

---

# Processo de **ENFERMAGEM**

---

Guia para a Prática



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

---

# Processo de **ENFERMAGEM**

---

Guia para a Prática

São Paulo  
COREN-SP  
2015

# PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA

**Revisão ortográfica, projeto gráfico, capa e editoração**  
Gerência de Comunicação

Não autorizada a reprodução ou venda do conteúdo deste material.

Distribuição Gratuita  
Outubro/2015

610.7301

C797p Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo ; Alba Lúcia B.L. de Barros... [et al.] – São Paulo : COREN-SP, 2015.  
113 p.

ISBN : 978-85-68720-01-1

1.Processo de Enfermagem. 2.Sistematização da Assistência de Enfermagem. 3.Racício Clínico. 4.Classificações de Linguagem de Enfermagem. 5.Enfermagem Baseada em Evidências. 6.Prontuário Eletrônico do Paciente.

Alba Lucia Bottura Leite de Barros  
Cristiane Garcia Sanchez  
Juliana de Lima Lopes  
Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua  
Maria Helena Baena de Moraes Lopes  
Rita de Cassia Gengo e Silva

**Revisoras Técnicas**

Camila Takao Lopes  
Diley Cardoso Franco Ortiz  
Maria Miriam Lima de Nóbrega

**PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA**

**1ª edição  
São Paulo  
2015**

# **Gestão COREN-SP 2015-2017**

## **Presidente**

Fabiola de Campos Braga Mattozinho

## **Vice-presidente**

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

## **Primeiro-secretário**

Marcus Vinicius de Lima Oliveira

## **Segunda-secretária**

Rosangela de Mello

## **Primeiro-tesoureiro**

Vagner Urias

## **Segundo-tesoureiro**

Jefferson Erecy Santos

## **Conselheiros titulares**

Andrea Bernardinelli Stornioli, Claudio Luiz da Silveira, Demerson Gabriel Bussoni, Edinildo Magalhães dos Santos, Iraci Campos, Luciano André Rodrigues, Marcelo da Silva Felipe, Marcel Willan Lobato, Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, Paulo Cobellis Gomes, Paulo Roberto Natividade de Paula, Renata Andréa Pietro Pereira Viana, Silvio Menezes da Silva e Vilani Sousa Micheletti.

## **Conselheiros suplentes**

Alessandro Correia da Rocha, Alessandro Lopes Andrighetto, Ana Márcia Moreira Donnabella, Antonio Carlos Siqueira Júnior, Consuelo Garcia Corrêa, Denilson Cardoso, Denis Fiorezi, Edir Kleber Bôas Gonsaga, Evandro Rafael Pinto Lira, Ildefonso Márcio Oliveira da Silva, João Batista de Freitas, João Carlos Rosa, Lourdes Maria Werner Pereira Koepl, Luiz Gonzaga Zuquim, Marcia Regina Costa de Brito, Matheus de Sousa Arci, Osvaldo de Lima Júnior, Rorinei dos Santos Leal, Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho, Vanessa Maria Nunes Roque e Vera Lúcia Francisco.

## **Autoria**

### **Alba Lucia Bottura Leite de Barros**

Doutora em Fisiofarmacologia. Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem.

### **Cristiane Garcia Sanchez**

Mestre em Enfermagem. Enfermeira e Fiscal do COREN-SP.

### **Juliana de Lima Lopes**

Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem.

### **Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua**

Doutora em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

### **Maria Helena Baena de Moraes Lopes**

Doutora em Genética e Biologia Molecular. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem – UNICAMP.

### **Rita de Cassia Gengo e Silva**

Doutora em Cardiologia. Professora Doutora da Escola de Enfermagem – USP/São Paulo.

## **Revisoras Técnicas**

### **Camila Takao Lopes**

Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário do HU/USP/SP.

### **Diley Cardoso Franco Ortiz**

Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário do HU/USP/SP.

### **Maria Miriam Lima de Nóbrega**

Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| Apresentação .....   | 10 |
| 1 Processo de Enfermagem como padrão geral da prática .....                                | 11 |
| 1.1 Trabalho como processo .....   | 11 |
| 1.2 Coordenação do processo de cuidar .....  | 17 |
| 1.3 Competência clínica .....  | 19 |
| 2 Raciocínio clínico .....   | 25 |
| 2.1 Pensamento crítico e pensamento reflexivo.....   | 25 |
| 2.2 Raciocínio clínico, o pensamento crítico e o diagnóstico<br>de enfermagem.....         | 27 |
| 2.3 Modelo educacional <i>Developing Nurses' Thinking</i> (DNT).....                       | 31 |
| 2.4 Linguagem padronizada em enfermagem e o raciocínio<br>clínico .....                    | 31 |
| 2.5 Pontos importantes .....   | 32 |
| 3 Processo de enfermagem .....   | 36 |
| 3.1 O conceito .....   | 36 |
| 3.2 Propriedades .....   | 38 |
| 3.3 Teorias e modelos teóricos .....   | 39 |
| 3.4 Fases ou etapas .....  | 42 |
| 3.4.1 Coleta de dados ou investigação .....  | 42 |
| 3.4.2 Diagnóstico de enfermagem .....  | 47 |
| 3.4.3 Planejamento de enfermagem .....   | 48 |
| 3.4.4 Implementação .....  | 50 |
| 3.4.5 Avaliação .....  | 51 |
| 3.5 Anotação e evolução de enfermagem: esclarecendo conceitos .....                        | 52 |
| 3.5.1 Diferenças entre evolução e anotação de enfermagem .....                             | 53 |
| 3.6 Utilização do processo de enfermagem em São Paulo .....                                | 54 |
| 4 Classificações de linguagem em enfermagem .....  | 63 |
| 4.1 Estrutura das classificações .....   | 64 |
| 4.1.1 Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I .....                         | 64 |
| 4.1.2 Classificação dos resultados de enfermagem NOC .....                                 | 71 |
| 4.1.3 Classificação das intervenções de enfermagem NIC .....                               | 74 |
| 4.1.4 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem<br>(CIPE) .....             | 78 |
| 4.2 Utilização do processo de enfermagem na prática clínica<br>assistencial: síntese ..... | 80 |

|   |     |
|---|-----|
| 5 Exemplos de aplicação do processo de enfermagem em diferentes contextos da prática assistencial .....   | 84  |
| 5.1 Aplicação do processo de enfermagem em saúde mental (CAPS, hospital dia, clínicas, ambulatório, enfermarias de hospitais) .....                                     | 84  |
| 5.2 Aplicação do processo de enfermagem em serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (SESMT, ambulatório de saúde ocupacional) ..... | 88  |
| 5.3 Aplicação do processo de enfermagem em serviços de urgência e emergência (APH, SAMU, PS, UPA, PA).....  | 92  |
| 5.4 Aplicação do processo de enfermagem em estratégia saúde da família (ESF/PSF) e unidade básica de saúde (UBS) .....  | 96  |
| 6 Enfermagem baseada em evidências .....  | 104 |
| 6.1 Evidência clínica e epidemiológica .....  | 107 |
| 7 Prontuário eletrônico do paciente.....  | 110 |
| 7.1 Documentação e registros .....  | 110 |
| 7.2 Avaliação qualitativa da documentação de enfermagem .....   | 112 |
| 7.3 Pontos importantes .....  | 113 |



## **APRESENTAÇÃO**

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP, gestão 2015-2017, apresenta aos profissionais de Enfermagem de São Paulo a publicação “Processo de Enfermagem: Guia para a Prática”.

O presente guia é fruto dos debates e conclusões do Grupo de Trabalho sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem – SAE do COREN-SP e visa encorajar a reflexão sobre a aplicação e o aprimoramento dessa ferramenta no dia a dia do profissional.

O assunto é de suma importância, pois sistematizar a assistência exige atualização constante, que deve ser orientada pela ética e pelos padrões de conduta, tendo como base os conhecimentos técnico-científicos desenvolvidos pela área nas últimas décadas.

A aplicação correta da Sistematização da Assistência em Enfermagem resulta na prevenção de riscos à sociedade e promove a valorização do profissional, na medida em que a categoria passa a ser reconhecida como produtora e fomentadora de conhecimento científico.

Esperamos que este guia possa servir de estímulo ao aprimoramento dos processos de trabalho dos profissionais de enfermagem, contribuindo para uma assistência segura e livre de danos.

**Fabiola de Campos Braga Mattozinho**

Presidente do COREN-SP

# 1. Processo de Enfermagem como padrão geral da prática

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Neste capítulo, serão apresentados os conceitos de trabalho em saúde e em Enfermagem, com o objetivo de valorizar e justificar a utilização do Processo de Enfermagem, bem como a coordenação do processo de cuidar e a competência clínica para o cuidar.

## 1.1 – Trabalho como processo

O Processo de Enfermagem (PE) tem por diferença essencial do Método de Solução de Problemas ser proativo, destacando-se pela necessidade de investigação contínua dos fatores de risco e de bem-estar, mesmo quando não houver problemas. Então, deve existir de forma inequívoca a intenção e consciência em reconhecer o objeto de trabalho, para que a transformação do indivíduo, família e comunidade possam acontecer e para que se tenha um produto. Essa condição poderá proporcionar ao enfermeiro o desenvolvimento do trabalho sustentado por modelos de cuidados, que o levará a utilizar o pensamento crítico, formando a base para a tomada de decisão. Esses pressupostos alinham-se com conceitos que serão desenvolvidos neste capítulo, para a reflexão e realização do trabalho em Enfermagem.

Reafirma-se, então, que o processo de trabalho deve ser desenvolvido de forma intencional, deliberada, sendo este também um dos princípios para a utilização desta valiosa ferramenta metodológica, o PE, na prática clínica assistencial. Portanto, para o PE ser utilizado deve haver a compreensão e a decisão clara do enfermeiro, não devendo ser a resolução COFEN 358/2009 a principal motivação para o uso dessa ferramenta.

Durante a graduação em Enfermagem, este conteúdo teórico-prático foi apresentado, embora se perceba que o refinamento e a execução ocorrem de fato durante a vida profissional.

Esta ponte entre a teoria e a prática é uma trajetória que deve ser percorrida; espera-se que a graduação aprimore estas questões e ofereça metodologias ativas, onde os conteúdos possam ser construídos de maneira a facilitar a aplicação na assistência. O ideal é termos a vivência profissional da práxis, que é a prática eivada de teoria.

As variáveis que interferem na adequada execução do PE, desde o planejamento à execução, são conhecidas e descritas na literatura. O déficit de recursos humanos, os limites em aplicar o conhecimento à prática e a realização do PE de forma que não ofereça sentido ao trabalho, têm contribuído para o distanciamento e a real utilização desse método científico.

Faz parte dos objetivos deste guia rerepresentar alguns conceitos, sua relação com a prática profissional e, em especial, reforçar a necessidade da utilização desta ferramenta metodológica, relativa aos resultados dos cuidados à pessoa, família e comunidade. Com isto, pode-se ter a prática clínica assistencial planejada, executada e registrada pelo enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem.

Para tanto, faz-se necessário destacar que o fundamento para o trabalho está posto nos recursos humanos; na equipe interdisciplinar, com destaque aqui para a equipe de enfermagem, com profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Esse é o maior capital (Capital Humano) que uma empresa ou instituição de toda ordem podem ter, pois, por meio do trabalho dessas pessoas, com competências distintas, é possível apreciar e medir o produto desse processo, que seriam as pessoas saudáveis ou com processo de morte digna.

Ao se pensar na trajetória histórica, tem-se como referência mais antiga a organização proposta por Florence Nightingale, em 1854, em sua atuação na Guerra da Criméia e nos vários feitos atribuídos a ela, o que a levou a ser considerada precursora da enfermagem moderna. Não cabe aqui explorar o que há de verdade nas diferentes versões, porém pretende-se revisitar o conceito de Enfermagem na atualidade.

Hoje, reconhecendo e respeitando o que foi construído perante a história, faz-se necessário reafirmar a necessidade de ter por base a enfermagem como profissão capaz de contribuir com as transformações sociais e a clareza de sua sustentação é a ciência, sem que haja necessidade de abdicar da compaixão e da ética.

Para tanto, ao considerar o trabalho de enfermagem como processo, pode-se atrelar a este pensamento a teoria marxista como suporte teórico, que entende trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, num *continuum* dinâmico no qual ambos sofrem alterações.

Segundo esse referencial, processo de trabalho é a transformação de um objeto determinado em um produto determinado que tenha valor para o próprio ser humano. Para isso, é necessária a intervenção intencional e consciente do ser humano que se utilizará de instrumentos.

O processo de trabalho é constituído por alguns componentes, a saber: objetos, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos.

**Objetos:** são aquilo sobre o que se trabalha, é algo que vem da natureza e que sofreu ou não modificação de outros processos de trabalho. No objeto, há a potencialidade do produto ou serviço a ser transformado pela ação do ser humano. Para ser objeto de trabalho, é necessária a intenção da transformação.

**Agentes:** são constituídos pelos seres humanos que transformam a natureza, que realizam o trabalho. Para isso, tomam o objeto de trabalho, intervêm, são capazes de alterá-los, produzindo um artefato ou um serviço. Assim, há a intenção de transformar a natureza em algo que, para eles, tem um significado especial. Na enfermagem, os agentes são os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

**Instrumentos:** com a intenção de alterar a natureza, o ser humano utiliza diferentes instrumentos. Eles podem ser tangíveis ou não. O enfermeiro, para aplicar uma injeção, por exemplo, utiliza as mãos, instrumentos como conhecimento em anatomia, fisiologia, farmacologia, microbiologia, ética, comunicação, psicologia, semiotécnica de enfermagem, dentre outros. Isso explica que instrumentos não são apenas artefatos físicos, mas a combinação de forma única de conhecimentos, habilidades e atitudes.

**Finalidades:** são a razão pela qual o trabalho é executado. Direccionam-se à necessidade que fez acontecer, permitindo significado à sua existência. Pela complexidade do trabalho em saúde, vários profissionais podem se utilizar dos instrumentos e finalidades para o mesmo objeto, diferenciando-se os métodos.

**Métodos:** ações organizadas, planejadas e controladas para produzir resultados e atender a finalidade. São executados pelos agentes sobre o objeto de trabalho, utilizando-se instrumentos.

**Produtos:** são apresentados como bens tangíveis, como artefatos, elementos materiais que são vistos com os órgãos dos sentidos. Podem também ser serviços que, embora não tenham a concretude de um bem, são percebidos pelo efeito que causam.

O processo de trabalho em saúde é constituído por todos os elementos apresentados e por vários processos de trabalho. Assim, a Enfermagem, ao executar seu trabalho, o faz de forma concomitante. Para visualização e discussão didática, segundo Sanna (2007), pode ser classificado em:

- Processo de trabalho Assistir
- Processo de trabalho Administrar
- Processo de trabalho Ensinar
- Processo de trabalho Pesquisar
- Processo de trabalho Participar Politicamente

Para ilustrar a referência citada, apresenta-se o link em que o artigo faz a classificação utilizando-se como síntese um quadro interessante. Estimula-se o leitor a consultar estes dados no link:

*<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>*

Em síntese, para todos os profissionais, com seus diferentes processos de trabalho, o objeto de trabalho é a matéria que será transformada, estando em estado bruto ou resultado de um trabalho anterior, como a matéria-prima.

Haverá relação de reciprocidade entre o objeto e o instrumento, uma vez que o objeto demanda instrumentos apropriados a ele. Assim, os instrumentos aplicar-se-ão aos objetos correspondentes. Reforça-se que o objeto, por si só, não é objeto; será quando estiver direcionado a uma finalidade, de acordo com a prévia concepção por parte do trabalhador.

Quando se assume essa natureza humana do objeto de trabalho a ser transformado, considera-se que se trata de um trabalho que necessita uma intensa relação humana e imprescindível inter-relação e vínculo. Desta forma, o trabalho em enfermagem e o trabalho em saúde constituem-se em ação produtiva e de interação social.

Tendo por base esse referencial, é possível considerar que o processo de trabalho em saúde caracteriza-se, ao mesmo tempo, pela complexidade, heterogeneidade e a fragmentação. Destaca-se a complexidade que é decorrente da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho.

Quanto aos trabalhadores atuais, estes podem pertencer a duas classes, que não são mutuamente exclusivas. São eles: os seguidores de rotinas, que realizam um trabalho repetitivo, quase sempre um trabalho em migalhas, com poucas possibilidades de criação; e os analistas simbólicos, que conseguem uma visão global do que produzem, da concepção à produção, seja de bens ou de serviços, mantendo vivo o espaço para a criação.

A preservação do espaço aberto para a criação é condição de possibilidade de uma vida significativa, com sentido para a realização do trabalho e espera-se que a criatividade seja o elemento preservado nas diversas etapas e que o pressuposto “da concepção até a produção” possa ser a meta para todo enfermeiro.

Como já foi explanado, o trabalho em saúde teve influência da visão marxista em seu processo, que aborda a dinâmica estabelecida entre dimensão técnica e dimensão social. Constitui-se em necessidade a ser satisfeita e, na saúde, a finalidade refere-se, então, às necessidades de saúde da pessoa ou da população.

O trabalho em saúde caracteriza-se por uma produção não material, consumida no ato de sua realização; integra a prestação de serviço à saúde, ou seja, reitera-se dizendo que, no momento da assistência individual, grupal ou coletiva, os serviços são consumidos.

No interior de uma organização, o grande desafio é a busca pela compreensão do modo de produção do cuidado, o qual traz inscrito no seu cerne a ação dos trabalhadores, dos usuários dos serviços de saúde e dos processos organizacionais.

Percebe-se que uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca para o processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado. Isso mostra a força produtiva e a qualidade desta produção, pela perspectiva dos trabalhadores e usuários.

O trabalho não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Ganha a dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e se estrutura, não como ato congelado no espaço e tempo, mas como um processo dinâmico, que se modifica permeado por muitos interesses, tantos quantos os sujeitos que interagem na atividade na qual se dá o labor diário em torno da produção do cuidado.

Abordando o trabalho coletivo, as ações de enfermagem são executadas em conjunto com outros trabalhos realizados por diferentes agentes da equipe multiprofissional de saúde. Esta, geralmente, é constituída por médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentre outros.

Com essa configuração, o trabalho pode ser executado de maneira fragmentada, com justaposição das ações dos diferentes profissionais, ou de forma articulada, o que poderá favorecer a oferta de assistência de enfermagem ampliada e de atenção integral à saúde.

Cada trabalho especializado, seja ele de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia ou outro, em articulação para assistência à saúde, é meio para a realização do trabalho em saúde.

Contudo, um único trabalhador não conseguirá produzir nenhum trabalho por completo. Apenas será possível o resultado do trabalho de vários profissionais em um trabalho coletivo, reforçando o conceito de trabalhador coletivo.

Percebe-se, então, o trabalho de cada profissional especializado, constituindo-se, também, num processo de trabalho específico, conferindo autonomia técnica, voltado à ação baseada no saber da própria profissão, segundo sua legislação.

Com estes conceitos e reflexões sobre trabalho em saúde e em enfermagem, fica possível considerar a relevância da utilização do PE como ferramenta metodológica para a atuação do enfermeiro. Segue-se com a explanação e destaca-se a Coordenação do Processo de Cuidar, tendo o PE como uma ferramenta sistematizada para o cuidar.

## 1.2 – Coordenação do processo de cuidar

No contexto atual, o mercado de trabalho é instável e flexível, com exigências crescentes de produtividade e qualidade. Ampliam-se os requisitos de qualificação dos trabalhadores e torna-se cada vez mais generalizada a implementação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho, baseados em competências profissionais.

As novas exigências do trabalho requerem, além da flexibilidade técnico-instrumental, a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços.

O trabalho em enfermagem é analisado como prática social que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, marcada por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas.

O processo de institucionalização das práticas de saúde revela a ruptura de um modelo vinculado ao senso comum e, conseqüentemente, marco para a conformação da trajetória da Enfermagem enquanto atuação profissional.

Na esfera do processo de trabalho, a institucionalização das práticas de saúde insere o médico nesse cenário, conferindo-lhe o poder e o dever de curar. Como sustentação para esta atuação, a Enfermagem profissional também é institucionalizada, tendo como atribuição peculiar promover condições para o êxito da relação terapêutica médico-paciente.

Para cumprir esse papel, a Enfermagem passa a ter como especificidade não a relação dual profissional-paciente, comum à prática médica, e sim uma atuação voltada ao controle do ambiente e das relações/pessoas.

Assim, a Enfermagem do século XIX fica institucionalizada, agora, como profissão responsável pelo ambiente hospitalar. Essa inserção, se por um lado organiza o cenário, por outro reitera o que de mais cristalizado o hospital tem, ou seja, o seu caráter total.

Dessa forma, o trabalho em enfermagem mostrou, desde sua origem, uma divisão técnica e social do trabalho, originando uma hierarquia, na qual as pessoas provenientes de classes sociais mais altas assumiam a função de supervisão e educação, enquanto as de classe social menos favorecida assumiam o cuidado ao paciente.



Portanto, trata-se de uma profissão que tem enfrentado muitos desafios na construção de sua identidade, na apropriação do objeto central de seu trabalho, que é o cuidado de enfermagem.

Apontam-se outros caminhos para o enfrentamento destes desafios e para se atingir a consolidação da expressão profissional do enfermeiro. A constituição da competência clínica, a aproximação com o objeto de trabalho são elementos essenciais e podem certamente contribuir para identidade profissional dos enfermeiros.

Na questão clínica, a mobilização pode estar pautada no resgate de um poder que tem o paciente/pessoa não mais como objeto de controle e subordinação, mas como um indicador da qualidade de trabalho da enfermagem. Esta pessoa seria atendida para além do papel de ter suas ações vigiadas pelos membros da equipe; teria mais que apenas o atendimento das necessidades fisiológicas básicas e o cumprimento da prescrição médica.

Enquanto atividades no processo de trabalho do enfermeiro, são citadas cinco como essenciais: a dimensão assistencial, a gerencial, a educativa, a de pesquisa e a de participar politicamente; já apresentadas no Quadro 1.

Perante isso, na dimensão Assistir, cabe ao enfermeiro a sua atuação centrada na Coordenação do Processo de Cuidar. Nessa dinâmica de trabalho, o enfermeiro assistencial tem por competência a coordenação do processo de cuidar e, como instrumentos, a sistematização do cuidar (PE), a mediação das relações profissionais e a representação da sua equipe junto às esferas de gestão em interface com o processo de trabalho de administrar.

Segundo Ide (1999), o conceito de coordenação do processo de cuidar apresenta-se como: *a sequência dinâmica e sistematizada de ações necessárias e suficientes para a construção, desempenho e validação do trabalho da equipe de enfermagem, agregando intervenções específicas (cuidar dual), ações complementares e interdependentes do conjunto multiprofissional (assistir-cuidar) desenvolvidas em contextos institucionais peculiares.*

Ao considerar o processo de trabalho do enfermeiro, na atualidade, o que se observa é a crescente expectativa pelo aumento dos espaços de trabalho, onde iniciativas inovadoras e criativas fazem-se presentes no contexto de prática profissional. Então, gradativamente, o mercado em saúde se abre para os analistas simbólicos, aqueles que irão, por desafio, propor novas bases para práticas assistenciais em transformação e em expansão.

Já é perceptível a tendência de substituir o trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescritivo que foi característico do modelo taylorista/fordista por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. Com isso, também espera-se ter condições para diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir, isto em situação concreta de trabalho.

Pela própria natureza de imprevisibilidade das situações, tendo que fazer escolhas e optar o tempo todo, ampliando-se as operações mentais e cognitivas, é que se recomenda a capacidade dos profissionais em identificar diagnósticos e de solucionar problemas, tomando decisões clínicas baseadas em evidências.

Passa-se a discorrer sobre competências clínicas, por estarem intimamente relacionadas às características do pensador crítico, atributos imprescindíveis na utilização do PE.

