



I SIMPÓSIO BRASILENSE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – I SIMBRASAE

**SAE: INSTRUMENTO DE
INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE**





TELMA RIBEIRO GARCIA
Universidade Federal da Paraíba
Diretoria da ABEn Nacional
Diretoria do Centro CIPE® PPGEnf - UFPB



1.
EVOLUÇÃO HISTÓRICA
DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM

DENOMINAÇÕES

- ✓ CONSULTA DE ENFERMAGEM
- ✓ METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
- ✓ METODOLOGIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
- ✓ PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
- ✓ SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



SISTEMATIZAÇÃO

- ✓ Ato ou efeito de **SISTEMATIZAR**

SISTEMATIZAR

- ✓ Tornar **sistemático** = ordenado, metódico; coerente com determinada linha de pensamento e/ou de ação

PROCESSO


- ✓ É a realização de um conjunto de ações, desde a concepção até sua concretização, por meio de um determinado **MODO DE FAZER**
- ✓ Implica a adoção de um **MÉTODO** de ação

MÉTODO

- ✓ Conjunto de operações que se devem realizar, em vista de um resultado determinado
- ✓ É o **MODO DE FAZER**, regulado por uma concepção do fenômeno, sua origem e potencialidade de transformar-se ou de ser transformado – **MODO DE PENSAR**

RETORNANDO ÀS DENOMINAÇÕES...

- ✓ CONSULTA DE ENFERMAGEM
- ✓ METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
- ✓ METODOLOGIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
- ✓ PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DE ENFERMAGEM
- ✓ PROCESSO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
- ✓ SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ORGANIZA O TRABALHO PROFISSIONAL QUANTO AO MÉTODO, PESSOAL E INSTRUMENTOS, TORNANDO POSSÍVEL A OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



NO ÂMBITO DESSE **PROCESSO**, QUAIS SÃO OS **FENÔMENOS** DE INTERESSE PARTICULAR PARA A ENFERMAGEM?



AS **NECESSIDADES** DA PESSOA, FAMÍLIA OU COLETIVIDADE HUMANA, EM UM DADO MOMENTO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, QUE DEMANDAM O CUIDADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM



PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONJUNTO DE AÇÕES QUE EXECUTAMOS, TENDO EM VISTA NECESSIDADES DA PESSOA, FAMÍLIA OU COLETIVIDADE HUMANA, EM UM DADO MOMENTO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, QUE DEMANDAM O CUIDADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM E DE SUA APLICAÇÃO À PRÁTICA PROFISSIONAL

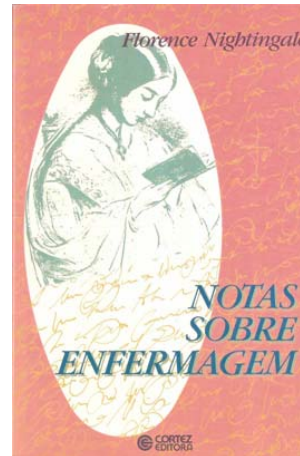


FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910)

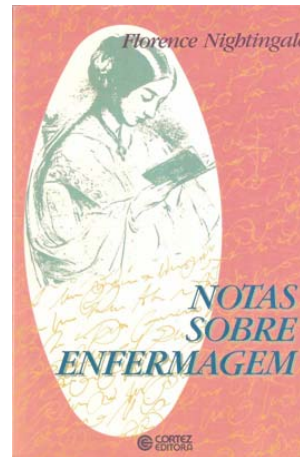


- ✓ Enfatizava a necessidade de **OBSERVAR** e de **FAZER JULGAMENTOS** sobre as observações
- ✓ Ao focar as **MEDIDAS DE ALÍVIO** e de **MANUTENÇÃO DA HIGIENE**, diferencia as ações da enfermeira das do médico





NOTAS SOBRE ENFERMAGEM – Reúne os conhecimentos adquiridos no trato com doentes, enfermeiras e hospitais em um certo número de **PRINCÍPIOS**, que deveriam servir de **FUNDAMENTO** para as mulheres que tivessem a seu cargo pessoal a saúde de outras pessoas



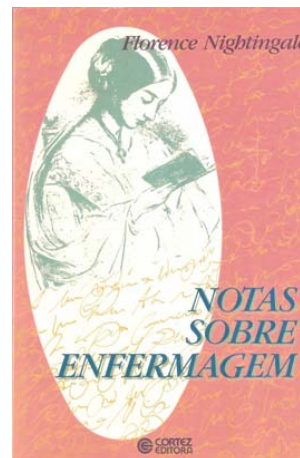
OS PRINCÍPIOS SE RELACIONAM AOS FENÔMENOS DE:

