de enfermagem e os respectivos níveis de atenção à saúde que podem ser utilizadas.



Figura 05: Níveis de Atenção a Saúde¹⁶ e sua relação com as Teorias de Enfermagem.



O processo de enfermagem se operacionaliza em cinco etapas interrelacionadas e interdependentes, sendo elas:

Etapas do PE	Instrumento
1. Investigação	Consulta de Enfermagem Histórico de Enfermagem
2. Diagnóstico de Enfermagem	NANDA
3. Planejamento	NIC
4. Implementação	NOC
5. Avaliação	Evolução

Fonte: Autores, 2021.

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

No que consiste a primeira etapa do processo de enfermagem?

- Na Coleta de informações referentes ao estado de saúde do indivíduo, família e comunidade;
- Na identificação das necessidades;
- Na determinação do estado de saúde do indivíduo, família e comunidade;
- Identificação dos problemas, preocupações e reações humanas;

Nesta etapa as informações coletadas devem ser precisas e fidedignas para que seja estabelecido o perfil de saúde ou de necessidades do paciente. Os dados podem ser coletados de maneira direta ou indireta



DADOS DIRETOS

São aqueles coletados diretamente do paciente.

Ex: anamnese e exame físico.



DADOS INDIRETOS

São obtidos por meio de outras fontes.

Ex: familiares, amigos, resultados de exames, anotação em prontuário por outros profissionais da equipe multiprofissional.



Os dados coletados podem ser classificados em duas categorias:

1. **DADOS SUBJETIVOS:** É referente às percepções e sensações relatadas pelo cliente, mas que não tem como mensurar. Ex: dor, angústias, mal estar;
2. **DADOS OBJETIVOS:** São os dados palpáveis ou observáveis durante o exame físico no cliente. Ex: febre, inchaço, pressão arterial elevada.

VALIDAÇÃO DOS DADOS

Segundo Tanure e Ribeiro (2014), o enfermeiro deverá comprovar se os dados coletados estão corretos, comparando-os com valores normais ou com valores padrões, isto é, verificar se a informação coletada é factual e completa. A validação dos dados tem finalidade de evitar erros na identificação dos problemas, deixar de coletar dados importantes e não fazer presunções.

Nesta etapa o enfermeiro deve agrupar em conjuntos de informações relacionadas os dados da situação de saúde do paciente, de modo a manter enfoque na enfermagem e aproximar-se dos 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.

Para o agrupamento correto que fundamental que o enfermeiro tenha uma boa capacidade de observação, conhecimentos científicos e experiência clínica. Destaca-se a importância de não permitir que seus valores e suas crenças afetem o modo de interpretar algumas situações e/ou problemas (TANURE, RIBEIRO, 2014).

Identificação de padrões:

O enfermeiro a partir dos dados listados e de suas inferências, identifica as impressões iniciais dos padrões de funcionamento humano e decide sobre o que é relevante, e direciona a investigação para a aquisição de mais informações, ou seja, procura os fatores que contribuem para a criação do padrão.

É preciso que o enfermeiro tenha pensamento crítico, isto é, determinar o que é e o que não é relevante, e descobrir como e por que o padrão se criou (ou seja, buscar os fatores causais).

Comunicação e registro de dados:

Os dados significativos (ou anormais) devem ser registrados e comunicados, assim assegurando 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 e o pensamento crítico, já que o enfermeiro pode fazer uma avaliação dos registros de informações, analisar os dados coletados e aprofundar seus conhecimentos.

Dessa forma, o enfermeiro poderá estar mais bem estruturado para determinar o diagnóstico de enfermagem¹.

1 Uma avaliação insuficiente ou incorreta, pode levar a um diagnóstico de enfermagem também



ETAPA - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.

O que são os Diagnósticos de Enfermagem?

- São julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais;
- Proporcionam as bases para a seleção de intervenções de enfermagem e alcance dos resultados esperados

Ao elaborar os diagnósticos de Enfermagem o enfermeiro deve:

- Analisar e interpretar criteriosamente os dados coletados na etapa anterior, isto é, na investigação;
- Ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar dados clínicos.
- Entender que os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais, isto é, do presente, quanto nos problemas potenciais, isto é, do futuro, e podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais (TANURE, RIBEIRO, 2014).