### 1.3 – Competência clínica

Existem vinculações teóricas na construção das competências voltadas para a prática profissional na Enfermagem, atrelando-se ao conceito de pensamento crítico.

Para May (1999) há correlação entre possuir habilidade de pensamento crítico e exercer a competência clínica, porque “isto significa que a prática competente depende da habilidade de pensar criticamente”.

*Pensar criticamente envolve ...conhecimentos e atitudes, incluindo atitudes de investigação sobre um problema identificado, a aceitação da evidência para assegurar a veracidade e o conhecimento da natureza e valor das inferências, abstrações e generalizações nos quais os tipos de evidências são mensurados, considerando a precisão e relevância para uma solução lógica (May, 1999).*

Destaca-se também a definição de competência clínica, como ser capaz de avaliar, planejar, implementar e evoluir o cuidado.

A competência clínica, por sua vez, compreende mais que a habilidade de tomar decisões. Consiste na habilidade de unir conhecimento formal e experiência clínica, além de representar um processo de desenvolvimento cognitivo, psicomotor e afetivo.

O terreno é complexo, envolve a capacidade humana de crescer intelectualmente e, na qual a estrutura de formação escolar está intimamente imbricada. Na verdade, discute-se na aplicação da competência de saber pensar, aprender a aprender e intervir de modo inovador e ético sob diferentes condições operacionais.

Institucionalmente, espera-se um enfermeiro seja capaz de:

- responder pelo cuidado do grupo de pessoas;
- ser um profissional instrumentalizado para interagir em equipe;
- identificar e intervir em situações clínicas específicas;
- deter o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade;
- reconhecer o contexto de prática;
- avaliar clinicamente o estado de saúde do indivíduo;
- utilizar uma ferramenta científica de trabalho (Processo de Enfermagem);
- promover o controle da evolução de patologias de natureza transmissível e crônico-degenerativa;
- utilizar-se do teor educativo (indivíduo/família) para o autocuidado;
- atender à demanda dos serviços de saúde;
- encaminhar a outros profissionais (caso necessário);
- assistir a pessoa de forma individualizada, atendendo suas necessidades sistematicamente.

Espera-se, ainda, que o profissional seja capaz de:

- superar os códigos alienados e alienantes das rotinas vigentes;
- potencializar o patrimônio pessoal de seus sujeitos;
- reconhecer e implementar ações que pressupõem a existência de um novo processo de formação e de atuação profissional, apto a potencializar o capital cognitivo-simbólico-afetivo dos enfermeiros, reconhecidos na sua condição de pessoas capazes de exercer sua profissão a partir de processos psicológicos superiores: o pensamento, a linguagem e o comportamento volitivo;
- possuir condições de pensar, sentir e agir, propondo novo Projeto de Ação.

## Bibliografia consultada

ALFARO-LEFREVE, R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, M.C.P. et al. Gerência na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho. In: Anais do X Encontro de Enfermagem do Nordeste. Salvador: 1994.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M.R. (org.). O trabalho de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.

BENNER, P.; TANNER, C.A.; CHESLA, C.A. Expertise in practice: caring, clinical judgment and ethics. New York: Springer Publishing Company, 1995.

BRADSHAW, A. Special issue clinical competence. Journal of Clinical Nursing. v.9, n.3, p.319-320, 2000.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15/10/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

CASAFUS, K.C.U. et al. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência em enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. [Rio de Janeiro], v.17, n.2, p.313-312, 2013.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 53, p. 143-147, 2000.

DE DOMENICO, E.B. Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em enfermagem: a expressão do conjunto. Tese (Doutoramento junto à Escola de Enfermagem) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

DELL'ACQUA, M.C.Q. A construção da competência clínica: da concepção dos planejamentos de ensino às representações da aprendizagem entre graduando de enfermagem. Tese (Doutoramento junto à Escola de Enfermagem) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores na área de enfermagem: PROFAE. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 5-15.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analíticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analíticos.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2014.

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.N. (Org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.

IDE, C.A.C. A re-identificação de referenciais para a intervenção do enfermeiro no âmbito de saúde do adulto. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 9-32, dez. 1996.

IDE, C.A.C. Delineando as propriedades que conferem ao cuidar em enfermagem seu estatuto singular: o quadro e o fato. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.33, n.4, p. 411-420, 1999.

IDE, C.A.C. A coordenação do processo de cuidar. In: IDE, C.A.C.; DE DOMENICO, E.B.L. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu, 2001. p.155-164.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES(ICN). The international classification for nursing practice : a unifying framework, the alpha version. Geneva, CH: ICN, 1996.

KIRCHHOF, A.L.C. Os educandos e os educadores frente às novas relações de trabalho: precisamos de novos valores éticos?. Texto & Contexto Enfermagem. v.8, n.1, p. 61-66, 1999.

KUENZAR, A.Z. Pedagogia de fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MACHADO, N.J. Sobre a ideia de competência. In: PERRENOUD, P.; THURLER, M.G. As competências para ensinar no século XXI. São Paulo: Artmed, 2002. p. 137-155.

MARX, K. O capital. 14.ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MAY, B. et al. Critical thinking and clinical competence: a study of their relationship in BSN seniors. *Journal of Nursing Education*. v.38, n.3, p. 100-110, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec-Lugar Editorial, 1997. p. 34-39.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p.257-273.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; ALSEMI, M.L. O processo de trabalho em enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.55, n.4, p.392-398, 2002.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P., coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

QUINTANA, P.; ROSCHKE, M.A.; RIBEIRO, E.C. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: HADDAD, Q.J. et al. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS, 1994.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo, v.60, n.2, p. 221-224, março/abr. 2007.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p.221-242, 1999.

SILVA, G.B. *Enfermagem profissional : análise crítica*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.443-453, março/abr. 2007.

## 2. Raciocínio clínico

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Raciocínio clínico pode ser definido como o processo de aplicação do conhecimento e da perícia junto a uma situação clínica para o desenvolvimento de uma proposta de solução. É por meio dele que o enfermeiro analisa os dados, identifica problemas e ajuda o indivíduo, família, grupo ou coletividade, a encontrar meios de resolver, adaptar-se à situação ou mesmo prevenir agravos. O raciocínio clínico está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro: no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e metas, e na avaliação dos resultados obtidos. Estas decisões são tomadas a partir de análises indutivas, dedutivas e intuitivas.

O raciocínio clínico envolve estratégias de raciocínio analíticas (conscientes, controladas) e não analíticas (inconscientes, automáticas), e sua efetividade depende do desenvolvimento de habilidades cognitivas e metacognitivas. Cognição é qualquer operação mental - percepção, atenção, memorização, leitura, escrita, compreensão, comunicação e outras. A metacognição, por sua vez, é o conhecimento pelo indivíduo de sua própria cognição, ou seja, o conhecimento que a pessoa tem das suas próprias operações mentais, como as identifica, a forma como se processam, quando usa uma ou outra e que fatores ajudam ou interferem na sua operação.

### 2.1 – Pensamento Crítico e Pensamento Reflexivo

Tanto o pensamento crítico quanto o pensamento reflexivo são necessários para o raciocínio clínico efetivo. Pensamento crítico é cognição, é o trabalho intelectual da mente que envolve raciocínio e autodisciplina no uso de habilidades particulares. Pensamento reflexivo é metacognição, um nível de consciência que existe por meio do controle cognitivo executivo e autocomunicação sobre experiências. O pensamento crítico está para a aquisição de habilidades cognitivas como o pensamento reflexivo está para a aquisição de habilidades metacognitivas. Ambos são características desejadas na formação e atividade profissional do enfermeiro.

Já Hicks-Moore e Pastirik (2006) afirmam que, segundo a *American Philosophical Association*, pensamento crítico é um *juízo intencional e autorregulado que resulta na interpretação, análise, avaliação e inferência*, bem como na explicação



das razões que direcionaram o julgamento. O pensamento crítico é, portanto, um pensamento sensato, lógico, reflexivo e autônomo que inspira a atitude de investigação.

Segundo Kuiper e Pesut (2004), estudos mostram que o pensamento crítico está significativamente correlacionado com sucesso acadêmico, e que as habilidades de pensamento crítico estão positivamente relacionadas com os anos de experiência clínica. Portanto, embora alguns enfermeiros possam ter uma maior habilidade inata, a experiência profissional e a busca de capacitação permanente são importantes para aprimorar o pensamento crítico.

O pensamento crítico é utilizado para determinar se os dados obtidos são confiáveis e suficientes, ou se são conflitantes ou insuficientes, a fim de determinar o diagnóstico mais acurado, mas também estabelecer os resultados esperados sensíveis às intervenções de enfermagem e, por fim, intervenções de enfermagem adequadas, sempre considerando a segurança do paciente. Ao evoluir o paciente, a fim de avaliar se os resultados foram alcançados, o pensamento crítico permite verificar se houve falhas nesse processo. Uma prática baseada no pensamento crítico permite atos justificados.

Deve-se dar maior atenção ao processo do pensamento crítico como um processo reflexivo. Relacionar significados dentro de certos contextos exige reflexão, envolve discriminar o que é relevante, determinar influências culturais, fazer conexões dentro do contexto de uma situação, sendo os quatro principais atributos do pensamento crítico (Forneris, 2004):

- **Reflexão:** como um processo crítico, discrimina o que é relevante e determina a razão das ações.
- **Contexto:** inclui cultura, fatos, conceitos, regras, princípios e pressupostos que moldam o modo de construção do conhecimento.  
É atributo para a compreensão.
- **Diálogo:** por meio do diálogo, a situação é moldada de forma reflexiva para gerar o entendimento.
- **Tempo:** a noção de tempo indica que a aplicação prévia da aprendizagem tem impacto sobre a ação futura.

Concluindo, o pensamento crítico não é um método a ser aprendido, mas sim um processo, uma orientação da mente, que inclui os domínios de raciocínio cognitivo e afetivo.

## 2.2 – Raciocínio clínico, o pensamento crítico e o diagnóstico de enfermagem

As respostas do homem frente a problemas de saúde e processos da vida são identificadas constantemente pelos profissionais de saúde. Porém, a Enfermagem foi quem assumiu legalmente a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas. Nesse contexto, a acurácia do diagnóstico deve ser preocupação constante, pois diagnósticos são avaliações clínicas probabilísticas e sempre possuem risco de imprecisão. As respostas humanas apresentam-se de forma holística, complexa e única, e conclusões incorretas podem gerar diagnósticos incorretos.

O enfermeiro trabalha com um número reduzido de manifestações para afirmar um diagnóstico, porque frequentemente não são apresentadas pelo paciente todas as manifestações indicadas na classificação diagnóstica. Além disso, vários diagnósticos compartilham suas características definidoras. Estes fatores acabam elevando o risco da identificação de diagnósticos pouco acurados.

Identificar diagnósticos de enfermagem é atividade complexa, pois trata-se da interpretação do comportamento humano relacionado à saúde e a escolha adequada de intervenções depende da interpretação acurada das respostas humanas. Assim, o pensamento crítico deve ser empregado no raciocínio diagnóstico, objetivando uma interpretação altamente acurada das respostas humanas aos problemas de saúde.

Uma das maneiras de atingir elevados índices de acurácia é melhorando o uso do pensamento crítico no raciocínio do processo diagnóstico. O pensamento crítico, aplicado aos pressupostos que geram as ações e a interpretação da informação, aumenta as chances de o enfermeiro identificar um diagnóstico acurado.

Segundo Lunney (2004), desenvolver habilidades de pensamento crítico para aumentar a acurácia diagnóstica é importante, porque a interpretação precisa dos dados do paciente é um desafio que exige elevados níveis de capacidade de pensamento e inteligência; a capacidade de pensamento dos enfermeiros é variável e pode ser melhorada, e aperfeiçoar a utilização das capacidades do pensamento crítico apoia a validade dos diagnósticos.

Na prática do enfermeiro, o pensamento crítico é uma dimensão da inteligência, essencial para que se realize o processo diagnóstico. Os enfermeiros e estudantes podem melhorar sua prática de enfermagem se aplicarem processos de pensamento, principalmente o pensamento crítico.

Foi a partir do uso das linguagens padronizadas, mais especificamente com o uso dos diagnósticos de enfermagem, que foram levantadas as questões relativas aos processos mentais envolvidos na interpretação dos dados.

Lunney (2004) relaciona a teoria da inteligência de Sternberg ao pensamento crítico. Sternberg sugere a inteligência como parte do cotidiano, sendo uma autogestão mental. São apresentados três componentes (mundo interno, mundo externo, experiência), inter-relacionados que, segundo Lunney (2004), podem melhorar o padrão intelectual do enfermeiro, assim como o seu pensamento crítico.

O primeiro deles, o mundo interno do indivíduo, é constituído por metacomponentes, componentes de aquisição de conhecimento e componentes de desempenho. Estes componentes são interativos no mundo interno do enfermeiro e melhoram a inteligência para a prática. Os *metacomponentes* são utilizados para pensar no papel do enfermeiro em relação à situação clínica; este ativa os outros dois componentes; o processo é usado para planejar, monitorar e avaliar a resolução de problemas. Os *componentes de aquisição de conhecimento* são utilizados para selecionar o conhecimento relacionado, como a aquisição de conhecimento por meio da leitura; são utilizados para a aprendizagem de como resolver problemas. Nos *componentes de desempenho*, o diagnóstico é selecionado quando os dados estiverem disponíveis para a identificação de um diagnóstico preciso; estes implementam os comandos dos metacomponentes; referem-se ao desempenho da mente da pessoa.

O segundo, o mundo externo do indivíduo, consiste nos ambientes em que o enfermeiro pode se encontrar, de forma que a inteligência é usada para que ele seja bem sucedido nesses ambientes. No processo diagnóstico, o enfermeiro usa a inteligência para ser bem sucedido em uma variedade de ambientes ou contextos, como em casos onde há limitação de tempo ou situações de extrema complexidade. Os enfermeiros podem usar suas habilidades na diversidade e complexidade de ambientes, assim como trabalhar em conjunto com outros enfermeiros, diagnosticando ou validando suas impressões diagnósticas com eles e também com o paciente.

Por fim, a experiência do indivíduo, relaciona-se ao fato de que ao se executar uma tarefa várias vezes, ela tende a tornar-se automática. Ser capaz de lidar com o novo é considerado um aspecto da inteligência. Na primeira vez que um diagnóstico é identificado, a ênfase pode ser maior nos componentes de aquisição de conhecimento, e menor nos metacomponentes. Os componentes de desempenho não serão tão competentes como no caso em que há familiaridade no contexto em que foi realizado o diagnóstico. Com a exposição repetida, os três processos mentais de inteligência melhorarão.

Lunney (2004), com base no estudo de Scheffer e Rubenfeld, apresenta sete habilidades cognitivas e dez hábitos da mente como processos mentais que ocorrem no mundo interno do enfermeiro. Segundo Lunney (2004), as *habilidades cognitivas são o contexto no qual os hábitos da mente são úteis. O enfermeiro pode desenvolver ambos os aspectos à medida que aprende a diagnosticar. São eles:*

### **Habilidades cognitivas:**

- 1. Análise (Analyzing):** separar ou quebrar o todo em partes.
- 2. Aplicação de padrões (Applying Standards):** julgar de acordo com regras ou critérios pessoais, profissionais ou sociais estabelecidos.
- 3. Discriminação (Discriminating):** reconhecer diferenças e semelhanças entre coisas ou situações, e distinguir cuidadosamente se é categoria ou posição (intensidade).
- 4. Busca de informação (Information Seeking):** buscar evidências, fatos ou conhecimentos por meio da identificação de fontes relevantes e da obtenção de dados nessas fontes.
- 5. Raciocínio lógico (Logical Reasoning):** delinear as inferências ou as conclusões fundamentadas ou justificadas por evidências.
- 6. Predição (Predicting):** imaginar um plano e suas consequências.
- 7. Transformação do conhecimento (Transforming Knowledge):** mudar ou converter a natureza, a forma ou a função dos conceitos presentes na condição segundo o contexto em questão.

### **Hábitos da mente:**

- 1. Confiança:** confiança na própria capacidade de raciocínio.
- 2. Perspectiva contextual:** consideração da situação como um todo, incluindo as relações pré-existentes e o ambiente relevantes para algum acontecimento.
- 3. Criatividade:** capacidade intelectual de inventar usada para gerar, descobrir ou reestruturar ideias; imaginação de alternativas.

- 4. Flexibilidade:** capacidade para adaptar, acomodar, modificar ou mudar pensamentos, ideias e comportamentos.
- 5. Curiosidade:** avidez para conhecer pela busca de conhecimento e pela compreensão por meio da observação e questionamento cuidadosos a fim de explorar possibilidades e alternativas.
- 6. Integridade intelectual:** busca da verdade por processos honestos e sinceros, mesmo se os resultados forem contrários às próprias crenças e valores.
- 7. Intuição:** senso perspicaz (*insightful sense*) para conhecer sem o uso consciente do raciocínio.
- 8. Mente aberta:** ponto de vista caracterizado pela receptividade às opiniões divergentes e pela sensibilidade aos próprios vieses.
- 9. Perseverança:** persistência num caminho com determinação para superar obstáculos.
- 10. Reflexão:** contemplação de um assunto, especialmente os próprios pressupostos e pensamentos com o objetivo de aprofundar o entendimento e a autoavaliação.

As habilidades cognitivas relacionadas aos hábitos da mente são características da inteligência aplicadas na interpretação de casos clínicos e formulação de diagnósticos. Ambos podem ser desenvolvidos por meio da metacognição.

É por meio da metacognição que a inteligência e o pensamento crítico são aperfeiçoados. Na metacognição, ocorre o pensar sobre o pensamento. É um método de autoaperfeiçoamento e serve de base para o crescimento profissional. Pelas habilidades cognitivas e hábitos da mente, o enfermeiro possui a linguagem, significado e estrutura para analisar o próprio pensamento.

As habilidades, os processos de cognição e metacognição devem ser estimulados como um compromisso individual do enfermeiro, assim como realizar análise, intervenção e avaliação acuradas. Desta maneira, os preceitos éticos da profissão serão cumpridos.

## 2.3 – Modelo educacional *Developing Nurses' Thinking* (DNT)

Com o objetivo de auxiliar os estudantes de enfermagem a serem mais acurados nas diversas decisões envolvidas no Processo de Enfermagem, foi desenvolvido, por Mary Gay Tesoro o modelo educacional *Developing Nurses' Thinking* (DNT), proposto para conduzir o estudante no processo de raciocínio diagnóstico. Este modelo apresenta quatro componentes: segurança do paciente, domínio do conhecimento, processos de pensamento crítico específicos da enfermagem e prática repetida. Esses componentes são integrados para guiar o aluno na organização de processos de pensamento, interpretação de dados do paciente, nomeação da interpretação de dados (diagnósticos de enfermagem) e desenvolvimento de planos de cuidados (intervenções e resultados de enfermagem). O modelo é apresentado no artigo de Jensen; Cruz; Tesoro; Lopes (2014), intitulado *Tradução e adaptação cultural para o Brasil do modelo Developing Nurses' Thinking*, disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00197.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00197.pdf)

As sete habilidades de pensamento crítico e os dez hábitos da mente, neste modelo, são desmembrados e apresentados na forma de quadro, com a finalidade de ser uma estratégia para auxiliar o aluno, ou mesmo o enfermeiro, na análise de casos clínicos. O campo *Dados do paciente e resultados da avaliação* destina-se à descrição do caso clínico a ser analisado pelo estudante. O componente *Segurança do paciente* é disposto na parte inferior do quadro, para lembrar que as questões de segurança permeiam todo o processo de cuidado. O quadro é apresentado no artigo já citado no parágrafo anterior.

## 2.4 – Linguagem padronizada em enfermagem e o raciocínio clínico

O uso de uma linguagem uniforme, padronizada, além de facilitar a comunicação e o uso de sistemas informatizados, permite a representação do conhecimento clínico de enfermagem.

Por outro lado, a falta de uma linguagem comum, que seja amplamente usada pelos enfermeiros, dificulta a comunicação porque não permite definir precisamente o que os enfermeiros fazem, que tipo de problemas ou condições do paciente requerem intervenções de enfermagem e quais são os resultados que decorrem desta prática. Sem uma linguagem comum para expressar os conceitos, não se sabe se a compreensão dos seus significados é a mesma para as outras pessoas; assim, não se pode comunicá-los com precisão.

O uso da linguagem padronizada pode dar suporte ao raciocínio clínico porque ajuda a direcionar o olhar para a identificação dos problemas de enfermagem, a escolher resultados esperados e intervenções mais adequadas a cada caso e contexto, tendo como base o conhecimento em enfermagem. Evita-se, assim, que o enfermeiro analise o caso visando apenas a identificação de diagnósticos médicos, para os quais sua atuação será apenas colaborativa.

## 2.5 – Pontos importantes

- Quando se identifica um diagnóstico, há risco de ser pouco acurado porque frequentemente não são apresentadas pelo paciente todas as manifestações indicadas na classificação diagnóstica, sendo o diagnóstico determinado com base em apenas algumas destas manifestações. Além disso, vários diagnósticos compartilham suas características definidoras, e algumas características definidoras de alguns diagnósticos são fatores relacionados de outros.
- O raciocínio clínico, está presente ao identificar o diagnóstico de enfermagem, definir as metas, escolher as intervenções e avaliar os resultados obtidos.
- A sua efetividade depende do desenvolvimento de habilidades cognitivas (operações mentais) e metacognitivas (conhecimento que a pessoa tem as suas próprias operações mentais).
- O pensamento crítico envolve habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual se baseia nos conhecimentos existentes e no contexto em que as experiências de interpretar dados observáveis se dão. É um pensamento sensato, lógico, reflexivo e autônomo que inspira a atitude de investigação.
- O pensamento crítico deve ser empregado no raciocínio diagnóstico objetivando uma interpretação altamente acurada das respostas humanas aos problemas de saúde.
- Embora alguns enfermeiros possam ter uma maior habilidade inata, a experiência profissional e a busca de capacitação permanente são importantes para aprimorar o pensamento crítico.

- No entanto, o pensamento crítico não é um método a ser aprendido, mas sim um processo, uma orientação da mente, que inclui os domínios de raciocínio cognitivo e afetivo.
- As habilidades cognitivas relacionadas aos hábitos da mente são características da inteligência aplicadas na interpretação de casos clínicos e formulação de diagnósticos. Ambos podem ser desenvolvidos por meio da metacognição.
- Propostas como o modelo educacional Developing Nurses' Thinking (DNT), proposto para conduzir o aluno no processo de raciocínio diagnóstico, podem ser úteis para levar à metacognição e consequente melhoria do raciocínio clínico ao estimular o aluno a refletir sobre as habilidades cognitivas e os hábitos da mente utilizados na determinação dos diagnósticos frente a um caso clínico.
- A falta de uma linguagem comum, que seja amplamente usada pelos enfermeiros, dificulta a comunicação porque não permite definir precisamente o que os enfermeiros fazem, que tipo de problemas ou condições do paciente requerem intervenções de enfermagem e quais são os resultados que decorrem desta prática.
- O uso da linguagem padronizada pode dar suporte ao raciocínio clínico porque ajuda a direcionar o olhar para a identificação dos problemas de enfermagem, a escolher resultados esperados e intervenções mais adequadas a cada caso e contexto, tendo como base o conhecimento em enfermagem.



## Bibliografia consultada

CARR, S.M. A framework for understanding clinical reasoning in community nursing. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford, v.13, n.7, p.850-857, out. 2004.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. [S.l.], v.18, n.1, 2010.

CHARTIER, L. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. *Nursing Diagnosis*. v.12, n.2, p.55-60, 2001.

CLARK, J. A language for nursing. *Nursing Standard*. v.13, n.31, p.42-47, 1999.

CORRÊA, C.G. Raciocínio clínico: o desafio do cuidar. Tese (Doutoramento junto à Escola de Enfermagem)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v.13, n.3, p.415-422, 2005.