- ✓ ventilação (ou ar fresco)
- ✓ iluminação
- ✓ aquecimento
- ✓ quietude (ou silêncio)
- ✓ limpeza
- ✓ pontualidade e cuidado na administração da alimentação

A FALTA DE CONHECIMENTO OU DE ATENÇÃO A ESSES FENÔMENOS RETARDARIA “O PROCESSO RESTAURADOR QUE A NATUREZA INSTITUIU E A QUE NÓS CHAMAMOS DOENÇA”



ATUANDO SOBRE ELES, ESTAR-SE-Á FAVORECENDO A AÇÃO DOS PROCESSOS RESTAURADORES DA NATUREZA E, CONSEQÜENTEMENTE, FAVORECENDO A MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE VITAL DO PACIENTE






- ✓ Anos 1920-1930 – Elaboração de **ESTUDOS DE CASO**, propostos para **ORGANIZAR** e **INDIVIDUALIZAR** o cuidado de enfermagem
- ✓ Anos 1920-1930 – As enfermeiras eram solicitadas a fazer **COLETA DE DADOS**, a **FORMULAR CONCLUSÕES** e a diferenciar entre Enfermagem e intervenção médica
- ✓ 1937 – Virgínia Henderson introduziu o **PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO** nos Cursos de Enfermagem, plano esse que deveria ser elaborado pelas enfermeiras, para todos os pacientes

BRASIL



- ✓ 1934 – A utilização de **ESTUDOS DE CASO** no ensino foi descrita por **ZÁIRA CINTRA VIDAL**, em publicação intitulada ***O caso de estudo***, na revista *Annaes de Enfermagem*
- ✓ Sugeriu que o “caso de estudo” fosse organizado em **história, sintomas subjetivos e objetivos, exames, diagnóstico social e médico, tratamento médico e de enfermagem, complicações e alta**

OS ESTUDOS DE CASO E OS PLANOS DE CUIDADO REFLETIAM O INTERESSE EM ORGANIZAR O TRABALHO DA ENFERMAGEM

- 
- ✓ 1955 – Lydia Hall formalmente afirmou: “a Enfermagem é um **PROCESSO...**”
 - ✓ Início dos anos 1960 – Ida Jean Orlando introduz a expressão **PROCESSO DE ENFERMAGEM** na literatura
 - ✓ 1967 – Helen Yura e Mary Walsh publicam livro-texto sobre o **PROCESSO DE ENFERMAGEM**, descrevendo-o em quatro fases (histórico, planejamento, implementação e avaliação) e reforçando a importância das habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais na prática profissional
 - ✓ Segunda metade da década de 1970 – introdução da **ETAPA DIAGNÓSTICA** ao Processo de Enfermagem
 - ✓ ...