O que deve conter no enunciado de um Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)?

- Título do diagnóstico: Deve trazer uma frase curta ou um termo que represente um padrão de indicadores relacionados;
- Definição do Diagnóstico: Descrição clara e precisa do diagnóstico realizado
- Característica definidora e fator relacionado: São as evidências clínicas ou sintomas observados. Elas são agrupadas como manifestações de um diagnóstico de enfermagem

incorreto, resultando em prescrição e evolução errôneas, e portanto o comprometimento da saúde do indivíduo/família/comunidade.



– focando no problema, síndrome ou bem-estar.

O que são as características definidoras e os fatores relacionados?

Característica definidora	Fator relacionado
São os sinais e sintomas , isto é, as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe e chegar a um DE . Podem ser descritas como “ evidenciadas por ” ou “ caracterizadas por ”.	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. Podem ser descritos como “ relacionados a ”, ou “ associados a ”.
Ex: Integridade da pele prejudicada caracterizada por perda de integridade da pele.	Ex: Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos e administração de medicamentos.
DE completo: Integridade da pele prejudicada caracterizada por perda de integridade da pele e invasão de estruturas do corpo relacionada a fatores mecânicos e administração de medicamentos.	

Quais os principais tipos de diagnóstico de enfermagem?

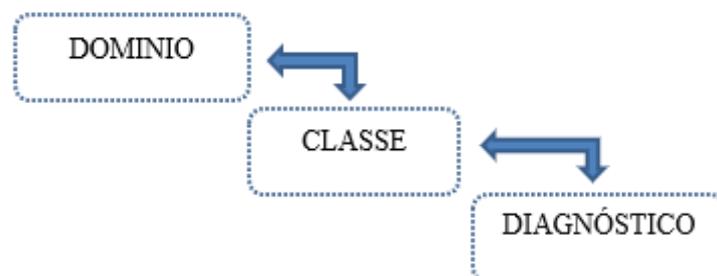
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REAL
Conceito
Descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem de fato em um indivíduo, uma família ou uma comunidade no momento presente. É sustentado pelas características definidoras (sinais, sintomas e evidências) que se agrupam em padrões de sugestões ou inferências relacionadas.
Exemplo
<ul style="list-style-type: none">• Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica direita.• Débito cardíaco diminuído relacionado à 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.• Diarreia relacionada ao uso exacerbado de laxantes evidenciada por sete episódios de evacuações de fezes líquidas em 12 h.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE RISCO
Conceito
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.



Exemplo
<ul style="list-style-type: none"> • Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a imobilização física e circulação alterada. • Risco de lesão relacionado à hipoxia tecidual, mobilidade alterada e má nutrição. • Risco de sentimento de impotência relacionado à autoestima diminuída e estilo de vida dependente.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE BEM-ESTAR
Conceito
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.
Exemplos:
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Comportamento de busca de saúde relacionado à autoestima elevada evidenciado por desejo expresso de buscar um nível mais elevado de bem-estar.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Conceito
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 110/491 promoção da saúde têm a expressão “disposição para (...) aumentado/melhorando”.
Exemplos
<ul style="list-style-type: none"> • Disposição para estado de imunização melhorado relacionada ao uso regular da vacina antigripal evidenciada por desejo de reforçar a condição de imunização. • Disposição para conhecimento aumentado relacionada à dietoterapia adequada à coronariopatias evidenciada por demonstração de conhecimentos sobre o assunto.

A NANDA é composta por domínios, e em cada domínio encontram-se as classes, e nestas, os Diagnósticos de Enfermagem.

O enunciado de um diagnóstico de enfermagem é listado na NANDA em ordem alfabética, primeiro dentro dos domínios e, depois, nas classes.



Deste modo:

Após identificar as características definidoras, o enfermeiro deve:

- Separá-las por necessidades ou estruturas orgânicas;
- Buscar o domínio referente a elas;
- Buscar neste domínio, a classe mais adequada.
- Procurar o enunciado diagnóstico mais apropriado;
- Identificar o enunciado diagnóstico, sua definição deve ser pertinente às evidências levantadas.