FERREIRA, L.F. Cognitivismo x construtivismo. Disponível em: <<http://penta.ufrgs.br/~luis/Ativ1/CogXCon.html>>. Acesso em: 8 jan. 2015.

FORNERIS, S.G. Exploring the attributes of critical thinking: a conceptual basis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. v.1, n.9, p.1-18, 2004.

HICKS-MOORE, S.L.; PASTIRIK, P.J. Evaluating critical thinking in clinical concept maps: a pilot study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. v. 3, n. 27, p. 1-15, 2006.

JENSEN, R. et al. Translation and cultural adaptation for Brazil of the developing nurse's thinking model. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v.22, p.197-203, 2014.

KUIPER, R.A.; PESUT, D.J. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*. v.45, n.4, p.381-391, 2004.

LOPES, M.H.B.M.; CRUZ, D.A.L.M.; JENSEN, J. Raciocínio clínico e pensamento crítico. In: *Enfermagem em infectologia: cuidados com o paciente internado*. 2.ed. São Paulo : Atheneu, 2010.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurse's diagnoses. Part I: risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. v. 37, n.2, p.17-24, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PESUT, D.J. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*. v.45, n.4, p.381-391, 2004.

SIMPSON, E.; COURTNEY, M. Critical thinking in nursing education: a literature review. *International Journal of Nursing Practice*. v.8, p.89-98, 2002.

TESORO, M.G. Effects of using the developing nurse's thinking model on nursing student's diagnostic accuracy. *Journal of Nursing Education*. v.51, n.8, p.436-443, 2012.

### 3. Processo de enfermagem

Alba Lucia Bottura Leite de Barros

Cristiane Garcia Sanchez

Juliana de Lima Lopes

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Rita de Cassia Gengo e Silva

Neste capítulo serão apresentados o conceito, as propriedades, as fases ou etapas do processo de enfermagem, bem como as teorias e modelos teóricos, as diferenças entre anotação e evolução de enfermagem e a utilização do processo de enfermagem no Estado São Paulo.

#### 3.1 – O conceito

A ideia de Processo de Enfermagem (PE) não é nova em nossa profissão. Pelo contrário, remonta ao surgimento da Enfermagem Moderna, quando Florence Nightingale enfatizou que os enfermeiros deveriam ser ensinados a fazer observações e julgamentos acerca delas. De fato, o termo PE não existia à época, mas a recomendação de Nightingale expressa o conceito que hoje se tem acerca desta ferramenta de trabalho.

No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que o definiu como *a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos* (Horta, 1979). Na perspectiva de Horta (1979) e neste guia, ser humano ou pessoa refere-se ao indivíduo, família (ou pessoa significante), grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem.

Desde então, observou-se a inserção gradativa do PE nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem, bem como na prática assistencial.

Em 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498 determinou que *a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem* e que a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem eram atividades exclusivas do enfermeiro. Essa Lei torna-se, portanto, um mecanismo legal que assegura ao enfermeiro a prescrição de cuidados durante a consulta de enfermagem.

A partir da Decisão do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) - DIR/008/1999, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Decisão Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 001/2000, tornou-se obrigatória a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, no Estado de São Paulo. Em termos de legislação profissional, destaca-se que o termo PE aparece pela primeira vez na Resolução COFEN 272/2002.

Anos mais tarde, o COFEN publicou a Resolução 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em todos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, incluindo serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. De acordo com essa Resolução, o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, e organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

É somente na Resolução COFEN 358/2009 que se estabelece uma distinção entre SAE e PE. A referida Resolução considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Este, por sua vez, é entendido como uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional.

O leitor poderá encontrar outras definições ou entendimentos do que sejam a SAE e o PE, a depender do referencial utilizado pelos diferentes autores. Algumas vezes, esses termos são tratados como sinônimos, em outras não. De fato, isso pode contribuir para certa inconsistência na compreensão de tais ferramentas de trabalho do enfermeiro, bem como para a falta de clareza acerca de suas contribuições e limites.

Este guia tratará do Processo de Enfermagem, ferramenta utilizada para sistematizar a assistência. A definição adotada de Processo de Enfermagem será a seguinte: uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções. A utilização desta ferramenta possibilita a documentação dos dados relacionada às etapas do processo.

Tendo em conta tal definição, alguns aspectos importantes acerca do PE podem ser destacados:

- 1 O PE serve à atividade intelectual do enfermeiro; portanto, se dá durante, e depende da relação enfermeiro-pessoa/família/comunidade que está sob seus cuidados.
- 2 Se o PE serve à atividade intelectual não é concebível defini-lo como a própria documentação. A documentação é um aspecto importante do PE; é, também, uma exigência legal e ética dos profissionais de enfermagem, mas não é o PE em si. Além disso, os dados documentados podem servir para avaliar a contribuição específica da enfermagem para a saúde das pessoas, em auditorias internas ou mesmo em processos de acreditação.
- 3 A utilização de uma ferramenta, por si só, não pode garantir a qualidade de um serviço prestado. No entanto, a qualidade da assistência poderá ser evidenciada com o uso do PE, mas depende de competências intelectuais, interpessoais e técnicas do enfermeiro. O bom uso desta ferramenta confere cientificidade à profissão, favorece a visibilidade às ações de enfermagem e ressalta sua relevância na sociedade.

### 3.2 – Propriedades

O PE tem como propósito, para o cuidado, oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas da pessoa (indivíduo, família, grupos, comunidades), possam ser satisfeitas. Para tanto, deve ser:

- **Intencional:** voltado para uma meta a ser alcançada.
- **Sistemático:** utilizando uma abordagem organizada em fases para atingir o seu propósito. Promove a qualidade do cuidado, pois evita os problemas associados somente à intuição, ou à produção de cuidados rotineiros.
- **Dinâmico:** envolvendo mudanças contínuas, de acordo com o estado da pessoa, identificadas na relação enfermeiro-pessoa; é um processo ininterrupto.
- **Interativo:** baseando-se nas relações recíprocas que se dão entre enfermeiro-pessoa, enfermeiro-família, enfermeiro-demais profissionais que prestam o cuidado como médico, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, dentre outros.

- **Flexível:** pode ser aplicado em dois contextos: em qualquer local e prestação do cuidado e para qualquer especialidade; suas fases podem ser usadas de modo sequencial ou concomitante, por exemplo, ao mesmo tempo em que o enfermeiro implementa o plano de cuidado (oferece o cuidado), ele pode estar reavaliando a pessoa e realizando novos diagnósticos.
- **Baseado em teoria(s):** isto é, teorias ou modelos teóricos da área de enfermagem e de outras áreas, como medicina, psicologia, sociologia, antropologia, devem sustentar a operacionalização do PE.

### 3.3 – Teorias e modelos teóricos

O PE é uma ferramenta que necessita sustentação teórica para a sua utilização. A preocupação com a organização do conhecimento em modelos teóricos/conceituais inicia-se na década de 1950 sendo mais enfatizado a partir da década de 1960 e 1970. Segundo Fawcett (2000), existem diferentes teorias e modelos teóricos e todos eles refletem os quatro conceitos centrais ou metaparadigma da Enfermagem:

- **Pessoa:** reflete o indivíduo, família, comunidade e outros grupos.
- **Ambiente:** refere-se ao significante e ao ambiente ou mesmo o local onde a enfermagem ocorre.
- **Saúde:** refere-se ao bem estar da pessoa, quando a enfermagem ocorre que pode ser medido do alto nível de bem estar à doença terminal.
- **Enfermagem:** refere-se à definição de Enfermagem, a ação que os enfermeiros realizam em benefício e/ou em conjunto com a pessoa e as metas ou resultados das ações de enfermagem. Ações de enfermagem são vistas tipicamente como processo sistemático de coleta de dados, nomeando, planejando, intervindo e avaliando.

A disciplina Enfermagem está relacionada com princípios e leis que controlam processos de vida, o bem estar e o funcionamento ótimo dos seres humanos doentes ou saudáveis. Está relacionada com os padrões de comportamento humano em interação com o meio ambiente em eventos de vida normal ou situações críticas. Além disso, também está relacionada com ações de Enfermagem ou processos pelas quais mudanças positivas no estado de saúde são consequências, resultados, bem como com a totalidade ou saúde do ser humano, reconhecendo que eles estão em contínua interação com seu ambiente.

Vários modelos conceituais/teóricos foram apresentados aos enfermeiros brasileiros, como: necessidades básicas de Horta, autocuidado de Orem, cuidado cultural de Leininger, adaptação de Roy. No nosso meio, os mais utilizados na clínica e na pesquisa a partir da década de 80 foram os de Horta e Orem.

Estes modelos conceituais/teóricos contribuíram com um vocabulário próprio da disciplina enfermagem. Os modelos de enfermagem têm áreas de concordância na medida em que oferecem o início e uma articulação sobre o que é enfermagem e quais são os papéis do enfermeiro; propõem maneiras de assistência de enfermagem que promovam o conforto, o bem estar e ajudem o paciente a submeter-se ao tratamento com menor dano possível; apresentam o início de uma linguagem comum sobre o receptor dos cuidados de enfermagem (ser biopsicossocioespiritual, holístico, com necessidades que precisam ser atendidas, os cuidados terão significado se sua unicidade e totalidade forem consideradas).

A reflexão sobre esta concordância de áreas fala a favor de uma coesão em direção a um saber e fazer próprios da profissão, diferenciando-o do modelo médico, pois as concepções de cuidado da pessoa como ser biopsicossocioespiritual, holístico, incorporam ciência, mas não aceitam que só ela seja capaz de explicar a experiência humana em relação à saúde, e à doença, de levar à cura. A abordagem holística contrasta com a visão reducionista, puramente biomédica.

Os modelos conceituais ou teorias de enfermagem devem ser aplicados, avaliados, criticados e reformulados, se necessário, pois não existe saber acabado, definitivo; não é possível elaborar teorias perenes sobre a realidade que é processual, um vir a ser constante.

Nas instituições, o modelo de cuidado adotado deve ser construído coletivamente por toda equipe de enfermagem, apoiado nos referenciais de enfermagem, e por demais referenciais que se aplicam tais como o biomédico, o epidemiológico de risco, de família, dentre outros, além das classificações de enfermagem e devem estar refletidos nas etapas do PE.

Nos serviços, o modelo adotado constituirá o cuidado humano e científico que se espera da enfermagem. E, se compreendido e aplicado pela equipe, tornará visíveis os fenômenos da prática de enfermagem referidos como desconhecidos por Florence Nightingale, a saber, os diagnósticos, as intervenções e os resultados.

Um modelo assistencial desenvolvido para o cuidado no Hospital São Paulo pode ser visto no capítulo 1 do livro *Anamnese & exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto* (Barros, 2010).

A partir da década de 1970 até a década de 1990 presenciou-se o aparecimento das classificações de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), uma vez que a Enfermagem necessitava de linguagem própria que veiculasse os elementos da sua prática.

Os diagnósticos, intervenções e resultados veiculam conceitos que podem ser vistos no mundo real. Possuem uma definição conceitual e atributos tais como características definidoras e fatores relacionados ou de risco para os diagnósticos, ações para as intervenções e indicadores para os resultados. Todos tem uma base de pesquisa, aplicáveis na prática clínica e passíveis de desenvolvimento de teorias de média abrangência, próprias das ciências aplicadas como a Enfermagem. Segundo Meleis (1997), *o conhecimento vem evoluindo das grandes teorias para a ênfase no estudo e desenvolvimento de conceitos, para a construção de teorias de médio porte e para as específicas a uma dada situação, passíveis de serem utilizadas no mundo atual.*

O desenvolvimento das taxonomias representa um marco na construção de teorias. Os modelos conceituais não são contestados, mas transcendidos. A consciência do esforço de organização teórica influi na percepção da necessidade de nomenclaturas, de linguagens, da classificação de fenômenos pertinentes a área de enfermagem. Para uma ciência como Enfermagem, as classificações representam uma contribuição para a construção do conhecimento e acumulação deste conhecimento. As classificações são ferramentas necessárias para a comunicação de uns com os outros. Enfermeiros, como outras pessoas, pensam com palavras, então elas necessitam de palavras para pensar acerca de fenômenos pelos quais elas respondem legalmente.

Enfermeiros não podem discernir eventos para os quais não tem palavras ou frases para pensar e o uso dos conceitos NNN (Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-Internacional, Classificação de resultados NOC e Classificação de intervenções NIC) auxilia os enfermeiros a gerar hipóteses, imaginar alternativas, e usar o ceticismo reflexivo (incerteza a respeito do pensamento), favorecendo a precisão diagnóstica.

Dependendo da instituição, a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e os termos do projeto CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) podem representar a linguagem utilizada nas etapas do processo de enfermagem.



O serviço de enfermagem da instituição onde o cuidado ocorre deve refletir na sua filosofia, nos referenciais teóricos e nas classificações que mais se aplicam à pessoa cuidada (indivíduo família, comunidade e demais grupos).

### **3.4 – Fases ou etapas**

A palavra processo, de acordo com o dicionário Larousse da língua portuguesa, significa *sucessão de operações com vistas a um resultado definido; sistema, método*. Enfermagem neste guia refere-se à disciplina científica com os seus métodos próprios de cuidado e teorias que sustentam este cuidado.

Conforme citado anteriormente, a Resolução 358/2009, produto de um trabalho colaborativo da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o COREN-SP, esclareceu que a execução do PE não é uma atividade privativa do enfermeiro.

Esta Resolução, afirma que o PE se organiza em cinco etapas: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem. Para fins didáticos, essas etapas são descritas separadamente e em ordem sequencial. Mas vale destacar, que assim como Horta propôs, as etapas são inter-relacionadas e, por isso, uma depende da outra. Ademais, essas etapas se sobrepõem, dado que o PE é contínuo.

#### **3.4.1 – Coleta de dados ou investigação**

A coleta de dados, embora descrita como a primeira etapa do PE, ocorre continuamente. Trata-se da etapa em que o enfermeiro obtém dados subjetivos e objetivos das pessoas de quem cuida, de forma deliberada e sistemática.

A coleta de dados deliberada tem propósito e direção e está baseada:

- 1) na consciência do enfermeiro sobre seu domínio profissional e no âmbito de suas responsabilidades práticas;
- 2) no claro conceito das informações necessárias para que o enfermeiro cumpra seu papel;
- 3) na utilização de perguntas e observações que conservem tempo e energia do enfermeiro e da pessoa.

Uma abordagem sistemática significa que a coleta de dados é organizada e tem uma sequência lógica de perguntas e observações. O contexto situacional, isto é, as características interpessoais e físicas e a estruturação da coleta de dados, a natureza da informação e as competências cognitivo-perceptuais do enfermeiro influenciam esta etapa do PE.

No que tange ao contexto situacional, Gordon (1993) descreve quatro tipos de coleta de dados:

- **Avaliação inicial:** cujo propósito é avaliar o estado de saúde da pessoa, identificar problemas e estabelecer um relacionamento terapêutico. Neste caso, a questão norteadora para direcionar a avaliação é *Existe um problema?*
- **Avaliação focalizada:** tem como finalidade verificar a presença ou ausência de um diagnóstico em particular. Para este tipo de avaliação, o enfermeiro deve se nortear pelas seguintes questões: *O problema está presente hoje? Se está, qual é o status do problema?*
- **Avaliação de emergência:** utilizada em situações em que há ameaça à vida. Neste caso, a questão que deve nortear a avaliação é *Qual é a natureza da disfunção/do problema?*
- **Avaliação de acompanhamento:** é realizada em determinado período após uma avaliação prévia. Para este tipo de avaliação, o enfermeiro deve ter em mente a seguinte pergunta norteadora: *Alguma mudança ocorreu ao longo do tempo? Se ocorreu, qual foi sua direção (melhora ou piora)?*

Como regra geral, a avaliação é realizada na admissão da pessoa no serviço de saúde, seja hospital, ambulatório, instituição de longa permanência, ou outros. Todavia, a depender do estado de saúde da pessoa, não é possível completar a avaliação num único momento. Por isso, é importante que os serviços de saúde estabeleçam em seus manuais e procedimentos operacionais em quanto tempo se espera que o enfermeiro complete a avaliação, considerando-se as características das pessoas atendidas, a demanda das unidades, dentre outros fatores que podem influenciar a coleta de dados.

Para coletar dados, o enfermeiro necessita de um instrumento de coleta que sirva de guia e que reflita a pessoa a ser cuidada e o ambiente onde o cuidado é prestado. Independente do tipo de coleta de dados (inicial, focalizada, de emergência ou de acompanhamento), é fundamental que o enfermeiro tenha

clareza do(s) modelo(s) teórico(s) que dá(dão) sustentação para essa atividade, ou seja, qual *lente* está utilizando para organizar sua coleta de dados e guiar seus julgamentos.

As Necessidades Humanas Básicas podem ser o arcabouço do instrumento de coleta de dados e autores como Benedet e Bub (2001) correlacionaram as necessidades humanas com os diagnósticos da NANDA-I. Instrumentos de coleta de dados podem, ainda, ser construídos com as concepções de Orem, de Roy, o modelo dos Padrões Funcionais de Saúde, o modelo biomédico, o modelo epidemiológico de risco, a teoria do estresse, ou outros. Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, um ou mais referenciais podem ser utilizados. Contudo, deve-se considerar que essa escolha seja adequada para revelar os dados de interesse para o cuidado de enfermagem.

Na prática clínica, por exemplo, a utilização de um instrumento de coleta de dados, apoiado na tipologia de Gordon (Padrões Funcionais de Saúde), que reflita a possibilidade da coleta de dados da pessoa nas dimensões biopsico-socioespiritual, holística, favorece o raciocínio clínico e o julgamento diagnóstico quando se utiliza a classificação da NANDA-Internacional (NANDA-I).

Os referenciais que sustentam o instrumento devem permitir, portanto, a identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados a causas tratáveis pelos enfermeiros, por meio das suas intervenções/ações de cuidado, visando à obtenção de resultados. Para tanto, o enfermeiro necessita de conhecimentos científicos, de habilidade técnica, de habilidade interpessoal, e de raciocínio clínico e pensamento crítico para realizar a coleta de dados, que consta da entrevista e do exame físico.

A intuição é um requisito que contribui na busca de pistas para a inferência diagnóstica, mas esta muitas vezes está relacionada ao conhecimento clínico prévio do diagnosticador. Os conhecimentos científicos requeridos são os da ciência da enfermagem, e das ciências da saúde tais como, anatomia, fisiologia, farmacologia, epidemiologia, ciências médicas, ciências humanas e sociais, dados laboratoriais, de imagem e eletrocardiográficos e, demais dados necessários ao raciocínio clínico. Requer-se também o conhecimento da propedêutica: inspeção, palpação, percussão e ausculta, além de conhecimento das classificações de diagnóstico de enfermagem mais conhecidas e utilizadas como a NANDA-I e a CIPE.

Destaca-se que durante a coleta o enfermeiro deve investigar dois tipos de dados: objetivos e subjetivos. Os primeiros são investigados pelo enfermeiro por meio de seus órgãos dos sentidos com ou sem auxílio de instrumentais específicos, como esfigmomanômetro, balança, estetoscópio, termômetro, dentre outros. Os dados subjetivos, por sua vez, são obtidos por meio de perguntas ou de instrumentos validados cientificamente e que necessitam da confirmação da pessoa. Para tanto, a coleta de dados deve ser realizada em ambiente calmo, iluminado e sem interrupções e pautada nos princípios éticos que norteiam a profissão.

Ao examinar, o enfermeiro deve demonstrar interesse genuíno pela pessoa que está sendo examinada, e demais atributos referidos na arte do cuidado, como o desvelo e a compaixão. Deve realizar o seu julgamento clínico sem juízo de valor, respeitando a cultura, a condição social, a orientação sexual, o gênero, a idade e o momento enfrentado pela pessoa.

Neste contexto, para se tornar um bom diagnosticador, é necessário tempo, experiência clínica, estudo contínuo, humildade e a confirmação dos dados de partida com colegas e com a pessoa sob os cuidados ou mesmo familiares.

Em termos da natureza do dado a ser coletado, é importante que o enfermeiro tenha clareza de que os dados são probabilísticos. Isso quer dizer que eles não são indicadores perfeitos ou exatos do estado de saúde ou do problema apresentado pela pessoa. Nesse contexto, a qualidade da informação, mais do que a quantidade, é importante para o julgamento diagnóstico. Portanto, os enfermeiros devem estar preocupados com a obtenção de dados:

**Válidos:** aqueles que representam as propriedades da resposta humana que está sendo julgada; como exemplo, o relato verbal de dor pode ser considerado um dado válido para se afirmar o diagnóstico Dor (Aguda ou Crônica), por outro lado, o relato verbal de ocorrência de edema ao final do dia não parece ser um dado válido para se afirmar o diagnóstico Débito Cardíaco Diminuído.

**Confiáveis:** obtidos por meio de instrumentos acurados e que são representativos da resposta humana; neste caso, pode-se considerar desde a utilização de equipamentos calibrados, como uma balança ou esfigmomanômetro.

**Relevantes:** são os dados válidos, porém levando-se em conta o propósito a coleta de dados; por exemplo, a observação da presença de edema pode ser um dado válido para o diagnóstico Débito Cardíaco Diminuído, porém a informação de que ele ocorre ao final do dia torna o dado pouco relevante para esse diagnóstico.

Outro aspecto importante durante a coleta de dados é que o enfermeiro deve estar preocupado em conhecer a história pregressa e atual de saúde da pessoa. Isto inclui estado de saúde, pontos fortes ou a respostas a problemas reais ou potenciais. A história pregressa é importante porque pode servir como uma linha de base para a interpretação da história atual. Mas, como distinguir os dados que pertencem à história pregressa e à história atual? De fato, os dados que se referem à história pregressa são aqueles que pertencem ao passado e descrevem como determinados dados costumavam se apresentar. Por exemplo, ao perguntar à pessoa como é o seu padrão de eliminação vesical, o enfermeiro está interessado em conhecer como esse padrão costumava ser. Por sua vez, os dados que pertencem à história atual se referem a como a pessoa está neste momento e, portanto, auxiliam na determinação de alterações agudas ou graduais.

Em síntese, a coleta de dados é uma etapa essencial do PE. A validade, a confiabilidade e a relevância dos dados poderão ser determinantes para a acurácia (precisão) dos diagnósticos de enfermagem e definir o sucesso das etapas diagnóstica, de planejamento, de implementação e de resultados.

### 3.4.2 – Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem pode ser definido como o julgamento clínico sobre as respostas humanas reais ou potenciais apresentadas por indivíduos, famílias e comunidades a problemas de saúde ou processos de vida. Fornece a base para a seleção de intervenções para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Dado que se refere às respostas humanas, é válido afirmar que os diagnósticos de enfermagem dizem respeito à maneira como indivíduos, famílias e comunidades reagem a situações ou ao significado que atribuem a determinados eventos.

É o foco de interesse da enfermagem na saúde das pessoas que a diferencia, dentre outras coisas, das demais profissões da área da saúde. Gordon destaca que o foco de interesse da enfermagem são as necessidades de saúde e de bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades. Assim, os problemas clínicos de interesse para os enfermeiros derivam da interação entre o organismo humano e o ambiente.

Esta etapa do PE ocorre em duas fases, a de processo e a de produto. A fase de processo envolve o raciocínio diagnóstico, ou seja, um processo em que o conhecimento científico, a experiência clínica e a intuição são evocados de forma complexa (pensamento intelectual-razão). Por meio do raciocínio diagnóstico, há o desenvolvimento da habilidade cognitiva, ou seja, habilidade de raciocinar crítica e cientificamente, sobre os dados coletados, permitindo sua obtenção e interpretação, a comparação entre eles com padrões de normalidade, o seu agrupamento em padrões, que pode denominar um fenômeno. Cabe também, a busca de novos dados que estejam faltando, permitindo a inferência de um diagnóstico, ou mesmo de uma hipótese diagnóstica e, ao final deste processo, a confirmação ou não das hipóteses.