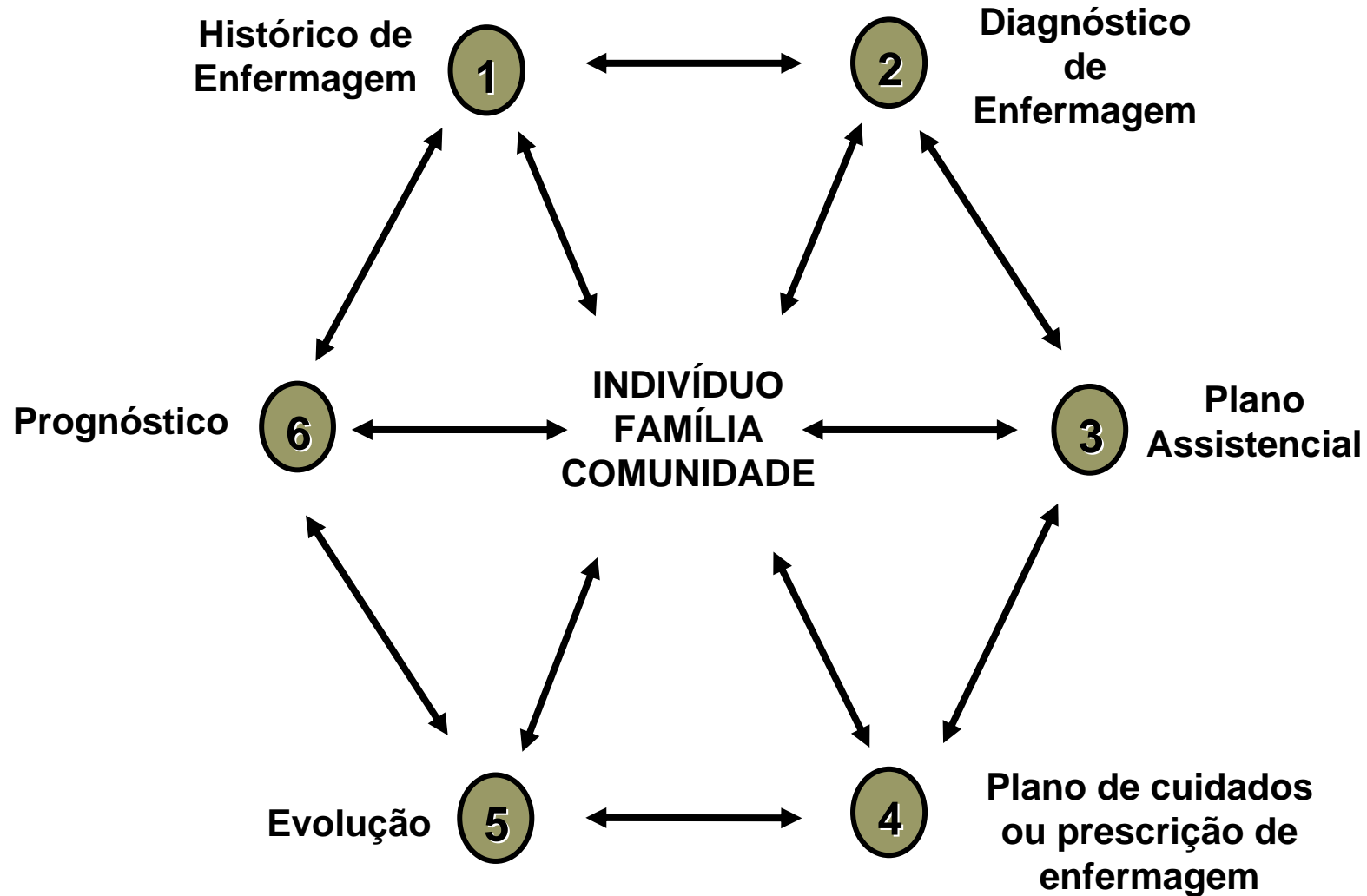
BRASIL



**WANDA DE
AGUIAR HORTA**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM - DINÂMICA
DAS AÇÕES SISTEMATIZADAS E INTER-
RELACIONADAS, VISANDO A ASSISTÊNCIA
AO SER HUMANO**

PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA A. HORTA





TRÊS GERAÇÕES DE PROCESSO DE ENFERMAGEM

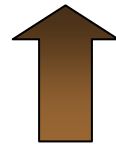
(Pesut; Herman, 1998)

- ✓ **PROBLEMAS E PROCESSOS (1950 A 1970)**
- ✓ **DIAGNÓSTICO E RACIOCÍNIO CLÍNICO (1970 A 1990)**
- ✓ **ESPECIFICAÇÃO E TESTE DE RESULTADOS (1990 ...)**



PRIMEIRA GERAÇÃO

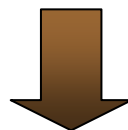
ANOS 1950 E 1960 – INTRODUÇÃO FORMAL DO
CONCEITO **PROCESSO DE ENFERMAGEM** EM
NOSSA LINGUAGEM PROFISSIONAL



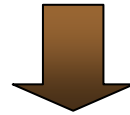
MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMA, COM RAÍZES
NO MÉTODO CIENTÍFICO DE OBSERVAÇÃO,
MENSURAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

PRINCIPAL CARACTERÍSTICA DA PRIMEIRA GERAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

✓ AS NECESSIDADES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DOS PACIENTES RELACIONAVAM-SE A **CONDIÇÕES FISIOPATOLÓGICAS, MÉDICAS**



DESENVOLVIMENTO E UTILIZAÇÃO DE **PROTOCOLOS DE AÇÕES, INTERVENÇÕES E PROCEDIMENTOS** VINCULADOS A PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE DIFERENTES AMBIENTES CLÍNICOS



NECESSIDADE DE **CLASSIFICAR** OS PROBLEMAS QUE MAIS FREQUENTEMENTE REQUERIAM A ATENÇÃO DA ENFERMAGEM

1973 – PRIMEIRA CONFERÊNCIA PARA CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM



O MOVIMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MARCOU O **INÍCIO DE UMA NOVA GERAÇÃO** DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



SEGUNDA GERAÇÃO


REVOLUÇÃO NO PENSAMENTO DA ÁREA

MUDANÇA

DA ÊNFASE NA IDENTIFICAÇÃO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS



A ÊNFASE NO **RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO** E NO
PENSAMENTO CRÍTICO



A SEGUNDA GERAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DETERMINOU NOVAS NECESSIDADES NO ENSINO E NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

- ✓ ENTENDER COMO O **JULGAMENTO CLÍNICO** SE PROCESSA
- ✓ AUMENTAR A HABILIDADE PROFISSIONAL NO **RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO**