ETAPA - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (Resultados esperados).

O planejamento da assistência constitui a terceira etapa do processo de enfermagem e consiste nos seguintes passos:

1. Estabelecimento de prioridades para os problemas diagnosticados;
2. Fixação de resultados com o paciente, a fim de corrigir, minimizar ou evitar problemas;
3. Planejar a assistência de enfermagem, isto é, elaborar um plano de ação para se alcançarem resultados em relação a um diagnóstico de enfermagem.

Em um plano de cuidados por escrito é importante, segundo Alfaró-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 isto é, 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.

Exemplo:

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 deve perguntar-se:

Que resultado se espera que o paciente alcance?



“O paciente irá...”. A resposta pode ser: (o paciente irá...) “apresentar melhora da integridade tissular da região trocantérica direita”.





ETAPA - IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (Prescrição de enfermagem).

Implementar significa colocar em prática, executar o que antes era uma proposta (SOUZA et al., 2008). 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.

Ao colocar em prática as prescrições, o enfermeiro deve estar constantemente investigando e reinvestigando as respostas do paciente quanto seu desempenho, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorado cuidadosamente.

Nessa fase é necessário que o enfermeiro e 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.

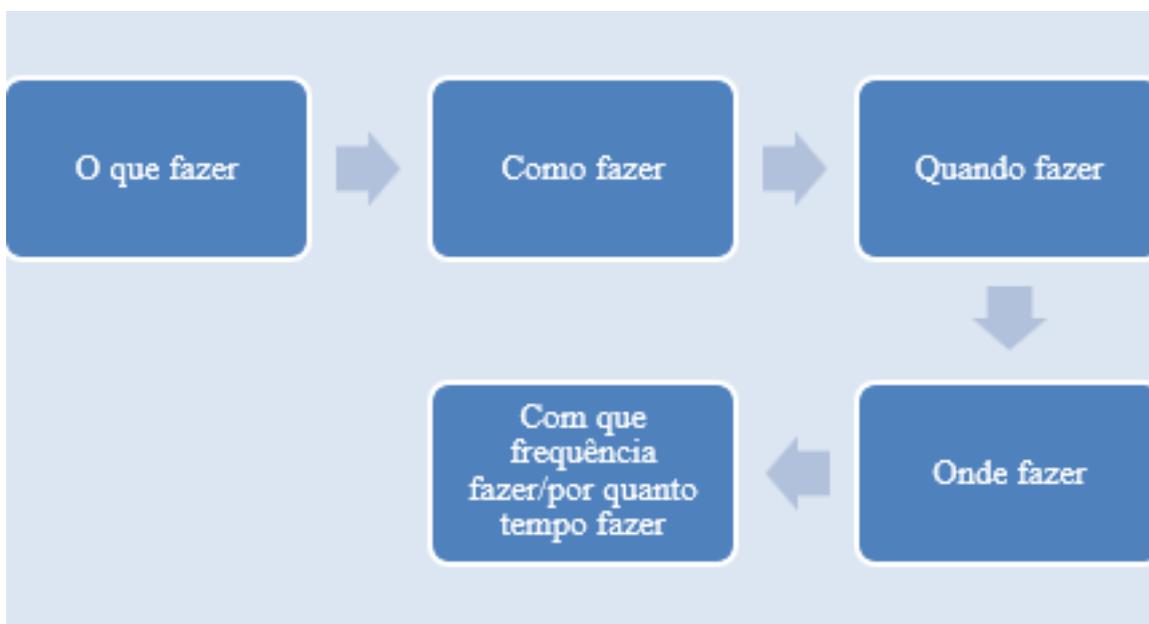
Desse modo, pode-se compreender que as atividades prescritas pelos enfermeiros devem ser os cuidados necessários para eliminar fatores que contribuirão para o aparecimento da reação



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 realiza-los.