Este tipo de pensamento é solitário, requer racionalidade, reflexão, intenção, apresentando, portanto, similaridade com as etapas do método científico, daí a requerer do diagnosticador, como dito anteriormente, habilidade cognitiva (habilidade para pensar sobre determinado evento), habilidade para obter dados (subjetivos e objetivos), conhecimento científico e experiência clínica.

O raciocínio diagnóstico no novato é do tipo indutivo, pois o mesmo ainda não reúne tempo de experiência clínica que lhe permite o raciocínio dedutivo, encontrado nos enfermeiros com mais experiência clínica, e de evidência ao aparecimento do mesmo na dada situação clínica. Assim, no raciocínio indu-

tivo, os dados serão coletados um a um, comparados com a normalidade e a anormalidade para só após serem agrupados e comparados a padrões que permitem a sua denominação diagnóstica. Em contrapartida, o enfermeiro experiente denomina o diagnóstico e só depois busca pela confirmação do mesmo ao coletar dados que confirmem esta dedução, e ao pensar na evidência do mesmo, à dada situação clínica. Há de se destacar que se uma dada situação é nova, o enfermeiro com mais experiência também utiliza o raciocínio indutivo, juntamente com o dedutivo.

A fase de produto, por sua vez, é a da denominação do diagnóstico escolhido com o seu título, sua definição, a lista dos atributos que o caracterizam e a lista dos atributos que contribuíram para o seu surgimento (fatores relacionados).

Para comunicar as decisões sobre os diagnósticos de enfermagem (produto) do indivíduo, da família ou da comunidade, é importante que se utilize um sistema de linguagem padronizada. Há sistemas de linguagem específicos da enfermagem, como a Classificação de diagnósticos da NANDA-I, CIPE, o Sistema Omaha, o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos de Sabba. Também existem sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

### **3.4.3 – Planejamento de enfermagem**

Esta etapa envolve diferentes atores como a pessoa sob os cuidados de enfermagem e os procedimentos necessários para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da sua saúde, além do local onde o cuidado ocorrerá. A família ou pessoa significativa, a equipe de enfermagem, a equipe de saúde, os serviços disponíveis para que o cuidado aconteça, também estão inseridos neste processo de planejamento.

Pode ser compreendido por meio de seus componentes, isto é, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários, a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem, que serão executadas na fase de implementação.

A priorização dos diagnósticos de enfermagem pode ser realizada segundo sua importância vital, em problemas urgentes (aqueles que não podem esperar e

demandam atenção imediata), problemas que devem ser controlados para que o indivíduo, a família ou a comunidade progridam e, por fim, problemas que podem ser adiados sem comprometer a saúde daqueles que estão sob os cuidados do enfermeiro. Além disso, a priorização dos diagnósticos também deverá levar em conta o conhecimento científico e as habilidades do enfermeiro e da sua equipe, a aceitação da pessoa ao cuidado e os recursos humanos e materiais disponíveis no ambiente onde o cuidado será oferecido.

Para estabelecer os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem selecionado para o plano de cuidados, o enfermeiro poderá utilizar algum sistema de linguagem padronizada. No nosso meio, a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) é a mais utilizada, embora ainda de maneira incipiente. A seleção dos resultados esperados deve levar em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, mensuráveis e atingíveis.

Selecionar um resultado sensível às intervenções de enfermagem é importante porque, por meio dele, poderá ser demonstrada a contribuição específica da enfermagem no cuidado às pessoas. Para ser mensurável, o resultado deve conter indicadores que possam ser ouvidos ou vistos, assim será possível verificar o estado atual do indivíduo, da família ou da comunidade e planejar o estado que se quer atingir, que pode variar desde a manutenção do estado atual até a resolução do problema. Por fim, um resultado esperado é passível de ser atingido se houver tempo suficiente para tal, se a pessoa sob cuidado concordar com o resultado selecionado e de suas condições para atingi-lo.

Para cada resultado esperado, o enfermeiro deverá propor intervenções de enfermagem e prescrever ações de enfermagem que visem reduzir ou eliminar os fatores que contribuem para o diagnóstico, promover níveis mais elevados de saúde, prevenir problemas e/ou monitorar o estado de saúde atual ou o surgimento de problemas.

Da mesma forma como ocorre para os diagnósticos de enfermagem e para os resultados, para selecionar as intervenções e atividades de enfermagem, o enfermeiro poderá utilizar um sistema de linguagem padronizada, como a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a CIPE, que são as mais utilizadas em nosso meio. Ressalta-se que, mesmo com a utilização das classificações, os enfermeiros devem se preocupar constantemente com a busca de evidências científicas que deem sustentação às suas intervenções/atividades.



A NOC propõe uma série de resultados e para cada um deles há diversos indicadores e uma escala de *Likert* para que os enfermeiros possam avaliar continuamente a resposta das suas ações. A NIC propõe uma série de intervenções e para cada intervenção há diversas atividades que deverão ser prescritas e implementadas. A CIPE, por sua vez, possui os termos do eixo de ações que podem ser utilizados para construir a intervenção de enfermagem ou utilizar conceitos pré-determinados de intervenções presentes neste sistema de classificação.

Para o planejamento da assistência, podem-se utilizar modelos teóricos da administração de acreditação ou mesmo o *primary nurse* (enfermeiro de referência do paciente), sendo que este coleta os dados, diagnostica, planeja o cuidado. Ele também pode oferecer o cuidado, mas prescreve para demais profissionais de enfermagem, inclusive outros enfermeiros, orienta o paciente, atende aos seus chamados.

A atividade intelectual inserida no processo de planejamento envolve, além de ordens verbais, a documentação com registro de metas a serem alcançadas para os diagnósticos identificados.

### 3.4.4 – Implementação

É a execução, pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), das atividades prescritas na etapa de Planejamento da Assistência. Em outras palavras, é o cumprimento pela equipe de enfermagem da Prescrição de Enfermagem. Nesta etapa coloca-se o plano em ação.

As intervenções/atividades de enfermagem podem ser independentes dos demais profissionais da saúde e relacionadas aos diagnósticos de enfermagem, dependentes de recomendação médica como administração de medicamentos e interdependentes com demais profissionais da saúde. Além disso, as intervenções/atividades de enfermagem podem ser de cuidado direto ou indireto. As intervenções/atividades de cuidado direto se referem àquelas realizadas diretamente para a pessoa. As de cuidado indireto são aquelas realizadas sem a presença da pessoa; são intervenções de coordenação e controle do ambiente onde o cuidado é oferecido. Estas intervenções/atividades de cuidado indireto também devem ser prescritas, como as de cuidado direto, pois as atividades de enfermagem que visam o controle do ambiente do cuidado não são menos importantes que aquelas de cuidado direto.

Nesta etapa, toda equipe pode e deve realizar anotações relacionadas às intervenções/atividades prescritas pelo enfermeiro sejam elas independentes, dependentes ou interdependentes. Estas anotações contribuem significativamente na reavaliação da pessoa cuidada a ser realizada pelo enfermeiro (avaliação/evolução de enfermagem), e são importantes também para a reavaliação dos demais profissionais de saúde.

### 3.4.5 – Avaliação

É um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade em um dado momento; para determinar se as intervenções/atividades de enfermagem alcançaram o resultado esperado, bem como a necessidade de mudanças ou adaptações, se os resultados não foram alcançados ou se novos dados foram evidenciados. É, portanto, o que se conhece como evolução de enfermagem.

A avaliação pode ser de estrutura, de processo ou de resultado. A avaliação de estrutura refere-se aos recursos materiais humanos e financeiros, que garantem um mínimo de qualidade à assistência. A de processo inclui o julgamento do cuidado prestado pela equipe e, a de resultado refere-se à satisfação da pessoa durante e após o cuidado; busca-se verificar a mudança no comportamento e no estado de saúde da pessoa a partir da assistência prestada.

Na avaliação/evolução as seguintes perguntas devem ser feitas: Os resultados esperados foram alcançados? Os indicadores se modificaram? Se não, por quê? Nesta análise, vários fatores devem ser considerados: O diagnóstico de partida era acurado? As intervenções/atividades de enfermagem foram apropriadas para modificar os fatores que contribuem para a existência do diagnóstico? As intervenções/atividades alteraram as manifestações do diagnóstico? Assim, a avaliação/evolução exige a revisão do plano de cuidados no que concerne aos diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e alcançados e as intervenções/atividades de enfermagem implementadas.

O registro da avaliação/evolução pode ser descritivo. Neste caso, o enfermeiro sintetiza sua avaliação do paciente, destacando a resolubilidade ou não dos diagnósticos de enfermagem e/ou das suas manifestações e fatores contribuintes. Pode-se optar por registrar a avaliação/evolução por meio das alterações ocasionadas nos diagnósticos de enfermagem. Neste caso, o enfermeiro registra se eles estão inalterados (ou seja, não se modificaram), pioraram, melhoraram ou estão resolvidos. Outra forma de se registrar a avaliação/evolução é por meio das alterações dos indicadores dos resultados NOC, conforme suas escalas de mensuração.

Nesta seção, o leitor foi apresentado à definição do PE como uma ferramenta intelectual do trabalho do enfermeiro. Didaticamente, o PE está dividido em fases que representam decisões importantes para o cuidado do indivíduo, da família ou da comunidade, as quais devem estar baseadas em teorias ou modelos conceituais da própria enfermagem ou de outras ciências.

### **3.5 – Anotação e evolução de enfermagem: esclarecendo conceitos**

Frequentemente, não apenas estudantes de enfermagem, mas também enfermeiros, até mesmo aqueles com vários anos de experiência profissional, têm dificuldade em distinguir adequadamente anotação e evolução de enfermagem.

A anotação de enfermagem tem por finalidade registrar informações sobre a assistência prestada a fim de comunicá-las aos membros da equipe de saúde e é realizada por todos os membros da equipe de enfermagem. Do ponto de vista legal, somente o que foi registrado pode ser considerado como executado, portanto, no seu conteúdo devem constar todos os cuidados realizados. Pode ser feita de forma gráfica (por exemplo, sinais vitais), sinal gráfico (chegar ou circular) ou descritiva. Deve-se evitar redundância isto é, registrar o mesmo dado na folha de registro de sinais vitais, por exemplo, e em algum outro formulário.

Já a evolução de enfermagem é o registro feito pelo enfermeiro, após avaliar o estado geral do paciente frente aos cuidados prestados e resultados alcançados, após um período preestabelecido. Leva o enfermeiro a manter, modificar ou suspender cuidados prescritos. Geralmente é efetuada a cada 24h, ou quando ocorre modificação no estado do paciente. Pode ser feita a intervalo de tempo menores em locais de assistência no qual o estado de saúde do paciente muda frequentemente, como unidade de terapia intensiva, centro obstétrico e outros, ou a intervalos de tempo maiores (uma semana, um mês ou mais) quando a assistência é realizada em ambulatórios e unidades básicas de saúde. Em unidades de emergência e em outras nas quais a permanência do paciente no local é curta, a evolução pode ser direcionada para os diagnósticos prioritários naquele momento ou para procedimentos realizados. Há ainda a evolução feita no momento de transferência (condições do paciente e no momento da transferência que devem ser validados pelo enfermeiro que recebe o paciente em sua unidade), alta (condições físicas e emocionais, orientações, diagnósticos de enfermagem não resolvidos e encaminhamentos) e óbito (condições que levaram ao óbito, procedimentos executados, encaminhamento e destino do corpo, assistência e orientações prestadas aos familiares).

### 3.5.1 – Diferenças entre evolução e anotação de enfermagem

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

Todos os membros da equipe de enfermagem fazem anotações. O enfermeiro quando executa um procedimento faz a anotação e não a evolução do paciente porque não faz uma avaliação geral, não analisa os dados, apenas os descreve. A anotação deve ser registrada no momento em que ocorreu o fato e é pontual. Anota-se o que foi realizado e/ou observado. Por exemplo: *realizada mudança de decúbito às 14h, com posicionamento em decúbito lateral esquerdo e uso de travesseiro entre as pernas*.

Já na evolução, os dados são analisados, ou seja, o enfermeiro procede à entrevista e ao exame físico com o paciente, considera todas as anotações feitas pela equipe de enfermagem e de saúde desde a última avaliação realizada até aquele momento; fatos relevantes que ocorreram no período; resultados de exames laboratoriais e outros dados, comparando o estado do paciente e dados anteriores com os atuais. É importante salientar que para elaborar a evolução, quanto mais dados estiverem disponíveis, mais acurada será a análise que poderá levar à modificação do planejamento da assistência (prescrição e resultados esperados) e novos diagnósticos podem ser identificados. Portanto, é imprescindível que para a tomada de decisão, haja além da análise do que ocorreu desde a última avaliação, inclusão dos dados atuais, coletados naquele momento. Concluindo, na evolução são utilizados dados analisados, deve ser efetuada pelo enfermeiro, são referentes a um período que inclui o momento atual, consideram-se todas as fases do processo, o contexto, e é executada de forma refletida.

Vale lembrar que, além do conteúdo do registro, seja ele uma anotação ou evolução, problemas apontados pela literatura tais como falta de data, hora e identificação do profissional, bem como erros, uso de terminologia incorreta ou jargões (*encaminhado ao banho, paciente bem, sem queixas*), rasuras, uso de corretor, letra ilegível, uso de abreviaturas e siglas não padronizadas, espaços em branco, falta de sequência lógica, devem ser evitados. Prescrições médicas ou de enfermagem não realizadas devem ser justificadas. O registro deve ser

claro, conciso e objetivo. Caso os eventos registrados tenham ocorrido ao longo do turno, em diferentes horários, as anotações não devem ser efetuadas em um só momento.

Por fim, quando a instituição usa o prontuário eletrônico, deve-se usar a assinatura digital (vide capítulo 7 – Prontuário Eletrônico do Paciente) e quando não disponível, o registro deve ser impresso, datado, identificado com a categoria do profissional e número do COREN e assinado. Caso a instituição adote as classificações NNN, é atividade privativa do enfermeiro avaliar os resultados utilizando os indicadores de resultado da classificação NOC como será descrito no capítulo 4, uma vez que esta análise exige raciocínio e julgamento clínico.

Maiores detalhes sobre Anotações de Enfermagem podem ser encontradas na Decisão COREN-SP - DIR/001/2000 que normatiza, no Estado de São Paulo, os princípios gerais para as ações que constituem a documentação de enfermagem. Disponível em: [www.coren-sp.gov.br/node/30747](http://www.coren-sp.gov.br/node/30747)

### **3.6 – Utilização do processo de enfermagem em São Paulo**

O COREN-SP realizou um estudo com diferentes instituições de saúde do Estado no período compreendido entre setembro de 2012 a outubro de 2013, com o intuito de identificar a existência, adequações ou inadequações da execução do Processo de Enfermagem. Neste estudo foram fiscalizadas 5.721 instituições, sendo 914 hospitais, 3.067 Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família e 1.740 instituições como ambulatórios, laboratórios, clínicas.

Os resultados mostraram que a inexistência do processo de enfermagem foi maior nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família (36,43%), seguida de instituições como ambulatórios, clínicas, laboratórios (29,35%) e hospitais (19,22%).

A inadequação da execução do processo de enfermagem foi considerada como a ausência de uma ou mais etapas do processo ou ausência de um suporte teórico, conforme preconiza a Resolução COFEN 358/2009. Nesse estudo foi observado que a inadequação foi maior em hospitais (56,40%), seguida das Unidades Básicas de Saúde/Programa Saúde da Família (51,36%) e ambulatórios, clínicas, laboratórios (34,24%).

Estes dados merecem reflexão especialmente porque podem apontar a dificuldade do enfermeiro em implantar o processo de enfermagem nos diferentes

cenários da prática assistencial de enfermagem. Essa dificuldade é evidenciada pelas diversas solicitações que chegam ao COREN-SP, como orientações e palestras sobre o assunto, além de questionamentos e dúvidas recebidas por meio das ações de fiscalização, do Fale Conosco, dos atendimentos individuais e telefônicos no setor de fiscalização. As dúvidas e questionamentos mais frequentes são: *qual teoria de enfermagem devo usar? Como vou registrar? Onde vou registrar? Meu contato com a pessoa/paciente é tão rápido e ainda assim preciso registrar algo? Eu não estaria perdendo tempo escrevendo, quando deveria estar cuidando? Por que ou para que eu devo implantar o processo de enfermagem? É possível cuidar de alguém em situação de emergência/estado crítico e ainda realizar o processo de enfermagem? Cuidado de pessoas idosas, cuja situação fisiopatológica é estável (nada muda por meses) e, mesmo assim, tenho que desenvolver o processo de enfermagem com todas as suas fases?*

Essas solicitações e dúvidas evidenciam dificuldades na operacionalização do PE, tais como:

- dificuldade de usá-lo como ferramenta intelectual;
- dificuldade de implantar documentação de enfermagem para registro de ações realizadas com a pessoa-família-comunidade que está sob os cuidados do enfermeiro;
- não há uma interligação entre o ambiente (local onde a prestação de cuidados de enfermagem ocorre), pessoa e saúde (bem estar da pessoa quando os cuidados de enfermagem ocorrem);
- a visão de que o processo de enfermagem só pode ser bem desenvolvido em ambientes hospitalares.

Na literatura há estudos que apontam dificuldades semelhantes. Carvalho; Bachion; Dalri; Jesus (2007), em um artigo de reflexão teórica, analisaram alguns fatores que têm dificultado a utilização do PE, classificando-os em três categorias: inerentes à estrutura do PE; dificuldades relacionadas ao cenário de ensino-aprendizagem, e dificuldades no cenário da prática assistencial.

As dificuldades para utilização do PE devido a fatores inerentes a sua própria estrutura se referem à abrangência da coleta de dados, à amplitude da declaração dos diagnósticos, à determinação explícita das subfases do planejamento (meta e objetivos), falta de instrumentos operacionais para realizar a avaliação dos resultados alcançados após a implementação dos cuidados prescritos, falta

de uniformidade no estabelecimento das suas etapas, múltiplas abordagens teóricas para a coleta de dados, diversidade de taxonomias para a classificação da prática, fenômenos não claramente descritos e/ou falta de consenso se realmente são fenômenos de enfermagem.

Quanto às dificuldades para utilização do PE relacionadas ao cenário de ensino-aprendizagem, essas autoras afirmam que o ensino de graduação e de pós-graduação não favorece a aquisição de habilidades necessárias, há falta de padronização, ocorre geralmente em disciplinas isoladas e não favorecem a relação em tempo real entre a realização do PE e a assistência de enfermagem realizada pelo aluno, porque geralmente os “estudos de caso” são desenvolvidos após o término de contato com o paciente. As estratégias de intervenção não guardam relação com o PE, mas sim, com normas, rotinas, características da especialidade ou procedimentos, sem considerar as necessidades individuais dos pacientes.

Por fim, dentre as dificuldades na utilização do PE no cenário da prática assistencial pode-se citar a crença de que executar o PE afasta o enfermeiro do paciente; a insegurança em realizar as atividades do PE, levando os próprios enfermeiros a desvalorizá-lo; uso de modelos de PE voltados à prescrição médica; número insuficiente de enfermeiros ou falta de tempo para implantá-lo em todos os locais de atendimento, sendo que o modelo de gestão das instituições favorece este quadro com falta de recursos materiais e humanos. Além disso, os enfermeiros não tem experiência na utilização do PE em todas as suas fases e os técnicos e auxiliares desconhecem o que é PE e sua importância, muitas vezes não participando de sua operacionalização, além da falta de consenso entre os enfermeiros de como deve ser esta participação.

Torna-se importante reforçar que a Resolução COFEN 358/2009 estabelece que o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Além do que, as teorias de enfermagem mostram-se viáveis em diversos contextos onde acontece a prática de enfermagem podendo ser aplicadas pelos enfermeiros na construção de instrumentos para sistematizar a assistência tanto em hospitais, clínicas, domicílios, SAMU, ILPI (instituições de longa permanência para idosos), ambulatórios, UBS e empresas.

Pode-se exemplificar a situação de urgência e emergência, onde dados vitais necessitam ser mensurados (coleta de dados e identificação dos problemas) e a recuperação dos mesmos é premente (ações de enfermagem) e que nem sempre todas as etapas, como o diagnóstico de enfermagem, são declarados neste momento. Após a recuperação e manutenção da saúde, mais dados necessitam

ser coletados, novas ações serão implementadas e os diagnósticos de enfermagem devem ser declarados. O conceito deliberado, implícito no PE, diz respeito aos resultados que o enfermeiro quer alcançar naquele exato momento. Provavelmente, os referenciais adotados para coletar dados e implementar ações foram: biomédico, epidemiológico de risco, necessidades humanas básicas de Horta ou autocuidado de Orem.

A situação oposta, cuidado de enfermagem em situações crônicas ou cuidados paliativos, que demandam a longa permanência, nas quais as condições clínicas e psicossociais são relativamente estáveis, o enfermeiro busca diferentes referenciais para o cuidado. Provavelmente, apoia-se nos referenciais de Horta, Orem e de demais teorias como psicologia, antropologia, farmacologia, biologia, medicina e relativas a família. Assim, problemas/diagnósticos de enfermagem identificados podem permanecer por meses, devendo ser declarados, e a periodicidade da avaliação não necessariamente é diária, ou seja, dependerão da característica do problema e sua evolução. Problemas críticos são identificados, tratados e evoluídos diariamente e os problemas crônicos são mantidos em tratamento de enfermagem contínuo sendo evoluídos a períodos maiores. Concluindo, verifica-se que o PE está sendo utilizado, entretanto, nem todas as etapas são executadas diariamente, devendo-se, portanto, respeitar a singularidade do indivíduo.



## Bibliografia consultada

ALBUQUERQUE, C.C.; NÓBREGA, M.M.L.; FONTES, W.D. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe/lactentes, utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE. *Ciência, Cuidado e Saúde*. v.7, n.3, p.392-398, 2008.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAIROL, M.Z. Introdução à epidemiologia moderna. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed/APCE/Abrasco, 1992.

BAGGIO, M.A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A.L. Cuidando de si, do outro e do “nós” na perspectiva da complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.62, n.4, p.627-631, 2009.

BAPTISTA, C.M.C. et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. (Org.) et al. *Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências*. 5.ed. São Paulo: Ícone, 2012. p. 173-190.

BARNUN, B.J.S. *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994.

BARROS, A.L.B.L. *Anamnese & exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BENEDET, A.S.; BUB, M.B.C. *Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica na NANDA*. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BENNER, P. From novice to expert. *American Journal of Nursing*. v.82, n.3, p.402-407, 1982.

BENNER, P.; TANNER, C. *Clinical judgment: how expert nurses use intuition*. *American Journal of Nursing*. v.87, n.1, p.23-31, 1987.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 2.ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em: 8 jan. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15/10/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

CAETANO, J.A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. Revista de Enfermagem UERJ. v.13, n.2, p.210-216, UERJ, 2005.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M.; DALRI, M.C.B.; JESUS, C.A.C. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. Revista de Enfermagem UFPE on line. v.1, n.1, p.95-99, 2007.

CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Modelos, estruturas e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T.R.; PAGLIUCA, L.M.F.(Org.). A Construção do Conhecimento em Enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza: Rene, 1998. p.65-85.

CASTRO, M.E.; LOPES, C.H.A.F. Identificação dos diagnósticos de enfermagem em busca da adaptação do ostomizado pelos modos de Roy. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, v.1, n.2, p.30-35, jul./dez. 2000.

CIANCIARULLO, T.I. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 5.ed. São Paulo : Ícone, 2012.

CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L.; LOPES, M.V. Clareza na utilização dos sistemas sociais da teoria de alcance de metas. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, v.41, n.4, p.698-704, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Anotações de enfermagem. São Paulo, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagemcoren-sp.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2015.