TÉRMINO DA DÉCADA DE 1980

- ✓ A EVOLUÇÃO E DESENVOLVIMENTO CONTÍNUO DOS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM
- ✓ AS PESQUISAS EM ANDAMENTO SOBRE A DINÂMICA DO RACIOCÍNIO E JULGAMENTO CLÍNICO
- ✓ A TENDÊNCIA EMERGENTE NO SISTEMA DE SAÚDE PARA ESPECIFICAR E AVALIAR OS **RESULTADOS DA ATENÇÃO À SAÚDE**



OCORRÊNCIA DE OUTRA TRANSFORMAÇÃO NO MODO DE PENSAR E NO MODO DE APLICAR O PROCESSO DE ENFERMAGEM



TERCEIRA GERAÇÃO


**ESPECIFICAÇÃO E TESTAGEM NA PRÁTICA DE
RESULTADOS DO PACIENTE QUE SEJAM
SENSÍVEIS À INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

■ ■ ■



***CONTINUUM* DECISÃO-AVALIAÇÃO**

FONTE: <http://www.icn.ch/Acendio2007/ICNPtutorial-Portuguese-Exp-041907.html>



DESDE QUE FOI FORMALMENTE INTRODUZIDO NA LITERATURA DA ÁREA, O PROCESSO DE ENFERMAGEM INAUGUROU UMA NOVA FASE NA PROFISSÃO E DETERMINOU UM NOVO MÉTODO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

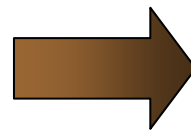
ENTRETANTO

POR SE ORIENTAR E ORGANIZAR INICIALMENTE EM TORNO DE PROBLEMAS RELACIONADOS A DOENÇAS, ERA UM “ESQUELETO SEM ROUPAS”

(GORDON, 2002)

OS MODELOS OU SISTEMAS CONCEITUAIS E AS TEORIAS DE ENFERMAGEM, QUE ESTÃO SENDO DESENVOLVIDOS DESDE OS ANOS 1950, FORNECEM A “ROUPAGEM” QUE FALTAVA AO PROCESSO DE ENFERMAGEM E MODIFICARAM SUA ORIENTAÇÃO

**PROBLEMAS
RELACIONADOS
A DOENÇAS**



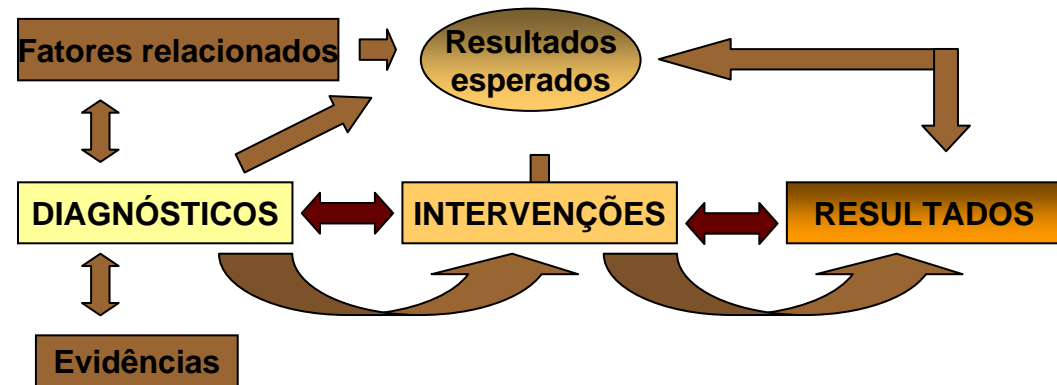
**FOCO
PRÓPRIO
DA ÁREA**



MODELOS OU SISTEMAS CONCEITUAIS E TEORIAS DE ENFERMAGEM



PROCESSO DE ENFERMAGEM





OS MODELOS OU SISTEMAS CONCEITUAIS E AS TEORIAS DE ENFERMAGEM

**ORIENTAM A COLETA DE DADOS, O ESTABELECIMENTO DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E O PLANEJAMENTO DAS
AÇÕES OU INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

E

**FORNECEM A BASE PARA A AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
DE ENFERMAGEM ALCANÇADOS COM A EXECUÇÃO DAS
AÇÕES OU INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**





FATORES ENVOLVIDOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

BASES LEGAIS

- ✓ **LEI Nº 7.498/1986** – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências
- ✓ **RESOLUÇÃO COFEN Nº 159/1993** - Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem
- ✓ **RESOLUÇÃO COFEN 271/2002** - Regulamentava ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Foi revogada pela **RESOLUÇÃO COFEN 317/2007**, em virtude de estar legislando sobre competências já previstas na Lei do Exercício Profissional
- ✓ **RESOLUÇÃO COFEN Nº 272/2002** - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras