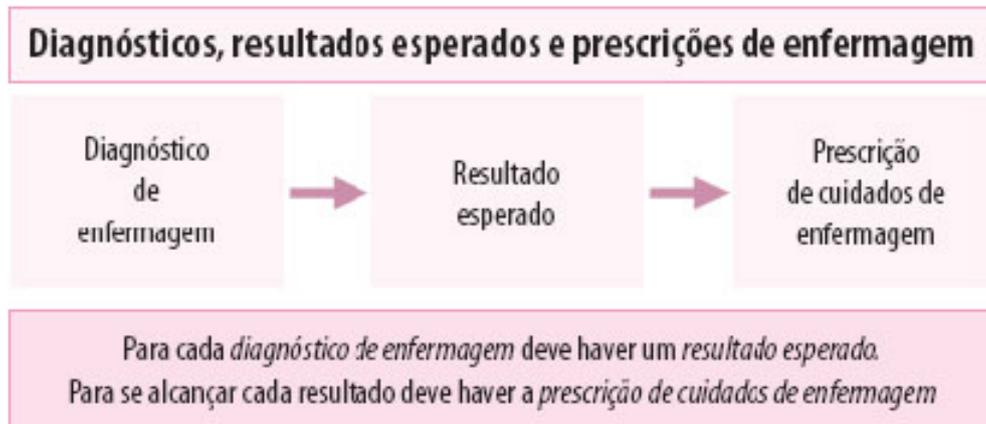
Itens necessários em uma prescrição de enfermagem.



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.

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. 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.





Etapa do Processo de Enfermagem: Avaliação da Assistência de Enfermagem.

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. 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.

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. 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.



NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem

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.

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. 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.

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. 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.

Razões para a padronização dos resultados de enfermagem

- Para que a enfermagem se integre completamente à pesquisa de avaliação clínica, ao desenvolvimento de pesquisa e a trabalhos interdisciplinares;
- 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;
- 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.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE

É uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial.

Uma tecnologia de informação, que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de



dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas no âmbito mundial.

O foco central da CIPE é a prática da enfermagem, descrita como um processo dinâmico, sujeito a mudanças cujos principais componentes são os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem.

- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática da Enfermagem, facilitando a comunicação entre enfermeiros e dos enfermeiros com outros profissionais de saúde;

- Representar conceitos usados na prática, em diferentes línguas e áreas da especialidade;

- Descrever mundialmente a prestação do cuidado de enfermagem (em indivíduos, família, comunidade);

- Possibilitar comparação de dados de enfermagem entre diferentes populações de clientes, locais de atendimento, áreas geográficas e tempo;

- Estimular pesquisa de enfermagem através de 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 suas políticas de saúde;

- Projetar tendências sobre as necessidades dos clientes, fornecimento de tratamento de enfermagem, recursos utilizados e resultados obtidos nos cuidados de enfermagem.



EIXOS DA CIPE:



OS EIXOS DA CIPE E SEUS CONCEITOS

Conceitos:

- FOCO: área de atenção relevante para a enfermagem (dor, conhecimento);
- JUÍZO (julgamento): opinião clínica, determinação relacionada com o foco da prática profissional de enfermagem (atual, parcial);
- MEIOS (recursos): forma ou método de concretizar uma intervenção (cateter urinário, luva, material de aprendizagem);
- AÇÃO: processo intencional aplicado a, ou desempenhado por, um paciente (aliviar, instalar, explicar);
- TEMPO: o ponto, o período, o instante, o intervalo ou a duração de uma ocorrência (admissão, meio-dia, hoje);
- LOCALIZAÇÃO: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (cadáver, via uretral, domicílio, pé);



- **PACIENTE:** sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (adolescente, família, recém-nascido).

Sistemas de Classificações	Elementos da Prática de Enfermagem
CIPE®	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NANDA-I	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
NOC	RESULTADOS DE ENFERMAGEM
NIC	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
CCC	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
OMAHA	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2009.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

Horta, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 2007. Manual de diagnósticos de enfermagem / Landy Juall Carpenito-Moyet: tradução Regina Garcez – 10 Ed- Porto Alegre: Artmed, 2016.

Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa - adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), e20010.

SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático / Ieda Maria Fonseca Santos



(Organizadora) [et al.] . _ Salvador: COREN - BA, 2016.

Tannure, Meire Chucre SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem : Guia Prático / Meire Chucre Tannure, Ana Maria Pinheiro. 3.ed. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2014.