FAWCETT, J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2000.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. v.61, n.6, p.883-887, 2008.

GAIDZINSKI, R.P. et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Reflexões sobre a assistência: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Apresentado na mesa redonda: a sistematização da assistência de enfermagem, o processo e a experiência. Recife/Olinda, 2000.

\_\_\_\_\_. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Apresentado na mesa redonda: a sistematização da assistência de enfermagem, o processo e a experiência. Recife/Olinda, 2000.

\_\_\_\_\_. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v.13, n.1, p.188-193, 2009.

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

GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseada no modelo teórico de Roy. Acta Paulista de Enfermagem. v.18, n.3, p.241-246, 2005.

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

LUNNEY, M. Theoretical explanations for combining NANDA, NIC and NOC. In: DOCHTERMAN, J.M.; JONES, D.A. Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC and NOC. The publishing program of ANA. Washington, DC, 2003.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.9, n.2, p.344-361, 2007.

MATSUDA, L.M. et al. Anotações, registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.8, n.3, p.415-421, 2006.

MCCLOSKEY, C.; BULECHEK, G.M.; TRIPP-REIMAR, T. Response to cody. Nursing Outlook. v.43, n.2, p.93-94, 1995.

MELEIS, M.K. Theoretical nursing: development and progress. 3.ed. Philadelphia, PA: Lippincott Co, 1997.

MIRA, V.L. (Org.) et al. Anotação de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. (Org.) et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 5.ed., São Paulo: Ícone, 2012. p.259-272.

NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M.M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da assistência de enfermagem, SAE: uma revisão teórica. Caderno da Escola de Saúde. Curitiba, PR, v.3, n.1, p.1-4, Unibrasil, 2010.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3.ed. São Paulo: Ícone, 2005. p.41-62.

ROY, S.C.; ANDREWS, H.A. The Roy adaptation model: the definitive statement. Norwalk, CT: Appleton e Lange, 1991.

SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paulista de Enfermagem. v.22, n.3, p.313-317, 2009.

SILVA, M.J.P. Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SOUZA, M.F. Modelos teóricos e teorias de enfermagem: contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem no Brasil. In: GARCIA, T.R.; PAGLIUCA, L.M.F. (Org.). A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. p.51-63.

\_\_\_\_\_. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. v.55, n.6, p.691-696, 2002.

SOUZA, M.F. et al. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: BARROS, A.L.B.L. Anamnese & Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. SAE, Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

THOMAZ, V.A.; GUIDARDELLO, E.B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Nursing. v.54, n.11, p.28-33, 2002.

WALDOW, V.R. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

ZANETTI, M.L.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. O modelo de Horta, a taxonomia de NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.1, n.15, p.76-84, 1994.

## 4 – Classificações de linguagem em enfermagem

Alba Lucia Bottura Leite de Barros

Juliana de Lima Lopes

Rita de Cassia Gengo e Silva

A enfermagem é uma profissão que tem ao longo do tempo buscado sua consolidação enquanto ciência. Para o alcance deste objetivo, os profissionais vêm buscando estratégias que visam alicerçar esta prática e, dentre elas, encontra-se a necessidade de estabelecer uma linguagem comum, que seja utilizada universalmente pelos profissionais e adaptada às mais variadas culturas e contextos.

Desde a década de 1970 tem-se apontado as contribuições que os Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP) podem agregar na construção do conhecimento da disciplina, no raciocínio e na prática clínica de enfermagem. Estes sistemas oferecem uma estrutura para organizar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, sendo considerados instrumentos importantes para lidar com a crescente complexidade da enfermagem no que diz respeito à produção de conhecimento, ao raciocínio clínico e à prática clínica. Desta forma, os SLP, proporcionam mais do que um método claro de documentação, fornecem orientação e apoio para o enfermeiro em seu raciocínio clínico, além de nomear os fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem.

Classificar significa reunir em classes e nos grupos respectivos, segundo um sistema ou método. A utilização de classificação está presente no cotidiano do ser humano; estamos continuamente classificando durante as nossas atividades. Nas ciências e nas profissões, as classificações são aplicadas para separar, codificar e ordenar os fenômenos.

Um sistema de classificação deve apresentar as seguintes propriedades: as características da classificação devem estar claramente definidas e aplicáveis a todos os casos; as classes em que podem se localizar os fenômenos não se sobrepõem, ou seja, um fenômeno só pode ser incluído em determinada classe; o sistema de classificação deve permitir que todos os fenômenos de interesse sejam classificados. Para tanto, a criação de sistemas de classificação nas profissões requer a identificação de seus propósitos e de seus elementos centrais.

As classificações de enfermagem têm a finalidade de se estabelecer uma linguagem comum para os fenômenos da enfermagem. Dentre as vantagens do uso das classificações tem-se a comparação dos dados entre populações, áreas geo-

gráficas e tempos diferentes; o estímulo às pesquisas de enfermagem devido à articulação de dados; a influência da prática clínica e decisões sobre o cuidado de enfermagem; estabelecimento da provisão de recursos humanos e materiais; estabelecimento da expectativa de tempo gasto e custo para a realização de atividades de enfermagem; melhora da documentação, sendo imprescindível para a criação de prontuários eletrônicos.

Com a padronização dos termos de enfermagem, os enfermeiros pensam e falam mais claramente no contexto do trabalho que desenvolvem sobre os fenômenos de interesse para sua disciplina. Além disso, as classificações auxiliam o raciocínio clínico.

No Brasil, destacam-se os trabalhos realizados por Wanda de Aguiar Horta, nas décadas de 1960 e 1970, cujo modelo teórico, apesar de não ser considerado como uma classificação, requereu a categorização dos problemas de enfermagem e das atividades de enfermagem de acordo com o grau de dependência.

Ressalta-se que os elementos centrais de que tratam as classificações de enfermagem estão condizentes com o Processo de Enfermagem (PE) (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem).

## **4.1 – Estrutura das classificações**

Considerando que as classificações da NANDA-Internacional (NANDA-I), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificações de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) são as mais utilizadas em nosso meio, descreveremos a estrutura dessas classificações.

### **4.1.1 – Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**

O desenvolvimento da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I passou por várias etapas. Inicialmente, após a conferência realizada em 1973, os diagnósticos foram organizados em uma lista alfabética. Depois, foram organizados de acordo com nove Padrões de Unidade do Homem (1982). Com o avançar do conhecimento e o aumento do número de diagnósticos, foi aprovada, em 1986, a Taxonomia I da NANDA, cuja estrutura conceitual para organização dos diagnósticos foi definida de acordo com nove Padrões de

Respostas Humanas: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir.

Essa estrutura era organizada segundo níveis de abstração. Os padrões de resposta humana correspondiam ao nível mais alto de abstração. Todos os diagnósticos eram categorizados abaixo desse nível e eram considerados como os níveis mais concretos da classificação.

Após a conferência bienal de 1994, o Comitê de Taxonomia teve certa dificuldade para categorizar novos diagnósticos na estrutura da Taxonomia I e reconheceu que era necessária e viável uma nova estrutura para a classificação. A partir de então, muito empenho foi necessário, até que em 1998, optou-se por utilizar a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon. Algumas modificações foram introduzidas e, segundo a NANDA, a estrutura taxonômica final não é tão parecida com a proposta original de Gordon. Em 2002, foi publicada a Taxonomia II da NANDA-I.

A Taxonomia II está estruturada em três níveis de abstração: domínios, classes e diagnósticos. Atualmente, existem 13 domínios, 47 classes e 221 diagnósticos aceitos. O quadro 4 mostra os domínios e classes da Taxonomia II.



Quadro 4. Domínios e classes da classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-I (2012-2014).

| Domínios | 1 - Promoção da saúde | 2 - Nutrição | 3 - Eliminação e troca  | 4 - Atividade/repouso                  | 5 - Percepção/ cognição | 6 - Autopercepção | 7 - Papéis e relacionamentos | 8 - Sexualidade   | 9 - Enfrentamento            | 10 - Princípios de Vida              | 11 - Segurança e Proteção | 12 - Conforto      | 13 - Crescimento/ Desenvolvimento |
|----------|-----------------------|--------------|-------------------------|--|-------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Classe 1 | Percepção da saúde    | Ingestão     | Função urinária         | Sono/repouso                           | Atenção                 | Autoconceito      | Papéis do cuidador           | Identidade sexual | Respostas pós-trauma         | Valores                              | Infecção                  | Conforto físico    | Crescimento                       |
| Classe 2 | Controle da saúde     | Digestão     | Função gastrointestinal | Atividade/exercício                    | Orientação              | Autoestima        | Relações familiares          | Função sexual     | Respostas de enfrentamento   | Crenças                              | Lesão física              | Conforto ambiental | Desenvolvimento                   |
| Classe 3 |                       | Absorção     | Função integumentar     | Equilíbrio de energia                  | Sensação/percepção      | Imagem corporal   | Desempenho de papéis         | Reprodução        | Estresse neurocomportamental | Coerência entre valores/crenças/atos | Violência                 | Conforto social    |                                   |
| Classe 4 |                       | Metabolismo  | Função respiratória     | Respostas cardiovasculares /pulmonares | Cognição                |                   |                              |                   |                              | Riscos ambientais                    |                           |                    |                                   |
| Classe 5 |                       | Hidratação   |                         | Autocuidado                            | Comunicação             |                   |                              |                   |                              | Processos defensivos                 |                           |                    |                                   |
| Classe 6 |                       |              |                         |  |                         |                   |                              |                   |                              | Termonregulação                      |                           |                    |                                   |

Fonte: NANDA Internacional 2012-2014

A Taxonomia II é multiaxial, sendo um sistema que consiste em eixos, nos quais os componentes são combinados para o desenvolvimento dos diagnósticos. Há sete eixos, conforme descrito a seguir:

- Eixo 1 – foco diagnóstico, ou seja, o termo principal do título do diagnóstico;
- Eixo 2 – sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo ou comunidade);
- Eixo 3 – julgamento (prejudicado, ineficaz);
- Eixo 4 – localização (vesical, auditiva, cerebral);
- Eixo 5 – idade (bebê, criança, adulto);
- Eixo 6 – tempo (crônico, agudo, intermitente);
- Eixo 7 – situação do diagnóstico (risco, real, de promoção da saúde e síndrome).

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem. Em alguns casos, estes eixos estão explícitos nos títulos, como por exemplo, Enfrentamento Comunitário Ineficaz, em que o termo enfrentamento corresponde ao eixo 1 (foco diagnóstico), comunitário ao eixo 2 (sujeito do diagnóstico) e ineficaz ao julgamento do diagnóstico (eixo 3). Entretanto, em alguns diagnósticos o eixo está implícito, como no caso de *Débito cardíaco diminuído*, em que o sujeito do diagnóstico (eixo 2) é sempre o indivíduo que está sendo avaliado.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I podem ser reais, os quais descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade e são compostos por título (nome do diagnóstico), definição do título, características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados (causas); diagnósticos de risco, que são julgamentos clínicos sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que tem elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade e são compostos por título, definição do título e fatores de risco (fatores que podem tornar o diagnóstico real); diagnósticos de promoção da saúde, que são os julgamentos da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição e são compostos por título, definição do título e características definidoras; e os diagnósticos de síndrome são os julgamentos clínicos que descreve um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e são mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares e são compostos por título, definição do título, características definidoras e fatores relacionados.

O quadro 5 mostra exemplos dos tipos de diagnósticos e seus respectivos elementos.

Quadro 5. Tipos de diagnósticos de enfermagem e seus respectivos elementos

| Tipo de Diagnóstico/<br>Elementos  | Real   | De risco   | Promoção da saúde  | Síndrome   |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Título</b>                      | Estilo de vida sedentário  | Risco de perfusão tissular periférica ineficaz   | Disposição para resiliência melhorada  | Síndrome da interpretação ambiental prejudicada  |
| <b>Definição</b>                   | Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.                 | Risco de uma redução na circulação sanguínea periférica, que pode comprometer a saúde.               | Padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que é suficiente para otimizar o potencial humano e pode ser reforçado | Consistente falta de orientação quando a pessoa, lugar, tempo ou circunstâncias por mais de 3 a 6 meses, necessitando de ambiente protetor |
| <b>Características definidoras</b> | Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos; demonstra falta de condicionamento físico etc.         | Não tem  | Acesso a recursos; assume responsabilidades pelos atos etc.  | Desorientação consistente; estados crônicos de confusão etc.   |
| <b>Fatores relacionados</b>        | Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz a saúde; falta de interesse etc. | Não tem  | Não tem  | Demência; depressão etc.   |
| <b>Fatores de risco</b>            | Não tem  | Conhecimento deficiente de fatores agravantes;<br>Conhecimento deficiente do processo da doença etc. | Não tem  | Não tem  |

Fonte: NANDA Internacional 2012-2014

Os diagnósticos de enfermagem são identificados por meio do raciocínio clínico e julgamento dos enfermeiros, utilizando-se o processo diagnóstico. O processo diagnóstico é definido como um modo de determinar um problema de saúde do cliente e de avaliar os fatores etiológicos que os determinam. Este processo segue algumas etapas, quando utilizado o raciocínio indutivo: primeiramente, o enfermeiro deve reconhecer as evidências (pistas) apresentadas pelo paciente e identificadas a partir de informações sobre um problema de saúde ou um processo vital. A partir destas evidências, estas devem ser interpretadas e agrupadas para identificação de hipóteses diagnósticas que conduzirão as intervenções de enfermagem.

Em outras palavras, o processo diagnóstico consiste na coleta de informações, na interpretação destas informações, no seu agrupamento e na denominação deste agrupamento, que é o diagnóstico de enfermagem. Ressalta-se que a interpretação das informações se inicia na coleta de dados na medida em que os dados são confrontados com normas e critérios conhecidos e recuperados da memória, sendo realizadas inferências. O agrupamento, por sua vez, consiste na combinação dos dados encontrados. O caso a seguir exemplifica a aplicação do processo diagnóstico.

*Sr. MF, 55 anos, divorciado, mecânico. Foi admitido no pronto socorro apresentando palpitação e sudorese intensa após ser demitido. Durante a coleta de dados, observou-se que o paciente apresentava ansiedade elevada, tendo a sensação de morte. Ao exame físico, apresentava dispneia com ausculta pulmonar normal, pressão arterial sistêmica de 160x100 mmHg e frequência cardíaca de 115 bpm. Apresenta como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, tabagismo (dois pacotes de cigarros por dia há 35 anos), obesidade e infarto agudo do miocárdio prévio. Ao realizar os exames diagnósticos, observou-se ausência de alterações no eletrocardiograma e dos marcadores de necrose cardíaca (CKMB e troponina).*

1º passo: identificação das evidências (pistas)

- palpitação;
- sudorese intensa;
- ansiedade elevada e sensação de morte;
- dispnéia;
- pressão arterial sistêmica de 160x100 mmHg;
- frequência cardíaca de 115 batimentos por minuto;
- ausência de alterações nos exames diagnósticos;
- antecedentes pessoais: hipertensão arterial, tabagismo (dois pacotes de cigarros por dia), obesidade e infarto agudo do miocárdio prévio.

2º passo: agrupamento das evidências (pistas)

- **Pistas agrupadas 1:** palpitação; sudorese intensa; ansiedade elevada e sensação de morte; dispneia; pressão arterial sistêmica de 160x100 mmHg; frequência cardíaca de 115 batimentos por minuto; ausência de alterações nos exames diagnósticos;
- **Pistas agrupadas 2:** presença de antecedentes pessoais: (hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e infarto agudo do miocárdio prévio).

3º passo: identificação das hipóteses diagnósticas

As Pistas agrupadas 1 podem levar o enfermeiro a pensar em: ansiedade, medo, padrão respiratório ineficaz. Porém, considerando a definição dos diagnósticos e o contexto clínico, o enfermeiro decide que o diagnóstico mais acurado é Ansiedade, caracterizada por palpitação, transpiração aumentada, angustia, dificuldades respiratórias, aumento da pressão arterial e pulso aumentado; relacionada a crise situacional (demissão) e estresse.

As Pistas agrupadas 2 podem levar o enfermeiro a pensar em: manutenção ineficaz da saúde, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, falta de adesão, dentre outros. Novamente, considerando a definição dos diagnósticos e o contexto clínico, o enfermeiro decide que o diagnóstico mais acurado é Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionado a hipertensão, tabagismo, obesidade e história previa de infarto agudo do miocárdio.

A NANDA recebe contribuições de diversos países e desde a versão de 2009-2011 passou a ser denominada de NANDA-Internacional (NANDA-I). Os enfermeiros podem submeter, para NANDA-I, novos diagnósticos de enfermagem que são encontrados na prática clínica, bem como refinar os diagnósticos já existentes na classificação (p.ex. refinar o enunciado e a definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco), para tanto, faz-se necessária a realização de estudos que comprovem estes fenômenos. Dentre os estudos que podem ser realizados para o desenvolvimento e refinamento de novos diagnósticos estão os estudos de análise de conceito, validação de conteúdo e validação clínica. As diretrizes para a submissão de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I estão disponibilizadas no site da NANDA-I ([www.nanda.org](http://www.nanda.org)). Os diagnósticos deverão ser enviados de forma eletrônica, com utilização do formulário que se encontra na página da internet da NANDA-I.

Os materiais apresentados no livro da NANDA-I têm os direitos autorais assegurados e para tanto, as solicitações de permissão de seu uso devem ser enviados para o endereço eletrônico disponibilizado no livro. A permissão de solicitação de seu uso deve ser requerida nas seguintes situações:

1. Tradução do livro;
2. Uso da taxonomia ou parte dela, em livro ou manual de enfermagem que será produzido para venda;
3. Uso da taxonomia em material audiovisual;
4. Criação de *software* ou de prontuário eletrônico que utilizam a taxonomia;
5. Uso da taxonomia em um programa utilizado por escola de enfermagem, pesquisador ou organização de atendimento de saúde.

#### **4.1.2 – Classificação dos resultados de enfermagem - NOC**

A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) foi desenvolvida com o propósito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A classificação dos resultados também é estruturada em três níveis: domínios, classes e resultados. A quarta edição da NOC contém 385 resultados, sete domínios e 31 classes (quadro 7), direcionados para indivíduos, cuidadores familiares, família ou comunidade que podem ser utilizados em diferentes locais e especialidades clínicas.

Quadro 7. Domínios e classes da classificação de resultados de enfermagem NOC (4ª edição).

| Nível 1 domínio | 1- Saúde funcional               | 2- Saúde fisiológica      | 3- Saúde psicossocial     | 4- Conhecimento em saúde e comportamento | 5- Saúde percebida              | 6- Saúde familiar                        | 7- Saúde comunitária               |
|-----------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|---------------------------------|--|------------------------------------|
| Nível 2 classes | A- Manutenção de energia         | E- Cardiopulmonar         | M- Bem-estar psicológico  | Q- Comportamento em saúde                | U- Saúde e qualidade de vida    | W- Desempenho do cuidador Familiar       | b- Bem-estar da comunidade         |
|                 | B- Crescimento e desenvolvimento | F- Eliminação             | N- Adaptação psicossocial | R- Crenças em saúde                      | V- Estado dos sintomas          | Z- Estado de saúde de um membro familiar | c- Proteção da saúde da comunidade |
|                 | C- Mobilidade                    | G- Líquidos e eletrólitos | O- Conhecimento em saúde  | S- Conhecimento em saúde                 | e- Satisfação com a assistência | X- Bem-estar familiar                    |                                    |
|                 | D- Autocuidado                   | H- Resposta imune         | P- Interação social       | T- Controle de riscos e segurança        |                                 | d- Criação de filhos                     |                                    |
|                 |                                  | I- Regulação metabólica   |                           |  |                                 |  |                                    |
|                 |                                  | J- Neurocognição          |                           |  |                                 |  |                                    |
|                 |                                  | K- Digestão e nutrição    |                           |  |                                 |  |                                    |
|                 |                                  | a- Resposta terapêutica   |                           |  |                                 |  |                                    |
|                 |                                  | L- Integridade            |                           |  |                                 |  |                                    |
|                 |                                  | Y- Função sensorial       |                           |  |                                 |  |                                    |

Fonte: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: classificação dos resultados de Enfermagem. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Os resultados auxiliam os enfermeiros e outros prestadores de assistência de saúde a avaliarem e quantificarem o estado do paciente, do cuidador, da família e da comunidade. De acordo com a NOC, o resultado *é um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, que seja medido ao longo de um continuum, em resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem.*

Cada resultado da NOC tem uma lista de indicadores para avaliar a condição do paciente em relação ao resultado e uma escala tipo *Likert* de cinco pontos para mensurar seu estado. O desenvolvimento da taxonomia da NOC utilizou métodos de pesquisa similares aos utilizados para o desenvolvimento da NIC, descritas a seguir.

A NOC pode ser usada também para estabelecer metas a serem alcançadas no cuidado de cada paciente. Nesse caso, antes de escolher as intervenções, os resultados são convertidos em metas por meio da determinação do ponto a ser alcançado na escala de mensuração dos indicadores dos resultados.

No caso descrito anteriormente do Sr. MF, o enfermeiro poderá selecionar o seguinte resultado para avaliar a ansiedade do paciente: *“Nível de ansiedade” e os seguintes indicadores: ansiedade verbalizada, pressão arterial aumentada, frequência cardíaca aumentada, frequência respiratória aumentada e sudorese.* Neste contexto, o enfermeiro deverá quantificar estes indicadores, no momento da sua avaliação, utilizando uma escala de 1 a 5, sendo que quanto menor o número mais grave é este indicador (1= grave; 2=substancial; 3=moderado; 4=leve; 5=nenhum) e a partir destas pontuações, pensar na meta a ser alcançada e, posteriormente, avaliar o paciente diariamente, como demonstrado abaixo.

| Indicador                         | Avaliação do momento da coleta dos dados | Meta a ser alcançada | Dia seguinte após a intervenção   | Segundo dia após a intervenção    |
|-----------------------------------|--|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Ansiedade verbalizada             | 1  | 5                    | Dependerá da evolução do paciente | Dependerá da evolução do paciente |
| Pressão arterial aumentada        | 4  | 5                    |                                   |                                   |
| Frequência cardíaca aumentada     | 4  | 5                    |                                   |                                   |
| Frequência respiratória aumentada | 3  | 5                    |                                   |                                   |
| Sudorese                          | 1  | 5                    |                                   |                                   |



Ressalta-se que assim como nas intervenções, os enfermeiros também deverão selecionar os indicadores dos resultados pertinentes para cada indivíduo, pois nem todos irão refletir a situação clínica da pessoa.

Os resultados de enfermagem podem ser encontrados em ordem alfabética, quando o nome do resultado é conhecido; por meio dos domínios e classes da classificação, quando o objetivo é identificar resultados relacionados em tópicos de áreas particulares; por meio de especialidades, quando se pretende inserir resultados para uma população específica; por meio dos diagnósticos de enfermagem, quando o enfermeiro possui um diagnóstico da NANDA-I e gostaria de ter acesso a uma lista de sugestões de resultados.

Assim como na classificação da NANDA-I, a NOC também permite a inclusão ou revisão de resultados e/ou indicadores. As diretrizes para submissão de um resultado novo ou revisado se encontra no final do livro e deverão ser enviados por e-mail.

A utilização da classificação ou parte dela em qualquer publicação ou folheto impresso requer permissão por escrito, além do que qualquer uso eletrônico da NOC também requer autorização, que deverá ser solicitada por e-mail disponibilizado no livro da NOC.

### **4.1.3 – Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**

A Classificação de Intervenções de Enfermagem é uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros. A intervenção é qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente. A quinta edição da NIC possui 542 intervenções de enfermagem. Cada uma delas possui uma lista de atividades. As intervenções estão organizadas em sete domínios e 30 classes (quadro 6).