CARACTERÍSTICAS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

- ✓ A Enfermagem constitui o **MAIOR GRUPO** dentre os profissionais de saúde
- ✓ É exercida por **CATEGORIAS PROFISSIONAIS DISTINTAS** e em uma ampla **VARIEDADE DE AMBIENTES** (instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar ou de serviços ambulatoriais de saúde, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros)
- ✓ Ainda é, predominantemente, **ASSISTEMÁTICA...**



O PROCESSO DE ENFERMAGEM ENVOLVE


- ✓ **CONHECIMENTO SOBRE AS RESPOSTAS DOS SERES HUMANOS EM DETERMINADOS MOMENTOS DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA**
- ✓ **CONHECIMENTO SOBRE AS NECESSIDADES EM SAÚDE QUE DEMANDAM O CUIDADO PROFISSIONAL**
- ✓ **RACIOCÍNIO LÓGICO**
- ✓ **USO DE NOVAS E AVANÇADAS TECNOLOGIAS INTRODUZIDAS NA ÁREA DA SAÚDE**
- ✓ **DESTREZA MANUAL**
- ✓ **HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL**
- ✓ **EMPATIA, EMOÇÃO, SOLIDARIEDADE, SENSIBILIDADE**
- ✓ **CONHECIMENTO ÉTICO SOBRE O QUE É CERTO OU ERRADO EM CIRCUNSTÂNCIAS PARTICULARES DO CUIDADO**
- ✓ **... ..**

**A COMUNIDADE EM QUE A ORGANIZAÇÃO
SOCIAL FUNCIONA**

**A ORGANIZAÇÃO SOCIAL
EM QUE OCORRE**

**AS PESSOAS NELE
ENVOLVIDAS**

**O PRÓPRIO
PROCESSO**



**A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
DEPENDE DA POLÍTICA DA INSTITUIÇÃO, DA
LIDERANÇA DE ENFERMAGEM, DA LIBERDADE DE
TOMAR DECISÕES, DA SOCIALIZAÇÃO DO
CONHECIMENTO SOBRE O TEMA, DA
COMUNICAÇÃO EXISTENTE E DA VONTADE DE SE
PERCORRER O PROCESSO DE MUDANÇA NA
FORMA DE ASSISTIR**

(MARIA, 1997)



**QUE TAL
UMA PEQUENA
PAUSA?**



I SIMPÓSIO BRASILENSE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – I SIMBRASAE