Quadro 6. Domínios e classes da classificação de intervenções de enfermagem NIC (5ª edição)

| Nível 1 Domínio | 1 - Fisiológico: básico                  | 2 - Fisiológico: complexo                | 3 - Comportamental                   | 4 - Segurança         | 5 - Família                          | 6 - Sistema de saúde             | 7 - Comunidade                       |
|-----------------|--|--|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Nível 2 classes | A - Controle da atividade e do exercício | G - Controle eletrolítico e ácido-básico | O - Terapia comportamental           | U - Controle na crise | W - Cuidado no nascimento dos filhos | Y - Mediação do sistema de saúde | c - Promoção da saúde da comunidade  |
|                 | B - Controle da eliminação               | H - Controle de medicamentos             | P - Terapia cognitiva                | V - Controle de risco | Z - Cuidados na educação de filhos   | a - Controle do sistema de saúde | d - Controle de riscos da comunidade |
|                 | C - Controle da imobilidade              | I - Controle neurológico                 | Q - Melhora da comunicação           |                       | X - Cuidados ao longo da vida        | b - Controle das informações     |                                      |
|                 | D - Apoio nutricional                    | J - Cuidados peroperatórios              | R - Assistência no enfrentamento     |                       | T - Controle de riscos e segurança   | d - Criação de filhos            |                                      |
|                 | E - Promoção do conforto físico          | K - Controle respiratório                | S - Educação do paciente             |                       |                                      |                                  |                                      |
|                 | F - Facilitação do autocuidado           | L - Controle de pele/feridas             | T - Promoção no conforto psicológico |                       |                                      |                                  |                                      |
|                 |  | M - Termorregulação                      |                                      |                       |                                      |                                  |                                      |
|                 |  | N - Controle da perfusão tissular        |                                      |                       |                                      |                                  |                                      |
|                 |  |  |                                      |                       |                                      |                                  |                                      |
|                 |  |  |                                      |                       |                                      |                                  |                                      |

Fonte: Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. NIC. Classificação das intervenções de enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

As intervenções são constituídas de título (nome da intervenção), definição da intervenção, uma lista de cerca de 10 a 30 atividades que são utilizadas para o desenvolvimento da prescrição de enfermagem (ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção) e as referências bibliográficas. Por exemplo, Consulta, é o título da intervenção e é definida como *uso de conhecimentos especializados para trabalhar com pessoas que buscam ajuda da solução de problemas, de modo a habilitar indivíduos, famílias, grupos ou instituições a atingirem as metas identificadas*. E algumas atividades desta intervenção são: identificar a finalidade da consulta; coletar dados e identificar o problema que é o foco da consulta; identificar e esclarecer as expectativas de todas as partes envolvidas.

As atividades de enfermagem incluem tanto as assistenciais diretas (interação com o paciente) como as indiretas (tratamento realizado distante do paciente) e intervenções iniciadas por enfermeiros (independentes) ou iniciadas por outros profissionais de saúde (colaborativas). Como exemplo de atividades diretas tem-se a realização de curativos e como indireta a realização de limpeza concorrente. Em relação às intervenções iniciadas pelos enfermeiros pode-se exemplificar com a intervenção *Banho*, em que é uma intervenção iniciada pelos enfermeiros e a intervenção, *Administração de medicamentos*, por sua vez, é uma intervenção colaborativa, uma vez que é iniciada por outros profissionais de saúde, ou seja, pela prescrição médica.

Essa taxonomia foi desenvolvida utilizando os métodos de análise de semelhanças, agrupamento hierárquico, julgamento clínico e revisão por especialistas. A estrutura taxonômica da NIC é codificada e validada. As intervenções da NIC podem ser associadas a várias classificações de diagnóstico, dentre elas a classificação da NANDA-I, e também serem utilizadas com qualquer teoria de enfermagem em todos os locais de prática.

As intervenções de enfermagem podem ser encontradas em ordem alfabética, quando o nome da intervenção é conhecido; por meio dos domínios e classes da classificação, quando o objetivo é identificar intervenções relacionadas em tópicos de áreas particulares; por meio de especialidades, quando se pretende inserir intervenções para uma população específica; por meio dos diagnósticos de enfermagem, quando o enfermeiro possui um diagnóstico da NANDA-I e gostaria de ter acesso a uma lista de sugestões de intervenções.

A NIC também possui, no final do livro, o tempo estimado para a realização das intervenções e o profissional necessário (enfermeiro assistencial, enfermeiro especialista e auxiliar/técnico de enfermagem) para sua execução.

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

Diante do caso apresentado anteriormente neste capítulo do Sr. MF, em que foi identificado o diagnóstico de enfermagem *Ansiedade*, o enfermeiro deverá escolher as intervenções pensando no resultado esperado do paciente que é reduzir a ansiedade e, para tanto, deverá propor atividades que excluam ou minimizem o fator relacionado (estresse e crise situacional), com o intuito de amenizar as características definidoras. Neste sentido, uma das intervenções que podem ser selecionadas é: *Redução de ansiedade*, que dentre as suas atividades têm-se:

- Utilizar abordagem clara e tranquilizadora;
- Esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente;
- Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida;
- Escutar o paciente com atenção;
- Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos;
- Administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.

Ressalta-se que o enfermeiro, além de selecionar as intervenções de enfermagem, deve também selecionar as atividades, pois nem sempre todas as atividades de determinada intervenção estarão direcionadas para a situação apresentada pelo paciente.

Dentre as vantagens de seu uso tem-se: melhorar a documentação; auxiliar a demonstrar o impacto que os enfermeiros têm sobre o sistema de assistência de saúde; padronizar e definir a base do conhecimento para a prática de enfermagem; facilitar a seleção de uma intervenção adequada; facilitar e permitir aos pesquisadores examinarem a efetividade e o custo da assistência de enfermagem; auxiliar os educadores a desenvolverem currículos que articulam com a prática clínica; facilitar o desenvolvimento e o uso de sistemas de informação em enfermagem.

Assim como na classificação da NANDA-I, a NIC também permite a inclusão ou revisão de intervenções e/ou atividades. Estas contribuições deverão ser enviadas por meio do formulário de orientações para apresentação de uma intervenção nova ou revisada que se encontra no final do livro. Além deste for-

mulário, para as intervenções novas deverão ser enviados o título, a definição, atividades listadas em ordem lógica e uma lista de fundamentação teórica e, para as intervenções revisadas deverão ser encaminhadas as mudanças propostas e a fundamentação teórica. Estas informações deverão ser encaminhadas por correio, fax ou e-mail disponibilizados no livro da NIC.

A utilização da classificação ou parte dela em qualquer publicação ou folheto impresso requer permissão por escrito, além do que qualquer uso eletrônico da NIC também requer autorização, que deverá ser solicitada por e-mail disponibilizado no livro da NIC.

Ressalta-se que as classificações NANDA, NIC e NOC podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto.

#### **4.1.4 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**

A CIPE® foi apresentada como proposta no 19º Congresso Quadrienal do *International Council of Nurses* (ICN), realizado em 1989, com a justificativa de que a falta de uma linguagem padronizada da prática impedia que a Enfermagem pudesse dispor de dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle do seu próprio trabalho.

A CIPE® é uma terminologia ampla e complexa que representa o domínio da prática da Enfermagem; é uma norma internacional para facilitar a coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem por meio de definições de saúde, idiomas e regiões geográficas distintas. Desde 1990, considerando o ponto de partida da construção desse sistema de classificação, oito versões diferentes foram aprovadas e divulgadas (Alfa, Beta, Beta 2, Versão 1.0, Versão 1.1, Versão 2, Versão 2011 e Versão 2013) como parte de sua evolução.

A partir do lançamento do Modelo de Sete Eixos, na CIPE® Versão 1.0, em 2005, e mantido nas versões subsequentes, o ICN introduziu os conjuntos de conceitos pré-coordenados para organizar os conceitos primitivos relativos a diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (Catálogos ou Subconjuntos da CIPE®), passando a ser considerada além de uma terminologia combinatória, também uma terminologia enumerativa.

Desde 2011, a CIPE® encontra-se inserida no mais novo Programa do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), o *e-Health*, que tem o objetivo de transformar a Enfermagem por meio da aplicação visionária das tecnologias da informação e comunicação. Nessa perspectiva, para tornar mais fácil sua

utilização, está sendo apresentada em alguns formatos: 1) uma classificação de enunciados de enfermagem pré-definidos; 2) um produto de sete eixos para a composição de enunciados de enfermagem e; 3) Catálogos ou subconjuntos terminológicos de termos selecionados para uso em atuações particulares.

Ressalta-se que em 2008, a OMS incluiu a CIPE® à Família de Classificações Internacionais, cujo objetivo é promover a seleção apropriada de classificações da área da saúde em todo o mundo. Tal inclusão torna a Classificação reconhecida como essencial para a documentação do cuidado em saúde.

A CIPE® contém termos distribuídos em seus sete eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro. Estes termos estão disponíveis no site: <http://icnp.stemos.com/index.php/en/2013/>. Sua atual versão - a CIPE® Versão 2013 - lançada em maio de 2013, inclui um total de 3.894 conceitos, dos quais 1.592 são conceitos pré-coordenados, sendo 783 Diagnósticos/Resultados de enfermagem e 809 Intervenções de enfermagem; e 2.302 conceitos primitivos, distribuídos nos eixos do Modelo de Sete Eixos, sendo:

- **Foco:** área de atenção que é relevante para a enfermagem e neste eixo tem-se 1342 termos, por exemplo, *dor, eliminação, comunicação*;
- **Julgamento:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem, composto por 45 termos, por exemplo, *melhorado interrompido*;
- **Meios:** uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção, composto por 325 termos, por exemplo, *bolsa de colostomia, fralda, coletor de urina*;
- **Ação:** um processo intencional aplicado a um cliente, composto por 325 termos, por exemplo, *trocar, promover, tranquilizar*;
- **Tempo:** o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência, composto por 69 termos, por exemplo, *admissão, frequente*;
- **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico, intervenção, composto por 232 termos, como *abdome, escola, posterior*;
- **Cliente:** sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção, composto por 32 termos, como *recém-nascido; cuidador; família*.

Para compor afirmativas/enunciados de diagnósticos, intervenções de enfermagem deve-se utilizar um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento e, ainda, pode-se incluir termos adicionais destes eixos ou de outros eixos. Para compor as intervenções de enfermagem, recomenda-se incluir um termo do eixo ação e se necessário, incluir termos adicionais do eixo ação ou de outros eixos.

Frente ao caso descrito anteriormente do Sr. MF, o enfermeiro pode elaborar o diagnóstico de enfermagem: *Ansiedade*, sendo a *ansiedade* um termo do eixo foco e a intervenção *Controlar a ansiedade*, sendo *ansiedade* um termo do eixo foco e *controlar* do eixo ação.

## **4.2 – Utilização do processo de enfermagem na prática clínica assistencial: síntese**

A utilização do PE na prática clínica assistencial pode ser verificada na presença dos seguintes componentes que necessariamente devem constar do modelo assistencial onde o cuidado de enfermagem é oferecido:

- 1 - Declaração escrita do(s) referencial(is) teórico(s) adotado(s);
- 2 - Impresso do(s) instrumento(os) de coleta de dados;
- 3 - Impresso dos diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência;
- 4 - Declaração das metas para cada diagnóstico no impresso dos diagnósticos de enfermagem;
- 5 - Caso a instituição utilize a classificação de resultados de enfermagem: impresso dos diagnósticos de enfermagem associadas com os resultados e seus indicadores;
- 6 - Ações de enfermagem correspondentes aos diagnósticos de enfermagem (instituir códigos para as mesmas e sua correspondência aos diagnósticos);
- 7 - Caso a instituição utilize a classificação de intervenções de enfermagem, mas não utilize a classificação de resultados: impresso dos diagnósticos, declaração das metas para cada diagnóstico e intervenções e suas ações correspondentes aos diagnósticos (com códigos correspondentes);

8 - Caso a instituição utilize as três classificações: lista com os diagnósticos identificados com maior frequência associados aos resultados e seus indicadores e intervenções e suas ações (com códigos correspondentes).

Pode-se encontrar na literatura inúmeros exemplos de utilização de referenciais teóricos de enfermagem e sua aplicação na prática clínica. Encontram-se ainda artigos de revisões integrativas acerca de diagnósticos mais frequentes nos diferentes cenários do cuidado de enfermagem e, com menos frequência localizam-se artigos sobre intervenções e resultados de enfermagem utilizando classificações de enfermagem.

O serviço pode, por meio de reuniões, definir estes elementos e verificar cotidianamente se os mesmos realmente ocorrem na prática clínica assistencial. O importante será declarar a filosofia assistencial e o referencial que mais se adequa à pessoa (indivíduo, família, comunidade), os diagnósticos e metas a serem alcançadas, ou resultados e indicadores, intervenções e ou ações de enfermagem.

Deve existir coerência entre o referencial adotado e as etapas do PE, ou seja, devem ser visualizados os conceitos do referencial nas etapas do PE (instrumento de coleta de dados, diagnósticos identificados, ações de cuidado e resultado). O resultado deve expressar se as metas ou os indicadores de resultado deram conta dos diagnósticos estabelecidos.

A evolução das metas ou dos indicadores de resultados pode constar nos instrumentos de evolução multiprofissional. Ressalta-se que estes elementos (etapas do PE) devem ser inseridos no prontuário eletrônico caso a instituição faça uso do mesmo.



## Bibliografia consultada

BITTENCOURT, G.K.G.D.; CROSSETTI, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. v.47, n.2, p.341-347, 2013.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J. NIC: classificação das intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. v.66, n.e., p.134-141, 2013.

COENEN, A.; KIM, T.Y. Development of terminology subsets using ICNP. International Journal of Medical Informatics. v.79, n.3, p.530-538, 2010.

CROSSETTI, M.G.O.C. Processo diagnóstico na enfermagem: condições para a tomada de decisão do enfermeiro. Enfermagem Atual. v.8, n.44, p.45-50, 2008.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R.R. et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

Dicionário do Aurelio. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Classificar.html>. Acesso em 24 mai 2014.

FURTADO, L.G.; MEDEIROS, A.C.T.; NÓBREGA, M.M.L. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. In: NÓBREGA, M.M.L. (Org.). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPA utilizando a CIPE. João Pessoa: Idea, 2011.

GARBIN, L.M. et al. Classificação de resultados de enfermagem NOC: identificação da produção científica relacionada. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.30, n.3, p.508-515, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE e a participação do centro cipe brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. Revista Brasileira de Enfermagem. v.66, p.142-150, 2013.

GORDON, M. Nursing diagnosis: process and applications. 3.ed. St. Louis: Mosby, 1994.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. International classification for nursing practice version 2. Geneva, CH: International Council of Nurses, 2009.

LUNNEY, M. et. al. Critical thinking to achieve positive health outcomes: nursing case studies and analyses. 2.ed. [Hoboken, NJ] : Wiley-Blackwell, 2009.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. Classificação das intervenções de enfermagem. 3.ed. Porto Alegre : Artmed, 2004.

MOORHEAD, S. et. al. NOC: classificação dos resultados de enfermagem. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da nanda: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. Diagnósticos de enfermagem da nanda: definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Classificação internacional para a prática de enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 62, n. 5, p.758-761, set/out. 2009.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistema de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEN, 2000.

## 5. Exemplos de aplicação do processo de enfermagem em diferentes contextos da prática assistencial

Cristiane Garcia Sanchez

Neste capítulo, serão apresentados exemplos de aplicação do processo de enfermagem em diferentes contextos da prática assistencial, como na saúde mental, em engenharia de segurança e medicina de trabalho, serviços de urgência e emergência e estratégia da saúde da família e unidade básica de saúde.

### 5.1 – Aplicação do processo de enfermagem em saúde mental (CAPS, hospital dia, clínicas, ambulatórios, enfermarias de hospitais)

Para o desenvolvimento do processo de enfermagem no contexto da prática em saúde mental, o leitor pode utilizar-se de várias teorias de enfermagem, incluindo as de Joyce Travelbee e Hildegard Peplau.

Nesse guia será usada a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King e apresentado um breve resumo do seu conteúdo, para exemplificar a elaboração do processo de enfermagem em saúde mental, começando pela reflexão de um conceito teórico.

Este modelo conceitual parte da suposição de que a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem seus papéis na sociedade. Essa teoria aborda a pessoa holisticamente, e não apenas no atendimento de necessidades durante a doença.

Pressuposto dessa teoria: *o ser humano atua em sistemas sociais através de relacionamentos interpessoais, em termos de suas percepções, as quais influenciam sua vida e sua saúde.*

Imogene King identifica na estrutura conceitual de sua teoria três sistemas em constante interação:

- sistema pessoal, compreendido por um indivíduo em um ambiente; englobam os conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço;

- sistema interpessoal, formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e pequenos e grandes grupos;
- sistema social, reunião de grupos com interesses e necessidades especiais, formando organizações e compondo sociedades (família, por exemplo).

Para construção de um instrumento de consulta de enfermagem, os três sistemas descritos acima devem ser contemplados:

- 1 - Sistema pessoal: podem ser considerados dados demográficos como idade, sexo, estado civil, renda, grau de escolaridade, motivo pela procura do serviço, dados sobre o crescimento e o desenvolvimento, a visão de si, a percepção do estado de saúde atual, entre outras coisas.
- 2 - Sistema interpessoal: coleta de informações sobre o tratamento terapêutico realizado no serviço procurado as atividades que mais gosta de desenvolver; relacionamento com os membros da equipe e demais usuários do serviço; padrões de comunicação e socialização; exame das funções psíquicas.
- 3 - Sistema Social: a interação do usuário com a família e a sua comunidade, dando início à construção do Plano Terapêutico (atividades em grupos, oficinas, visitas domiciliares etc.): com quem reside, como é o relacionamento, se tem amigos, qual atividade desenvolve no dia-a-dia, se participa de alguma atividade religiosa, dentre outras questões.

Essa é a primeira fase do Processo de Enfermagem - o Histórico de Enfermagem - que inclui o exame físico.

Todos os dados coletados darão origem a uma lista de problemas, que servirá como guia para identificar os diagnósticos e para planejar cuidados de enfermagem imediatos ao indivíduo.

Segue-se, então, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem correspondendo ao julgamento clínico do enfermeiro sobre as informações obtidas. Esses diagnósticos devem ser atualizados com novas informações, constantemente, segundo a proposta dessa teórica.

Outro ponto importante dessa teoria é o estabelecimento de lista de metas que são discutidas com a pessoa ou com a família, proporcionando a continuidade do cuidado de enfermagem, representando uma aproximação sistemática para auxiliar o indivíduo a alcançar o seu bem-estar. A partir desse levantamento é desenvolvido um instrumento que identifica metas a curto, médio e longo prazo.

Conforme essa teoria, a avaliação consiste no acompanhamento das respostas da pessoa aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, através de observação direta (exame físico/anamnese), relato do paciente e de anotações realizadas nos prontuários. Nessa avaliação (Evolução de enfermagem), o foco do enfermeiro está nas mudanças comportamentais e do estado de saúde apresentados pela pessoa, resultados de suas intervenções. Esse registro deverá conter toda a problematização e as metas que foram alcançadas, e que serão avaliadas dentro da sistematização proposta por King: sistema pessoal, sistema interpessoal e social, onde o cliente será avaliado para se ter certeza do desempenho do seu papel.

O processo de enfermagem de King compreende, então:

- 1 - Interação inicial: primeiro contato, entrevista e coleta de dados;
- 2 - Lista de problemas e levantamento de diagnósticos de enfermagem com a participação da pessoa (detecção das necessidades de cuidado);
- 3 - Estabelecimento de metas comuns à diáde enfermeiro-pessoa com base nos diagnósticos detectados e em comum acordo das partes;
- 4 - Exploração e viabilização de meios para alcançar as metas traçadas, com a concordância de ambas as partes sobre estes meios.
- 5 - Evolução, que é a avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando fatores dos três sistemas (pessoal, interpessoal e social), ajudando a pessoa a criar capacidade de enfrentar problemas, desenvolvendo-se bem nos papéis cotidianos e em sociedade.

Assim, a operacionalização desse processo ocorre da seguinte forma: atua em um CAPS e que, no acolhimento, recebe uma pessoa trazida por familiar para dar sequência ao tratamento por estar apresentando crise de reagudização clínica, com sintomas de agressividade e agitação, com história pregressa de esquizofrenia.

É nesse momento que o enfermeiro faz a investigação de informações dos três sistemas (pessoal, interpessoal e social). Suponha-se que durante essa interação, o familiar informe que essa pessoa não tem vida social ativa e apresenta dificuldade de relacionamento familiar; contudo é uma pessoa independente em várias necessidades como: comer, beber, vestir-se, movimentar-se.

Ao interagir com o paciente, o enfermeiro percebe tratar-se de uma pessoa calma, triste, que responde pouco; tem pouco conhecimento de sua doença; parou de tomar as medicações porque achou que tinha melhorado e já tinha feito isso outras vezes; que se sente triste por ter apresentado comportamentos que não sabe explicar e por ter que tomar os remédios novamente. Essa fase corresponde ao histórico de enfermagem.

- Elaboração de diagnósticos de enfermagem: é guiado por uma lista de problemas levantados nesse primeiro contato: pouco conhecimento sobre a doença; falta de aderência ao tratamento; dificuldade de relacionamento com a família; sem vida social ativa; tristeza.

Os diagnósticos de enfermagem podem ser elaborados a partir da taxonomia escolhida pelo enfermeiro (NANDA, CIPE, ou outras).

Suponha os seguintes diagnósticos de enfermagem abordados e compartilhados com a pessoa, utilizando a taxonomia NANDA:

1 - Controle ineficaz do regime terapêutico: Característica definidora: escolhas da vida diária ineficaz para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção.

- Estabelecimento de Metas (Plano terapêutico):

1 - Proporcionar à pessoa e sua família conhecimentos relacionados à patologia e ao tratamento.

Atividades que poderiam ser desenvolvidas para atingir essa meta:

- orientar a pessoa e sua família sobre a doença e seu tratamento.
- orientar a pessoa e sua família que a desistência do tratamento acarreta o reaparecimento dos sintomas.

2 - Interação social e familiar prejudicada:

Característica definidora: relato familiar de mudança de estilo ou padrão de interação.

## Estabelecimento de Metas:

- 1 - Diminuir o isolamento e despertar o interesse da pessoa Atividades que poderiam desenvolvidas para atingir essa meta:
  - iniciar conversas breves e frequentes, aumentando o tempo de permanência junto com a pessoa, gradualmente.
  - acompanhar a pessoa nos primeiros contatos com a equipe, diminuindo a ansiedade.

As atividades aqui sugeridas podem ser realizadas durante oficinas, grupos, passeios, atendimentos multidisciplinares, entre outras. Essa fase corresponde à prescrição de enfermagem.

Outros diagnósticos e outras metas podem ser levantados pelo enfermeiro juntamente com a pessoa que necessita de cuidados. Todas as metas, segundo a teoria de Imogene King, precisam ser estabelecidas em comum acordo enfermeiro-pessoa, com prazos definidos e avaliações contínuas referentes ao êxito na obtenção das metas ou a investigação de por que elas não foram alcançadas, o que também implica em avaliação da eficácia da assistência de enfermagem. Todas essas avaliações devem ser registradas no prontuário. Dentro do processo de enfermagem, essa fase corresponde à evolução de enfermagem.

Durante todas as etapas, deve-se solicitar à pessoa cuidada que participe das decisões. O objetivo da enfermagem psiquiátrica não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico.

## **5.2 – Aplicação do processo de enfermagem em serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (SESMT/ ambulatório de saúde ocupacional)**

Para escolher uma teoria de enfermagem que fundamente a sua prática, o enfermeiro precisa conhecer a realidade do serviço em que trabalha, o perfil dos enfermeiros que trabalham nesse lugar e a clientela atendida nesse serviço.

De acordo com a NR 4, da Portaria nº 3.214/78, as empresas devem manter, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em

Medicina do Trabalho, com finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. O enfermeiro deve ser um profissional incluído na equipe multidisciplinar. Esse serviço tem a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Para esse segundo exemplo, a teoria de Betty Neuman, ou modelo de sistemas de Neuman será usado para reflexão. O modelo apresenta uma visão multidimensional de indivíduos, grupos, família e comunidade que se acha em constante interação com estressores ambientais e com fatores de reconstituição ou adaptação.

O modelo teórico apresenta:

- 1 - O cliente (que pode ser pessoa, grupo, família ou coletividade) é afetado por todas as variáveis existentes;
- 2 - O indivíduo é um sistema aberto em constante interação com o ambiente;
- 3 - O sistema cliente é constituído por uma estrutura básica: linhas de resistência, linha de defesa normal e linha de defesa flexível.

Todas as linhas são afetadas por variáveis psicológicas, biológicas, socioculturais e de desenvolvimento.

Os pressupostos da teoria são:

- **Pessoa:** ser único, holístico, composto por diferentes fatores como: fisiológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais. É um sistema aberto em constante interação com o ambiente.
- **Enfermeiro:** preocupação em ver a pessoa com as diferentes variáveis que a afetam, buscando seu nível de estabilidade.
- **Saúde:** estabilidade para manter o equilíbrio contra qualquer estressor (manutenção do bem-estar).
- **Ambiente:** todos os fatores ou influências internas (linhas de defesa) e externas que circundam o cliente e seu sistema.
- **Estressores:** estímulos que produzem tensões e tem o potencial de causar a instabilidade no sistema.



Neuman sistematizou o processo de enfermagem com as seguintes fases:

- **Diagnóstico de enfermagem**, incluindo uma base de dados para identificar as variáveis de saúde e as possíveis intervenções.
- **Metas de enfermagem**: negociação entre cliente e cuidador das estratégias de intervenção.
- **Resultados de enfermagem**: inclui a intervenção, usando os modos de prevenção, confirmando que a mudança desejada ocorreu.

A intervenção é usada como prevenção, sendo descrita como prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária é quando a prevenção ocorre antes da reação ao estressor, incluindo promoção da saúde e manutenção da higiene. A prevenção secundária ocorre após reação do sistema ao estressor e o objetivo da intervenção deve ser o enfoque do fortalecimento das linhas internas de defesa, protegendo a estrutura do sistema, tratando-se os sintomas, adquirindo a estabilidade e conservando a energia. A prevenção terciária ocorre após as reações às intervenções secundárias, com o objetivo de manter o bem-estar e/ou reconstrução do sistema e conservando a energia, podendo reconduzir o processo de intervenção à prevenção primária.

A proposta teórico-metodológica dessa teórica enfoca a reação do cliente ao estresse a que é submetido, bem como os fatores de reconstituição ou de contínua readaptação.

Trazendo esse conceito para uma situação de trabalhadores de uma lavanderia hospitalar expostos a diversos agentes de riscos ocupacionais, para fins de ilustração, será destacado o ruído como um risco físico para exemplificar a aplicação do processo de enfermagem, utilizando o suporte teórico de Betty Neuman.

Suponha-se que o enfermeiro desse ambulatório de saúde ocupacional tenha recebido dois trabalhadores com queixas de fadiga, irritabilidade, ansiedade e zumbidos após um período de trabalho de 12 horas, além do relato de incômodo com a audição ruim.

Ao utilizar o modelo de sistemas de Neuman o enfermeiro deverá adquirir dados significativos de forma a compreender o sistema cliente e determinar o impacto ou os possíveis impactos dos estressores ambientais.

A primeira fase a ser aplicada é a investigação do diagnóstico de enfermagem. Para isso, o enfermeiro coleta informações sobre os estressores: ruído (extrapessoal) - uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), níveis de ruído e dose diária de ruído à qual o trabalhador está exposto, visita ao local de trabalho da pessoa, entre outras; ansiedade, irritabilidade, zumbido, incômodo com a audição ruim (intrapessoais) - início dos sintomas, como eles interferem na vida do trabalhador, o que a pessoa está fazendo para melhorar, entre outros.

De posse das informações dos agentes estressores, o enfermeiro fará o diagnóstico de enfermagem, usando uma taxonomia validada para sua formulação (NANDA, CIPE ou outra). Neste exemplo, usaremos a taxonomia CIPE.

No caso ilustrado, os agentes estressores são: ruídos (estressor extrapessoal), zumbidos, ansiedade e irritabilidade (estressores pessoais).

O diagnóstico de Enfermagem deve tomar atenção às variáveis que afetam o sistema cliente:

- 1 - **Estressor extrapessoal:** ruído (foco no ambiente do cuidado)  
Diagnóstico de enfermagem: Ruído (especificar)
- 2 - **Estressores intrapessoais:** zumbidos, ansiedade e irritabilidade.  
Diagnóstico de enfermagem 1: Ansiedade caracterizada por irritabilidade relacionada ao ambiente.  
Diagnóstico de enfermagem 2: Audição parcial (zumbidos)

Intervenções:

- prevenção primária (reduzir a possibilidade de encontro com o estressor): providenciar dispositivos de proteção para o conforto auditivo, treinar sobre os dispositivos de proteção auditiva; orientar medidas de conservação auditiva.
- prevenção secundária (identificação precoce dos estressores intrapessoais/tratamento de sintomas): solicitar a execução de avaliação de risco à saúde; obter medidas da capacidade auditiva das pessoas; implementar planos de conservação auditiva; solicitar medição do ruído nos locais de trabalho, nos serviços e vizinhança, referir para serviços de acompanhamento auditivo.

Segundo a teoria proposta, o enfermeiro deve aplicar seus conhecimentos para diminuir os riscos e efeitos nocivos dos estressores aos quais uma pessoa é submetida de forma a promover e/ou reabilitar a saúde.

## Evolução de enfermagem

As respostas do trabalhador às intervenções de enfermagem e ao tratamento constituem a evolução de enfermagem. Ela pode ser registrada diariamente, ou periodicamente, em prazos estipulados pelo enfermeiro de acordo com as respostas do trabalhador.

### 5.3 – Aplicação do processo de enfermagem em serviços de urgência e emergência (APH/SAMU, PS, UPA, PA)

O cenário de urgência e emergência é considerado de alta complexidade, por demandar dos profissionais de Enfermagem compreensão do processo de trabalho e largo conhecimento sobre a saúde para intervirem no momento certo e com a conduta adequada.

No Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) há uma necessidade de tomada de decisão rápida durante a luta contra a morte. Os prontos-socorros, por sua vez, são porta de entrada de grande parte dos usuários do sistema de saúde e exigem da equipe um trabalho coeso, pois nesse serviço a atenção dispensada aos usuários depende de ações executadas com eficiência e resolutividade.

Para a assistência de enfermagem prestada nesses locais o enfermeiro pode se utilizar de vários referenciais teóricos para subsidiar suas ações de enfermagem que muitas vezes leva apenas minutos: Wanda Horta, Virgínia Henderson, Peplau, Imogene King, Betty Neuman. Esses referenciais teóricos podem ser utilizados sozinhos ou em conjunto, a depender de como o enfermeiro entende seu papel, seu ambiente de trabalho e o perfil dos usuários atendidos.

O referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta será usado para ilustrar esse exemplo. Esse modelo apresenta os três seres da enfermagem:

1. **Ser enfermeiro:** surge do que é rotineiro, cotidiano, não ficando, no entanto, a ele limitado; significa ser gente que cuida de gente.
2. **Ser paciente:** pode ser o indivíduo, a família ou a comunidade que necessite de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase do ciclo vital ou do ciclo saúde-enfermidade.

3. **Ser enfermagem:** é um ser que tem como objetivo assistir as necessidades humanas básicas desencadeadas no ciclo saúde-enfermidade ou em qualquer outra fase do ciclo vital.

O papel da enfermagem é procurar dominar o desequilíbrio, transformando-o em equilíbrio para que o mesmo não se transforme em doença, de forma a orientar e supervisionar cada indivíduo, procurando promover o cuidado visando *seres humanos* e não apenas pacientes.

Ainda, segundo essa teoria, assistir em enfermagem *é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar; supervisionar, e encaminhar a outros profissionais.*

Devido a isso, Wanda Aguiar Horta relacionou o processo da doença às necessidades humanas básicas de Maslow.

As necessidades são comuns a todos os indivíduos, contudo variam de uma pessoa para outra, através da sua forma de se manifestar. A classificação hierárquica das necessidades é apresentada em cinco níveis, a saber: fisiológicas, segurança, amor e/ou sociais, estima e autorealização.

O processo de enfermagem (PE), segundo Horta, segue os seguintes passos:

- **Histórico de enfermagem:** consistindo no roteiro sistematizado para o levantamento de dados que tornam possível a identificação dos problemas;
- **Diagnóstico de enfermagem:** consistindo na identificação das necessidades do ser humano e a determinação do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão;
- **Plano assistencial:** que consiste na determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido;
- **Plano de cuidados/prescrição de enfermagem:** que consiste na implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado), que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano;

- **Evolução de enfermagem:** que consiste no relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano assistido, avaliando-se a resposta da pessoa à assistência implementada;
- **Prognóstico de enfermagem:** que consiste na estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Considere-se o seguinte caso de atendimento em APH: Queda de moto

Paciente masculino, 23 anos, colidiu com sua moto em uma lixeira. Caiu da moto e bateu o tórax contra uma lixeira de ferro. No momento do atendimento o mesmo já havia se deslocado do local do acidente até o outro lado da rua, estava sentado e sem capacete, lúcido, orientado, comunicativo, com palidez cutânea. Negou dores no pescoço e MMSS. Referiu dor em MID (membro inferior direito), devido às escoriações; não apresentava sinais indicativos de fratura. Apresentou dispneia e dor a palpação no tórax. Realizado verificação de sinais vitais, apresentando PA: 130/70mmhg, FC: 76bpm, FR: 19mrpm, Sat O2: 97%, Glasgow: 15. Conduzido ao hospital de referência.

Os instantes que se sucedem após o agravo são decisivos no prognóstico da vítima. Suponha que a vítima neste caso tenha sofrido uma força contusa contra a caixa torácica decorrente da colisão com a lixeira. Nesta situação pode ter causado uma alteração na anatomia e fisiologia normal dos órgãos que se encontram dentro da caixa torácica. A manutenção da oxigenação pode ser afetada. É necessário o reconhecimento precoce de lesões torácicas, pois caso haja alguma lesão e esta passe despercebida e não seja instituído tratamento adequado com suporte ventilatório poderá resultar em hipóxia, choque e até complicações mais severas como no caso de falência múltipla dos órgãos.

Assim segue-se o Histórico de Enfermagem, que é o levantamento dos problemas do indivíduo, junto com o exame físico, primeira fase deste processo (coleta de dados e exame físico direcionado).

Quando a necessidade se manifesta, o faz por sinais e sintomas denominado de Problemas de Enfermagem (dispneia, palidez cutânea, dor em MID, dor à palpação no tórax).

Identificando as necessidades da vítima e determinando seu grau de dependência de um ou mais cuidados, o enfermeiro inicia o raciocínio clínico para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem. Para elaboração do diagnóstico, o enfermeiro poderá usar a taxonomia que tenha mais domínio.

Por exemplo:

Problema de enfermagem: dispneia

Necessidade Psicobiológica afetada (Horta): oxigenação e respiração

Diagnóstico (NANDA-I): Padrão respiratório ineficaz, caracterizado por dispneia.

O fator relacionado dependerá da avaliação de toda a situação pelo enfermeiro, podendo ser dor, ansiedade, lesão torácica.

Outros diagnósticos poderão ser levantados pelo enfermeiro. Nessa ilustração será apresentado apenas um para reflexão do desenvolvimento das fases do PE.

A partir dos diagnósticos levantados, o enfermeiro cria um Plano Assistencial, ou planejamento dos cuidados/intervenções. A finalidade desse plano é ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar a vítima. Assim é determinado um cuidado personalizado, conforme a necessidade dessa vítima.

Exemplo de intervenção para monitoramento do processo respiratório:

- oxímetro de pulso, e
- instalação de cateter de oxigênio.

A seguir, a Evolução de Enfermagem é elaborada, contendo relato objetivo dos cuidados prestados e como a vítima se comportou até a chegada ao serviço hospitalar de referência. Durante esse trajeto os cuidados serão reavaliados, modificados ou suspensos.

A última fase desse processo é o Prognóstico de Enfermagem, que pode ser classificado como bom ou ruim. Quando classificado como bom, leva a pessoa ao autocuidado, (independência dos cuidados de enfermagem).

## 5.4 – Aplicação do processo de enfermagem em estratégia da saúde da família (ESF/PSF) e unidade básica de saúde (UBS)

Caso 1 - Para esse exemplo será usada a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural e do cuidado de Madeleine M. Leininger.

O pressuposto dessa teoria é que o enfermeiro deve conhecer a cultura dos clientes para prestar um atendimento adequado às suas necessidades. A teoria de Leininger favorece a proposta do cuidado holístico que considera a integralidade dos sujeitos e a multiplicidade de fatores culturais, em oposição ao modelo centrado nos sinais e sintomas das doenças.

A percepção de que o contexto cultural influencia no modo de ser, de agir, nas formas de cuidar é apresentada por Leininger, que preconizou ser o cuidado *culturalmente definido, padronizado e expressado*, acreditando que esta forma de cuidar é mais satisfatória e gratificante, uma vez que é adaptada ao modo de vida da pessoa.

Segundo a proposta de Leininger, as ações e decisões de enfermagem seguirão três formas de atuação (Modelo Sunrise):

1. a preservação do cuidado cultural consiste em assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo a manter hábitos favoráveis à saúde;
2. a acomodação do cuidado cultural revela formas de adaptação ou negociação das práticas de saúde;
3. a repadronização do cuidado cultural auxilia o cliente a alterar seus padrões de vida, buscando formas mais saudáveis de viver.

No modelo Sunrise tem-se a representação das fases do processo de enfermagem, o qual exhibe o histórico - o reconhecimento da situação cultural e as ações de cuidado da enfermagem.

A utilização da teoria de Leininger como referencial teórico na realização de práticas educativas auxilia no estabelecimento de intermediação entre os sistemas profissional e popular de cuidado. Ao conhecer as crenças e valores dos clientes relacionados às práticas de saúde, o enfermeiro pode, junto com eles, preservar, acomodar ou repadronizar essas práticas.

No PSE, a atenção está voltada para a família em seu ambiente físico, social e cultural, o que possibilita às Equipes de Saúde da Família uma visão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Para ilustrar, suponha uma equipe de saúde da família atuando em uma comunidade com um grupo de portadores de AIDS/HIV. Suponha ainda que esse grupo tenha resistência em aderir ao uso do preservativo nas relações sexuais.

Aplicando os pressupostos da teoria, o primeiro passo é identificar os fatores culturais desse grupo que implicam na não adesão ao uso do preservativo.

Para isso, é realizado o histórico de enfermagem, que deverá conter o reconhecimento da situação cultural do grupo a respeito do assunto, suas crenças, valores, atitudes, sentimentos, comportamentos, significado para a vida, compreensão da saúde e da doença, entre outros dados que o enfermeiro julgar importante. Essa coleta de dados pode ser realizada de maneira individual, durante atividades de grupo, entre outras formas.

Considere-se que durante a coleta de dados, surgem relatos de que o preservativo diminui o prazer sexual, crença de que *homem que é homem* não usa camisinha, e outras superstições e crendices, além de baixo conhecimento em relação à doença. Esses são fatores importantes que podem ser percebidos pelo enfermeiro.

Após a obtenção desses dados, segue-se a fase de diagnóstico de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem são levantados a fim de eleger as fragilidades e potencialidades relacionadas a fatores ambientais e culturais, em que o grupo em foco está inserido.

O enfermeiro pode utilizar a taxonomia que julgar mais interessante para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, CIPE/CIPESC e outras).

Exemplo: Controle ineficaz do regime terapêutico caracterizado por escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou de prevenção relacionado a déficit de conhecimento.



Neste contexto os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos para a interpretação e compreensão dos significados culturais, numa interação dinâmica de comunicação e negociação. Essa fase (cuidados de enfermagem/prescrição de enfermagem) deve ser baseada nas ações e decisões propostas por Leininger: preservação, acomodação ou repadronização do cuidado cultural.

Para esse caso, o enfermeiro irá trabalhar suas ações na negociação e repadronização do cuidado cultural auxiliando o grupo em questão a alterar seus padrões de vida, buscando formas mais saudáveis de viver, trabalhando estratégias de conscientização sobre a doença, sobre a sexualidade, informações, entre outras, a fim de promover estilos de vida saudáveis.

A fase de evolução de enfermagem acontecerá durante o acompanhamento do grupo, verificando as mudanças ocorridas após as intervenções.

Caso 2 - Um enfermeiro que atua em uma unidade com a Estratégia da Saúde da Família deve sistematizar a assistência de enfermagem utilizando como marco conceitual uma teoria que conceitue: a pessoa enquanto indivíduo, família e/ou coletividade; o ambiente de modo a englobar o local em que essa pessoa/família/coletividade vive; a saúde de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família e o enfermeiro como um agente de promoção da saúde.

Compreende-se aqui que o indivíduo tem que ser visualizado dentro de um contexto, por exemplo, familiar, e que, por sua vez, está inserido em um contexto maior, a coletividade. O enfoque da Estratégia Saúde da Família é coletivo, sendo necessário planejar intervenções que interfiram no âmbito da coletividade.

Expondo com mais detalhes, considere-se o trabalho do enfermeiro que cuida de pessoas com diabetes. Supondo-se um diabético com níveis elevados de glicemia, obeso e fumante há 20 anos, é razoável afirmar que ele precisa emagrecer com dietas e atividade física, além de parar de fumar. Como adaptá-lo a sua nova realidade? O enfermeiro terá que usar estratégias para sensibilizá-lo através da sua realidade, estabelecendo metas nesta fase de adaptação e realizando educação em saúde.

Para esse cenário, pode-se fazer uso da Teoria da Adaptação de Callista Roy. Essa teoria tem como objetivo promover a adaptação do homem em situações

de saúde e doença. O Processo de Enfermagem está constituído de fases que podem variar de acordo com a teoria de Enfermagem a ser adotada. Callista Roy apresenta uma proposta de processo que inclui as seguintes fases: Avaliação de comportamento, Avaliação de estímulos, Diagnóstico de Enfermagem, Estabelecimento de Metas, Intervenção, e Avaliação. Serão apresentados os elementos e a estrutura dessa teoria sem nenhuma pretensão de esgotar todo o conteúdo dessa teoria:

- Foco: Homem em adaptação
- Pessoa: Pode ser um indivíduo ou uma comunidade. Ser social, mental, espiritual e físico, afetado por estímulos do ambiente interno (do próprio eu do ser) e externo (incentivos ambientais).
- Saúde: Capacidade do indivíduo para adaptar-se a mudanças no ambiente.
- Ambiente: Forças internas e externas em um estado de contínua mudança.

São todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e comportamento de pessoas e grupos.

- Enfermagem: Arte humanitária e ciência em expansão que manipula e modifica os estímulos de modo a promover e facilitar a capacidade adaptativa do homem. É uma meta da enfermagem promover respostas adaptativas, reduzir respostas ineficientes, e levar o indivíduo a uma nova situação.

De acordo com essa teoria, o nível de adaptação do indivíduo é reflexo da variação de estímulos, os quais são:

- estímulo focal: afetam diretamente a pessoa e tem o maior impacto (dor, por exemplo);
- estímulo conceitual: demais estímulos internos e externos que influenciam a situação, por exemplo, idade, peso.
- estímulo residual: demais estímulos que fazem parte da história da pessoa, como álcool, fumo.

O surgimento constante de estímulos leva à necessidade de respostas por parte do indivíduo. Para isto são acionados mecanismos de enfrentamento que

seriam modos inatos ou adquiridos de responder ao ambiente variável. Estes mecanismos de enfrentamento estão subdivididos em dois subsistemas, a saber: o Subsistema Regulador que envolve os sistemas químico, neuronal e endócrino; o Subsistema cognitivo-emocional.

Observe-se que todo o processo de enfermagem desenvolvido a essa pessoa, deverá ser guiado pela premissa da teoria escolhida. Nesse exemplo, a Teoria é a da Adaptação de Callista Roy, e sua aplicação deverá conter: o histórico de enfermagem, compreendendo investigação comportamental através de técnicas habilidosas de entrevista; o diagnóstico de enfermagem elaborado de forma a direcionar a ação do enfermeiro; o estabelecimento de metas e intervenções ligadas a situações comportamentais desejáveis de mudança e adaptação; o registro das metas contemplando a mudança que se espera e o tempo para que elas ocorram; avaliação para verificação da obtenção das metas com o objetivo de reduzir respostas ineficientes e levar a pessoa a uma nova situação.

Para cuidar do indivíduo diabético, obeso e fumante há 20 anos, torna-se indispensável a implementação de um cuidado de enfermagem pautado em ações que favoreçam a adesão ao tratamento, com objetivo de promover a redução da glicemia e das complicações associadas, além redução do peso corporal.

Em suma, nesse caso o enfermeiro deverá elaborar um instrumento para coleta de dados enfocando perfil social, econômico, clínico, epidemiológico, comportamentos e estímulos. Deverá elaborar os diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia escolhida observando de forma criteriosa a acurácia diagnóstica, evitando assim, intervenções desnecessárias. Aqui, cabe ao profissional desenvolver toda a sua habilidade de raciocínio crítico e julgamento clínico para a escolha adequada dos diagnósticos. Em seguida o enfermeiro estabelece metas com prazos, faz a intervenção e, posteriormente, faz a avaliação das metas estabelecidas, observando se houve respostas positivas. Essas fases deverão ser registradas contemplando as intervenções feitas e as mudanças esperadas dentro de um prazo bem definido.

## Bibliografia consultada

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BENEDT, S.A.; BUB, M.B.C. Manual de diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da nanda. Florianópolis: Bernúncia, 1998.

BOEHS, A.E. Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família baseado na teoria transcultural de Leninger e na teoria do desenvolvimento da família. 1990. 186 p. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BORDINHÃO, R.C. Processo de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo à luz da teoria das necessidades humanas básicas. 2010. 148 p. Dissertação (Mestrado na Escola de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CEZAR-VAZ, M.R. et. al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. v.14, n.3, p.391-397, jul./set. 2005.

CHAGAS, D.R. Cuidado participativo a paciente psiquiátrico: uma construção pautada na teoria de Imogene King. 2000. 142 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na área de Assistência em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H.; ROSSO, M. Classificação internacional para a prática de enfermagem, CIPE: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.1, n.12, p.176-194, 2010.

DIÓZ, M.; GUIMARÃES, A.B.O.; OLIVEIRA, A.B.G. Teoria de alcance dos objetivos de Imogene King: análise crítica. *Revista Colombiana de Edición*. v.1, n.1, p.215-225, 1999.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. Classificação das intervenções de enfermagem: NIC. 4.ed. Porto Alegre : Artmed, 2008.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília, SP. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. v.40, n.4, p.533- 539, 2006.

GEORGE, J.B. Imogene M. King. In: \_\_\_\_\_. (Org.). Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998.

GEORGE, J. et. al. Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZAGONEL, I.P.S.; LENARDT, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. Acta Paulista de Enfermagem. v.20, n.3, p.362-367, jul./set. 2007.

HORTA, W. A. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

LORRAINE, W. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca Ltda, 2002.

MATTEI, F.D. et. al. Uma visão da produção científica internacional sobre a classificação internacional para a prática de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.32, n.4, p.823- 831, 2011.