**SAE: INSTRUMENTO DE
INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE**



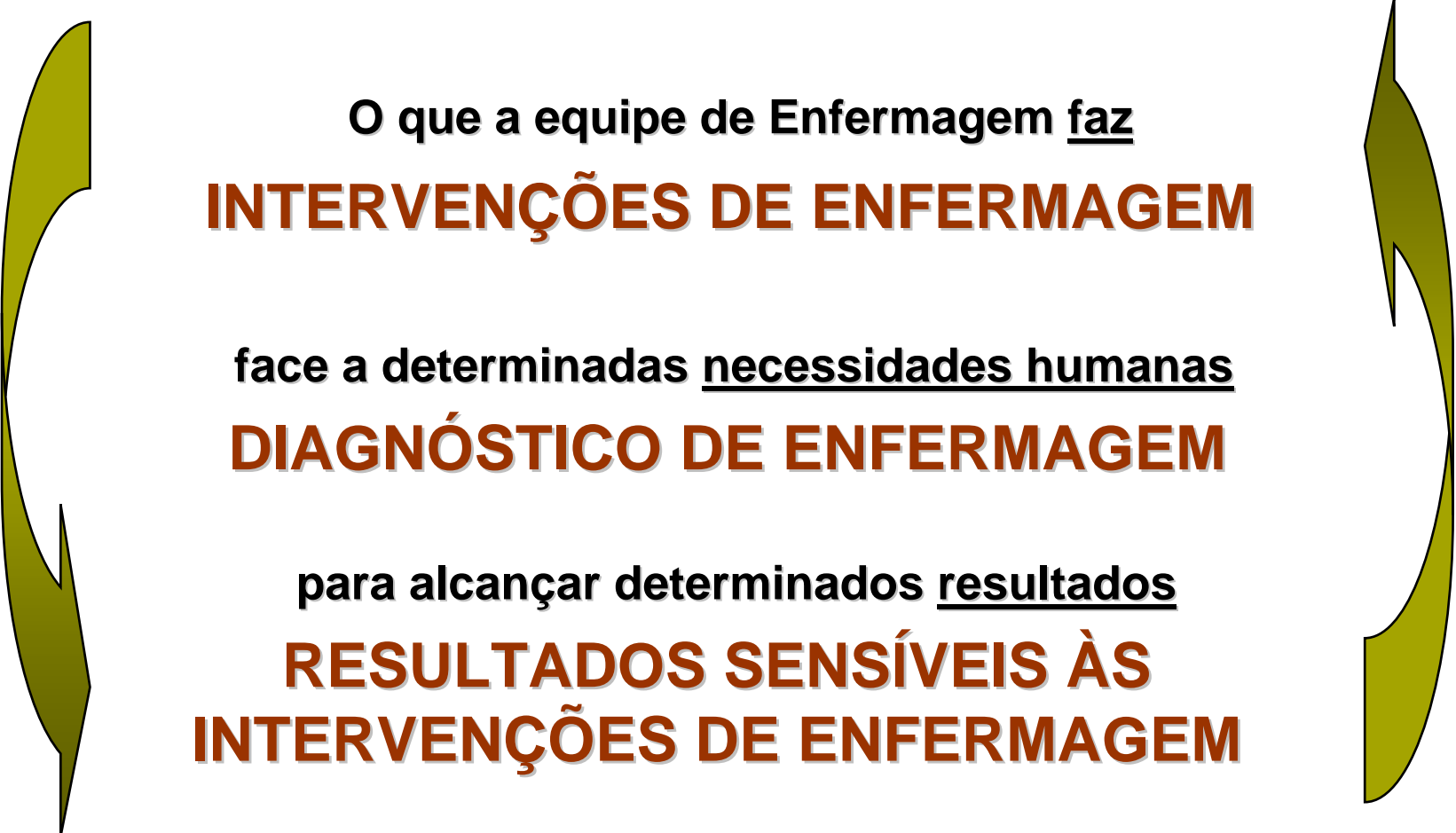


2.

ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE ENFERMAGEM

ENVOLVE



O que a equipe de Enfermagem faz
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

face a determinadas necessidades humanas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

para alcançar determinados resultados
**RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**



I - A ETAPA DE **COLETA DE DADOS** DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM (OU HISTÓRICO DE ENFERMAGEM) – PROCESSO DELIBERADO, SISTEMÁTICO E CONTÍNUO, REALIZADO COM O AUXÍLIO DE MÉTODOS E TÉCNICAS VARIADAS, QUE TEM POR FINALIDADE A OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA, FAMÍLIA OU COLETIVIDADE HUMANA E SOBRE SUAS RESPOSTAS EM UM DADO MOMENTO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- ✓ É A BASE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
- ✓ OBJETIVA OBTER DADOS O MAIS **ACURADOS** E **SUFICIENTES** POSSÍVEL ACERCA DO CLIENTE E DA SITUAÇÃO
- ✓ O **FOCO** É O CLIENTE E SUAS **RESPOSTAS** À SITUAÇÃO
- ✓ AS **RESPOSTAS** DO CLIENTE PODEM SER DE ORDEM BIOFÍSICA, SOCIOCULTURAL, PSICOLÓGICA OU ESPIRITUAL
- ✓ **DADOS ACURADOS** ENCAMINHAM À IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONFIÁVEIS
- ✓ **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ACURADOS** DIRECIONAM AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANTER, PROMOVER OU RECUPERAR A SAÚDE, OU PARA PREVENIR PROBLEMAS POTENCIAIS



MÉTODOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

INTERAÇÃO - troca recíproca de informações entre a enfermeira e o cliente

Técnica utilizada - a entrevista

OBSERVAÇÃO - processo de coletar dados através dos sentidos (visão, audição, tato e olfato)

Técnica utilizada - exame físico (inspeção, palpação, percussão, ausculta, toque)

MENSURAÇÃO - é uma forma de observação em que, além dos sentidos, são utilizados instrumentos de medida; é utilizada para assegurar-se da extensão, dimensão, taxa, ritmo, quantidade ou tamanho

Técnica utilizada - exame físico, exames laboratoriais

TIPOS DE COLETA DE DADOS

- ✓ **INICIAL** - possibilita obter dados significativos sobre o cliente e sobre suas respostas à situação
- ✓ os fatores que contribuem para suas respostas à situação
- ✓ o modo através do qual essas respostas se evidenciam no cliente

SUBSEQÜENTES

- ✓ validam a existência de problemas previamente identificados
- ✓ documentam o progresso do cliente em relação aos resultados esperados das ações ou intervenções
- ✓ possibilitam a identificação de problemas adicionais que possam ter sido desenvolvidos no intervalo entre as diversas coletas de dados



FONTE DE DADOS

PRIMÁRIA - o cliente

SECUNDÁRIA - familiares, outras pessoas significativas, membros da equipe de saúde, prontuário

TIPOS DE DADOS

- ✓ **SUBJETIVOS** - queixas, percepções, sentimentos e idéias do cliente acerca de si próprio ou de seu estado de saúde; pontos de vista sobre o cliente e sua condição fornecidos por fontes secundárias
- ✓ **OBJETIVOS** - aqueles diretamente observáveis e/ou mensuráveis
- ✓ **PREGRESSOS** - hábitos da vida cotidiana, crescimento e desenvolvimento, hospitalizações prévias, doenças crônicas, etc
- ✓ **ATUAIS** - exemplo: vômitos, dor operatória, etc



FATORES QUE INFLUENCIAM A COLETA DE DADOS

PROFISSIONAL E CLIENTE INICIAM O PROCESSO DE COLETA DE DADOS COM EXPERIÊNCIAS E CONHECIMENTOS PRÉVIOS QUE INFLUENCIAM A PERCEPÇÃO E A INTERPRETAÇÃO DE AMBOS ACERCA DA SITUAÇÃO

PROFISSIONAL E CLIENTE SÃO INFLUENCIADOS:

- ✓ **pelas necessidades e estado físico, mental e emocional**
- ✓ **pelo “background” sociocultural**
- ✓ **pelas habilidades funcionais sensoriais**
- ✓ **pelo conhecimento e familiaridade com a situação**
- ✓ **pelo significado que atribuem à situação presente**
- ✓ **pelo grau de interesse, preocupação, preconceção e motivação**
- ✓ **pelas condições ambientais**
- ✓ **pela presença, atitude e reações de outras pessoas**



TOMADA DE DECISÃO SOBRE QUE DADOS COLETAR

A NATUREZA E A QUANTIDADE DE DADOS NECESSÁRIOS PARA UMA AVALIAÇÃO ADEQUADA DAS RESPOSTAS DO CLIENTE À SITUAÇÃO SÃO DETERMINADAS:

- ✓ **pelas características do cliente**
- ✓ **pelo ambiente em que o Processo é desenvolvido**
- ✓ **pelas fontes de dados disponíveis**
- ✓ **pelo conhecimento e perícia da enfermeira**
- ✓ **pelos recursos materiais disponíveis**

EXEMPLO

OS DADOS QUE SE COLETA AO LIDAR COM UMA MÃE EM UM AMBULATÓRIO DE PUERICULTURA SÃO DIFERENTES EM

TIPO, PROFUNDIDADE E AMPLITUDE

DAQUELES QUE SE COLETA AO LIDAR COM UM GRUPO DE CLIENTES IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS



II - A ETAPA DE **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PROCESSO DE INTERPRETAÇÃO E AGRUPAMENTO DOS DADOS COLETADOS NA PRIMEIRA ETAPA, QUE CULMINA COM A TOMADA DE DECISÃO SOBRE OS **CONCEITOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

- a) QUE REPRESENTAM, COM MAIS EXATIDÃO, AS RESPOSTAS DA PESSOA, FAMÍLIA OU COLETIVIDADE HUMANA EM UM DADO MOMENTO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA; E
- b) QUE CONSTITUEM A BASE PARA A SELEÇÃO DAS AÇÕES OU INTERVENÇÕES COM AS QUAIS SE OBJETIVA ALCANÇAR OS RESULTADOS ESPERADOS



DIAGNÓSTICO

A) ATO DE DECIDIR A NATUREZA DE UM FENÔMENO, CONDIÇÃO, SITUAÇÃO OU PROBLEMA ATRAVÉS DO EXAME E ANÁLISE DE SEUS ATRIBUTOS;

B) A DECISÃO RESULTANTE DO EXAME E ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DE UM FENÔMENO, CONDIÇÃO, SITUAÇÃO OU PROBLEMA.

✓ O PRIMEIRO SIGNIFICADO ALUDE AO **PROCESSO** DIAGNÓSTICO

✓ O SEGUNDO, REFERE-SE AO **PRODUTO** DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA



DIAGNOSTICAR **RESPOSTAS HUMANAS É UM PROCESSO COMPLEXO QUE REQUER**

- ✓ **CONHECIMENTO TEÓRICO**
- ✓ **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**
- ✓ **HABILIDADE INTELECTUAL**
- ✓ **HABILIDADE TÉCNICA**
- ✓ **HABILIDADE DE INTERAÇÃO INTERPESSOAL**

**APLICADOS À OBSERVAÇÃO, AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO
COMPORTAMENTO DA CLIENTELA RELACIONADO À SAÚDE**