NEUMAN, B. The Betty Neuman health care system model: a total person approach to patient problems. In: RIEHL, J.P.; ROY, C. (Ed.). Conceptual Models for Nursing Practice. 2.ed. New York : Appleton-Century-Crofts, 1980. p.119-134.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; PAGLIUCA, L.M.F. Sunrise Model: análise da perspectiva de Afaf Meleis. Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. v.15, n.1, p.130- 135, jan./mar. 2007.

RESENDE, M.M.C. Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura da teoria de King. 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado na Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

SILVA, C.S. et. al. Níveis de ruído na lavanderia de um hospital público. Revista CEFAC. São Paulo, v.13, n.3, p.472-478, mai./jun. 2011.

SOUSA, M.G.C.; RUSSO, I.C.P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo, v.14, n.2, p.241-246, 2009.

SOUZA, C. Sistematização da assistência de enfermagem em um centro de urgências médicas: percepção dos enfermeiros. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

VARELA, G.C. et. al. Sistematização da assistência de enfermagem na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. v.13, n.4, p.816-824, 2012.

VECCHIETTI, E.C. Um processo participativo de enfermagem comunitária fundamentada em King: experiência em um centro universitário. 1991. 179 p. Dissertação (Mestrado no Centro de Ciência da Saúde) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1991.

VERONESE, A.M.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Risco de vida e natureza do samu: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.33, n.4, 2012.

ZAMBERLAN, N.E. Ruído em unidade de cuidado intermediário neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto, SP. Ciência Cuidado e Saúde. v.7, n.4, p.431-438, 2008.

## 6. Enfermagem baseada em evidências

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Para conceituar Enfermagem Baseada em Evidências, será destacado, como essencial, o significado da aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde.

Reapresenta-se o princípio de que a prática clínica embasa-se em ciência e não em senso comum. É preciso refletir quando alguns profissionais dizem: *aqui fazemos assim, nossa experiência pede que permaneçamos com essas condutas*, dentre tantas outras argumentações.

Enfermagem Baseada em Evidências considera que transpor a prática rotineira, repetitiva, com uso de mecanismos de controle, o uso da supervisão para garantir a ordem e a subordinação do cuidado e do conhecimento é um desafio que, em muitas realidades, está sendo superado. Assim, fica mais efetivo quando o enfermeiro redimensiona suas prioridades, reinveste na avaliação clínica dos pacientes e disponibiliza tempo para a execução das pesquisas.

Considerar a utilização do Processo de Enfermagem enquanto instrumento metodológico tem sido valioso para a implantação de prática clínica que tenha como objeto o paciente, o cuidado, e como base, a ciência.

Há vários termos utilizados, como Saúde Baseada em Evidências, Prática Baseada em Evidências, Medicina Baseada em Evidências e Enfermagem Baseada em Evidências. De forma global, indica-se o termo Saúde Baseada em Evidências, cujos conceitos são:

*o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente.*

*processo integralizador da competência clínica individual, com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes e nos princípios da epidemiologia.*

A Saúde Baseada em Evidências associa métodos de pesquisa clínica, epidemiológica com a prática diária, vinculando três componentes, a serem descritos, como: a melhor evidência, a habilidade clínica e a preferência do paciente.

Melhor evidência: *oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceitas por informações mais seguras, acuradas e eficazes.*

A habilidade clínica é a *capacidade do profissional de utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas, e,*

As preferências do paciente *sugerem que seus valores, expectativas e preocupações sejam considerados no cuidado e cabe ao profissional integrá-los às decisões clínicas.*

Como ocorreu o movimento que chegou à Prática Baseada em Evidências?

Ao considerar a ciência, pontuam-se alguns fatos históricos, como a descoberta da importância do uso de frutas cítricas na prevenção do escorbuto por James Lind, em 1754, a quem se atribui a realização do primeiro ensaio clínico. Também os postulados de Koch, com uma lista de evidências, permitiram que o investigador chegasse à conclusão de que determinada doença é causada por uma bactéria.

Um dos criadores do movimento para a PBE foi o professor Archie Cochrane, pesquisador britânico que em 1972 publicou o livro *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services.*

Pelo que significou o seu trabalho, foram criados centros de pesquisa de Medicina Baseada em Evidências, os chamados Cochrane Centres e a organização internacional chamada Cochrane Collaboration, fundada em 1993, em Oxford (Inglaterra).

O Centro Cochrane brasileiro fica na cidade de São Paulo e é apoiado pelo Grupo Internacional de Epidemiologia Clínica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A PBE foi idealizada no campo da Medicina como um novo paradigma, sendo desenvolvido por estudiosos da Universidade MacMaster, no Canadá, na década de 80 com a proposição de um processo sequencial, constituídos pelas etapas:



- 1<sup>a</sup> - **levantamento do problema e formulação da questão:** a pergunta é o início do pensamento reflexivo e científico. A necessidade de cuidado observada no paciente, num grupo de pacientes ou mesmo na organização do serviço, deve ser transformada numa pergunta de pesquisa estruturada. Exemplo de pergunta: Qual é o melhor intervalo de troca do cateter vesical para evitar infecção urinária em pacientes adultos hospitalizados submetidos a cateterização por mais de 30 dias?
- 2<sup>a</sup> - **pesquisa da literatura correspondente:** a busca bibliográfica deve retratar a melhor evidência disponível relacionada à pergunta. Esta busca deverá ser feita em bases de dados nacionais e internacionais, materiais publicados e não publicados também.
- 3<sup>a</sup> - **avaliação e interpretação dos trabalhos encontrados mediante critérios bem definidos:** análise crítica sobre a validade e a confiabilidade metodológica das evidências e aplicabilidade clínica das pesquisas encontradas que serão utilizadas.
- 4<sup>a</sup> - **utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e/ou de elaboração científica:** aplicação dos achados na prática clínica conforme possibilidades profissionais, institucionais e preferências da pessoa.
- 5<sup>a</sup> - **avaliação dos resultados.**

A Enfermagem Baseada em Evidências veio do movimento da Medicina, enfoca a prática profissional pautada em estudos relevantes que apoiam sua atividade clínica, bem como, em processo sistemático de busca, valorização e aplicação das investigações mais atuais para a tomada de decisão.

Quanto aos tipos de estudos científicos, citam-se:

**Estudos com abordagem qualitativa**

**Estudos com abordagem quantitativa**

## **Estudos Primários**

A) Observacionais (não experimentais):

## **Descritivos:**

- Ecológicos
- Estudos ou séries de casos Transversais (estudos de prevalência)
- Prospectivos (estudos de incidência)

## **Analíticos:**

- Transversais
- Longitudinais prospectivos (estudos de coorte prospectivo)
- Longitudinais retrospectivos (estudos de coorte retrospectivo, estudos de caso-controle)

### B) Experimentais:

- Estudos com alocação aleatória (ensaios clínicos randomizados)
- Estudos sem alocação aleatória (ensaios clínicos não-randomizados)

## **Estudos Secundários**

### A) Revisão sistemática/metanálise e estudos com análise econômica:

- custo-minimização
- custo-efetividade
- custo-benefício
- custo-utilidade

## **6.1 – Evidência clínica e epidemiológica**

É o conjunto de elementos utilizados para suportar a confirmação ou a negação de uma determinada teoria ou hipótese científica. Para que haja uma evidência científica, é necessário que exista uma pesquisa realizada dentro de preceitos científicos, e essa pesquisa deve ser passível de repetição por outros cientistas, em locais diferentes daquele onde foi realizada originalmente. Assim, se tem por objetivo desenvolver e aplicar métodos de observação clínica que levem as conclusões válidas, evitando ser enganado por erro sistemático e aleatório.

Sintetiza-se que evidência é *algo* que fornece provas e pode ser categorizada em níveis. Perante a força da evidência, o Quadro 3 ilustra e classifica:

Boa, segundo os desenhos científicos, 1-Metanálise, 2-Ensaio Clínico Controlado e Randomizado; será regular segundo desenhos de 3-Estudos de Coorte, 4-Estudo Caso-Controlado, 5-Estudo Clínico não Randomizado e será ruim, segundo desenhos 6-Séries de Casos, 7- Estudos Descritivos e Transversais, 8- Conferências, 9- Comitês de Especialistas e 10- Casos Isolados.

Neste capítulo não será enfatizada a apresentação de material metodológico detalhado que permita ao leitor construir revisões sistemáticas. Certamente, há pesquisadores com esse conhecimento, o que se entende como algo bem desejável, mas estimula-se neste momento a busca de revisões disponíveis sobre várias temáticas na área da saúde.

Para tanto, apresenta-se um link referente ao artigo científico de autoria de Galvão; Sawada; Mendes (2004), que remeterá o leitor a um Quadro ilustrativo na página 48, para acessos disponíveis na internet. Estes acessos poderão servir de relevante fonte de busca a prática profissional.

*LINK: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>*

Dentre todos os acessos, destaca-se o Portal da Saúde Baseada em Evidências (Link abaixo), que foi criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC). Este acesso disponibiliza aos trabalhadores da saúde um meio para o aprimoramento de conteúdos científicos que possam fundamentar as ações da prática profissional para melhor atender à população.

*LINK: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>*

O Ministério da Saúde cita como público-alvo os profissionais das áreas de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Os conteúdos estão disponíveis para os profissionais de saúde vinculados ao respectivo Conselho Profissional. O acesso ocorre de forma fácil e rápida, utilizando o número do COREN, no caso do enfermeiro.

A atuação clínica e a organização dos serviços pautada no uso de uma prática baseada em evidências já acontece em algumas realidades, e espera-se que para a segurança do paciente, para o desenvolvimento da profissão e portanto do profissional, seja estendida na Enfermagem.

## Bibliografia consultada

ATALLAH, A.N.; CASTRO, A.A. Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo: Centro Cochrane do Brasil, 1998.

CALIRI, M.H.L.; MARZIALE, M.H.P. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis on-line. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.8, n.4, p.103- 104, 2000.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.13, n.3, p.415-422, maio/jun. 2005.

DOMENICO, E.B.L.D. Enfermagem baseada em evidências: reconstrução da prática clínica. In: Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

DOMENICO, E.B.L.D.; IDE, C.A.C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.11, n.1, p.115-118, jan./fev. 2003.

FLETCHER, R.H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.

FRIEDLAND, D.J. et al. Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. v.37, n.4, p.43-50, 2003.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.10, n.5, p.690-695, 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.12, n.3, p.549-556, 2004.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. Cogitare Enfermagem. v.14, n.4, p.760-763, out./dez. 2009.

## 7. Prontuário eletrônico do paciente

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é a principal ferramenta de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) utilizada ou a ser utilizada pelos profissionais de saúde, em suas atividades cotidianas, para registro dos dados objetivos e subjetivos do paciente, solicitação de exames e prescrição de tratamento e cuidados. Outro conceito a ser considerado é o Registro Eletrônico de Saúde, (RES) que permite o armazenamento, bem como o compartilhamento seguro das informações do paciente.

### 7.1 – Documentação e registros

Desde 2002, por meio de um convênio de cooperação técnico-científica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) têm estabelecido normas, padrões e regulamentos para o PEP/RES no Brasil. A partir desta iniciativa, criou-se um processo de Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde, estabelecendo-se os requisitos obrigatórios e, atendendo à legislação federal relativa à documentação eletrônica, o que reforçou a obrigatoriedade do uso de certificação digital (assinatura digital) para a validade ética e jurídica de um PEP/RES. Esses sistemas devem possuir mecanismos de segurança capazes de garantir autenticidade, confidencialidade e integridade das informações de saúde e a certificação digital é a tecnologia que melhor provê estes mecanismos.

Destaca-se, ainda, a publicação da Resolução CFM Nº 1821/2007, que *aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.*

A Resolução COFEN Nº 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, já prevê a construção e implantação do prontuário eletrônico do paciente nos serviços de saúde. Portanto, a Resolução se aplica tanto para o registro tradicional em papel quanto para o eletrônico.

Quanto ao processo de cuidar, no Artigo 2º afirma que deve ser registrado no prontuário do paciente:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (Resolução COFEN N° 429/2012).

No que se aplica ao gerenciamento dos processos de trabalho, o Artigo 3º da Resolução COFEN N° 429/2012 afirma que devem ser registradas, *em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais*. Embora não claramente especificado, pode-se inferir que essas informações também poderiam ser registradas eletronicamente por interferir direta ou indiretamente no processo de cuidar.

Em relação especificamente ao registro eletrônico, no Artigo 4º desta mesma Resolução consta que:

caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.

Acrescenta, ainda, no Parágrafo 2º, que *a cópia impressa dos documentos a que se refere o caput deste artigo deve, obrigatoriamente, conter identificação profissional e a assinatura do responsável pela anotação*.

Os sistemas informatizados têm a capacidade de melhorar a segurança do paciente, pela possibilidade de incorporação de guias de condutas que direcionem e padronizem intervenções de enfermagem fundamentadas em evidências científicas e nos diagnósticos ou problemas identificados pelos enfermeiros, podendo ser incorporados sistemas de alerta que previnam erros e auxiliem o profissional na tomada de decisão. Outras vantagens da documentação informatizada é que permite reduzir o tempo gasto na elaboração do registro, uma vez que a realização manual da sistematização requer maior tempo da enfermeira, além de reduzir o erro do preenchimento dos impressos utilizados.

Nesta perspectiva, os registros eletrônicos devem ser estruturados a partir de um resumo mínimo de dados e/ou alicerçados em terminologias/sistemas de classificação ou de linguagem padronizada. Observa-se que, ao adotar tal estruturação, os registros eletrônicos podem promover a continuidade do cuidado de enfermagem, uma vez que os dados estão disponíveis em tempo real.

## 7.2 – Avaliação qualitativa da documentação de enfermagem

Müller-Staub; Lunney; Lavin; Needham; Odenbreit; van Achterberg (2009) desenvolveram um instrumento de auditoria chamado *Quality of documentation of nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes* (Q-DIO). Posteriormente, foram avaliadas suas propriedades psicométricas e, no grupo estudado, o instrumento mostrou ser confiável. Esse instrumento foi adaptado culturalmente para o português do Brasil por Linch; Müller-Staub; Moraes; Azzolin; Rabelo (2012). O propósito das autoras foi criar um instrumento capaz de medir a qualidade e a conexão coerente entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem registrados na documentação de enfermagem.

O Q-DIO é composto por 29 itens distribuídos em quatro subescalas: Diagnósticos de Enfermagem como Processo, (11 itens); Diagnósticos de Enfermagem como Produto (oito itens); Intervenções de Enfermagem (três itens); Resultados de Enfermagem (sete itens) e os escores são calculados a partir de escala tipo Likert. No instrumento original, os escores são graduados de forma diferente com três (0 a 2) ou cinco pontos (0 a 4), de acordo com a subescala, mas no instrumento traduzido, todas as subescalas têm três pontos, sendo: 0 = *não documentado*”; 1 = *parcialmente documentado*, e 2 = *totalmente documentado*. As novas definições conceituais, bem como o novo sistema de escores do instrumento adaptado, foram aprovados pela autora principal do instrumento original.

Esse instrumento permite avaliar a qualidade dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados documentados, com e sem uso de base teórica ou linguagens de enfermagem padronizadas. No entanto, os resultados do estudo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento implicitamente dão suporte ao uso de classificações de enfermagem, como NANDA - Internacional, Classificação das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classification* (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Frente a isso, pelas avaliações positivas do instrumento, até o momento, e sua disponibilidade na língua portuguesa do Brasil, recomenda-se fortemente iniciar experimentalmente o seu uso para avaliar a qualidade da documentação em enfermagem no que se refere ao registro e coerência entre os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. Estas avaliações devem ter um caráter eminentemente educativo, visando melhorar a assistência de enfermagem. Com o uso mais amplo deste instrumento, poderia ser avaliado se realmente é útil ou não e se são necessários ajustes para melhor adaptá-lo à nossa realidade.

### 7.3 – Pontos importantes

- O PEP é uma realidade cada vez mais presente nas instituições hospitalares e outras unidades de cuidado e já existe legislação específica para isso.
- Os registros eletrônicos de enfermagem devem conter ou assinatura digital, ou serem impressos para registro da identificação profissional e assinatura pelo profissional de enfermagem.
- Quando se usa o PEP, todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE) devem estar contempladas no registro eletrônico, a saber, a coleta de dados, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados alcançados. No entanto, em algumas instituições, nas quais o PEP não está plenamente implantado, apenas algumas etapas são registradas de forma eletrônica, neste caso, é preciso que as demais etapas sejam registradas em papel.
- Deve existir uma coerência entre cada uma das etapas do PE.
- Os dados coletados devem apresentar as *pistas*, isto é, as características definidoras de diagnósticos de enfermagem, bem como os fatores relacionados, quando conhecidos.
- As metas ou resultados esperados devem estar relacionados aos diagnósticos identificados, devendo ser realísticas e centradas na pessoa, família grupo ou comunidade.
- As intervenções de enfermagem, por sua vez, devem estimular a motivação e desejo da pessoa, prevenir problemas ou recuperar a saúde. Baseiam-se nos diagnósticos e nas metas estabelecidas.
- Os resultados de enfermagem devem indicar se as metas foram ou não alcançadas, isto é, se houve piora, manutenção, melhora ou resolução do diagnóstico de enfermagem.



- A capacitação para o uso do PE deve envolver toda a equipe de enfermagem e não apenas o enfermeiro, por ser responsabilidade de todos sua operacionalização.
- As condições do ambiente, os objetivos da assistência na unidade de cuidado, bem como os recursos humanos e materiais disponíveis devem ser considerados tanto na operacionalização do Processo de Enfermagem quanto na sua avaliação. Por exemplo, em uma unidade de Alojamento Conjunto, o enfermeiro deve estar capacitado para atender às necessidades do binômio de amamentação, autocuidado e cuidado com o bebê, mas pode não identificar ou estar preparado para indicar metas e intervenções para problemas como baixa autoestima ou baixa autoconfiança pelo pouco tempo de contato com a mulher, cerca de dois a três dias, e pelo objetivo de assistência neste local que é de ensinar a mulher a cuidar de si e do seu filho e de estabelecer a amamentação, facilitando também a formação do vínculo mãe e filho.

## Bibliografia consultada

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.821, de 11 julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2007. Seção 1, n.225, p.252.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 out. 2009. Seção 1, n.203, p.179.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 8 jun. 2012. Seção 1, n.110, p.288.

CARVALHO, E.C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco on line. v.1, n.1, p.95-99, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Cartilha sobre prontuário eletrônico: a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde. Brasília, fev. 2012. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha\\_SBIS\\_CFM\\_Prontuario\\_Eletronico\\_fev\\_2012.pdf](http://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf)>. Acesso em: 7 jan.2015.

LINCH, G.F.C. et al. Cross-cultural adaptation of the quality of diagnoses, interventions and outcomes, Q-DIO, instrument into Brazilian Portuguese. International Journal of Nursing Knowledge. v. 23, n.3, p.153-158, 2012.

MACHADO, A.F.; KUSAHARA, D.M. A documentação da assistência de enfermagem e a segurança do paciente. In: HARADA, M.J.C.S. et al. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MÜLLER-STAU, M. et al. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*. v.18, p.1027-1037, 2009.

\_\_\_\_\_. Psychometric properties of Q-DIO, an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes. *Pflege Zeitschrift*. v.23, n.2, p.119-128, 2010.

SOUSA, P.A.F.; SASSO, G.T.M.D.; BARRA, D.C.C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*. v.21, n.4, p.971-979, 2012.

## COREN-SP Endereços

[www.coren-sp.gov.br/contatos-sede-subsecoes](http://www.coren-sp.gov.br/contatos-sede-subsecoes)

### São Paulo - Sede

Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista – CEP 01331-000

Telefone: (11) 3225.6300 – Fax: (11) 3225.6380

- **Araçatuba** – Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380  
Telefones: (18) 3624.8783/3622.1636 – Fax: (18) 3441.1011
- **Botucatu** – Praça Dona Isabel Arruda, 157 – Sala 81 – Centro – CEP 18602-111  
Telefones: (14) 3814.1049/3813.6755
- **Campinas** – Rua Saldanha Marinho, 1046 – Botafogo – CEP 13013-081  
Telefones: (19) 3237.0208/3234.1861 – Fax: (19) 3236.1609
- **Guarulhos** – Rua Morvam Figueiredo, 65 – Conjuntos 62 e 64 – Edifício Saint Peter, Centro – CEP 07090-010  
Telefones: (11) 2408.7683/2087.1622
- **Itapetininga** – Rua Cesário Mota, 418 – Centro – CEP 18200-080  
Telefones: (15) 3271.9966/3275.3397
- **Marília** – Av. Rio Branco, 262 – Centro – CEP 17500-090  
Telefones: (14) 3433.5902/3413.1073 – Fax: (14) 3433.1242
- **Presidente Prudente** – Av. Washington Luiz, 300 – Centro – CEP 19010-090  
Telefones: (18) 3221.6927/3222.7756 – Fax: (18) 3222.3108
- **Registro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):  
apenas registro e atualização de dados de profissionais.  
Av. Prefeito Jonas Banks Leite, 456 – salas 202 e 203 – Centro – CEP 11900-000  
Telefone: (13) 3821.2490
- **Ribeirão Preto** – Av. Presidente Vargas, 2001 – Conjunto 194 – Jardim América  
CEP 14020-260  
Telefones: (16) 3911.2818/3911.2808
- **Santo Amaro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):  
apenas registro e atualização de dados de profissionais.  
Rua Amador Bueno, 328 – sala 1 – térreo – Santo Amaro – São Paulo - SP  
CEP 04752-005  
Telefone: (11) 5523.2631

- **Santo André** – Rua Dona Elisa Fláquer, 70 – conjuntos 31, 36 e 38 – 3º andar  
Centro – CEP 09020-160  
Telefones: (11) 4437.4324 (atendimento)/4437.4325 (fiscalização)
- **Santos** – Av. Dr. Epitácio Pessoa, 214 – Embaré – CEP 11045-300  
Telefones/Fax: (13) 3289.3700/3289.4351 ou 3288.1946
- **São José do Rio Preto** – Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora  
CEP 15015-000  
Telefones: (17) 3222.3171/3222.5232 – Fax: (17) 3212.9447
- **São José dos Campos** – Av. Dr. Nelson D’avila, 389 – Sala 141A – Centro  
CEP 12245-030  
Telefones: (12) 3922.8419/3921.8871 – Fax: (12) 3923.8417
- **São Paulo - COREN-SP Educação** (apenas cursos e aperfeiçoamento)  
Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque (Metrô Santa Cecília)  
CEP 01238-010  
Telefone: (11) 3223.7261 – Fax: (11) 3223.7261 – ramal: 203

### **Facebook**

<https://www.facebook.com/corensaopaulo>

### **Twitter**

<https://twitter.com/corensaopaulo>

### **Google+**

<https://google.com/+corensp>

### **LinkedIn**

[www.linkedin.com/in/corensaopaulo](http://www.linkedin.com/in/corensaopaulo)

### **YouTube**

<https://www.youtube.com/tvcorensp>

### **Fale Conosco**

[www.coren-sp.gov.br/fale-conosco](http://www.coren-sp.gov.br/fale-conosco)

### **Ouvidoria**

[www.coren-sp.gov.br/ouvidoria](http://www.coren-sp.gov.br/ouvidoria)  
0800-77-26736

## Processo de Enfermagem: Guia para a Prática

Este guia busca orientar os profissionais de Enfermagem do Estado de São Paulo em relação a alguns dos aspectos científicos do exercício profissional.

Elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Sistematização da Assistência em Enfermagem - SAE da gestão 2015-2017 do Coren-SP, esta publicação será uma referência clara e de fácil consulta sobre o Processo de Enfermagem.

A publicação procura estimular a aplicação correta da Sistematização da Assistência em Enfermagem de forma a prevenir riscos e danos à sociedade, além de promover a valorização do profissional por meio da melhoria da qualidade da assistência prestada.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo  
[www.coren-sp.gov.br](http://www.coren-sp.gov.br)