PASSOS IMPRESCINDÍVEIS

- ✓ **OBTENÇÃO DE DADOS SOBRE A PESSOA, FAMÍLIA OU COLETIVIDADE HUMANA E SOBRE A SITUAÇÃO QUE ESTÁ SENDO VIVIDA**
- ✓ **INTERPRETAÇÃO E AGRUPAMENTO DOS DADOS EM CONFORMIDADE COM AS RELAÇÕES QUE EXISTAM ENTRE ELES**
- ✓ **TOMADA DE DECISÃO SOBRE QUE CONCEITO DIAGNÓSTICO RETRATA COM MAIS EXATIDÃO O AGRUPAMENTO DOS DADOS QUE FOI FEITO**



POSSÍVEIS ORIGENS DE FALHAS NO PROCESSO DIAGNÓSTICO

1. COLETA IMPRECISA OU INCOMPLETA DE DADOS

- ✓ **Problemas de comunicação:** há uma variedade de problemas de comunicação que podem resultar numa coleta de dados imprecisa ou incompleta
- ✓ **Retenção de informações:** os clientes podem não compartilhar informações por inúmeras razões. Podem estar ansiosos, embaraçados, desconfiados ou não-conscientes da importância das informações
- ✓ **Distrações:** há um número de distrações que podem interferir na concentração necessária à coleta de dados. Essas podem incluir interrupções, um ambiente barulhento e sem privacidade ou preocupações, seja do profissional ou do cliente, entre outros



2. INTERPRETAÇÃO INEXATA DE DADOS

Pelo menos dois diferentes tipos de comportamento podem conduzir a uma interpretação inexata de dados:

- ✓ **A utilização de apenas uma indicação ou observação para fazer inferências prematuras, apressadas Por ex.: instabilidade emocional → fadiga**
- ✓ **A permissão para que preconceitos e preferências pessoais influenciem a interpretação dos dados Por ex.: família numerosa → família carente**



3. FALTA DE CONHECIMENTO OU EXPERIÊNCIA CLÍNICOS:

- ✓ **NÃO COLETA DE DADOS IMPORTANTES**
- ✓ **AGRUPAMENTO INCORRETO DE INDICADORES**
- ✓ **INTERPRETAÇÃO INEXATA DE INDICADORES**

O PROFISSIONAL INEXPERIENTE PODE SUBESTIMAR DADOS DEVIDO À FALTA DE CONHECIMENTO CLÍNICO ADEQUADO



Instabilidade emocional

↑ de queixas físicas

Letargia

↓ da
capacidade de
concentração

Relato de
falta de energia

Propensão a
acidentes



FADIGA



III - A ETAPA DE PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem



ETAPAS DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- ✓ **ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES ENTRE OS DIAGNÓSTICOS**
- ✓ **ESTABELECIMENTO DE RESULTADOS ESPERADOS**
- ✓ **DETERMINAÇÃO DE AÇÕES OU INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**
- ✓ **DOCUMENTAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES

- ✓ Que problemas necessitam atenção imediata e o que pode acontecer se sua solução for adiada?
- ✓ Que problemas demandam soluções simples e podem resultar em um impacto positivo sobre o estado fisiológico ou psicológico do cliente?
- ✓ Que problemas dependem unicamente de intervenções de enfermagem e quais dependem tanto de intervenções de enfermagem quanto de intervenções prescritas por outro profissional?
- ✓ Que problemas devem ser referenciados a outros profissionais?
- ✓ Que problemas devem ser registrados no plano de cuidado e que conseqüências podem advir se não forem registrados?



DOCUMENTAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- ✓ **Coordenar e orientar as ações de enfermagem individualizadas para cada cliente**
- ✓ **Facilitar a comunicação entre os profissionais**
- ✓ **Fornecer um registro escrito que pode ser usado posteriormente para avaliação do progresso do cliente**

IV - A ETAPA DE **IMPLEMENTAÇÃO**

Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem

V - A ETAPA DE **AValiaÇÃO DE ENFERMAGEM**

Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar:

- ✓ se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado
- ✓ se há necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem



CONTINUUM DECISÃO-AVALIAÇÃO



PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONJUNTO DE AÇÕES QUE EXECUTAMOS, TENDO EM VISTA NECESSIDADES DA PESSOA, FAMÍLIA OU COLETIVIDADE HUMANA, EM UM DADO MOMENTO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, QUE DEMANDAM O CUIDADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM




PROCESSO DE ENFERMAGEM

**UM INSTRUMENTO METODOLÓGICO QUE
ORIENTA O CUIDADO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM E A DOCUMENTAÇÃO DA
PRÁTICA PROFISSIONAL**



A EXECUÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DEVE SER REGISTRADA FORMALMENTE, ENVOLVENDO:

- ✓ **um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;**
- ✓ **os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;**
- ✓ **as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;**
- ✓ **os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.**



**A OPERACIONALIZAÇÃO E
DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EVIDENCIAM A
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO,
AUMENTANDO A VISIBILIDADE E O
RECONHECIMENTO PROFISSIONAL**