

Processo de Enfermagem

Prof^a. Fernanda Vieira de Campos
Enf^a Pediatra do Hospital Universitário da USP

Processo de Enfermagem

- Método organizado para o cuidado de enfermagem
- Previne omissões e repetições desnecessárias
- Melhor comunicação multiprofissional
- Raciocínio clínico e pensamento crítico

Processo de Enfermagem

- Organiza de forma sistematizada o trabalho do enfermeiro
- Tomar decisões, avaliar o cuidado
- É o fio condutor das fases do processo de assistência. E o seu propósito principal é oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do cliente, familiares e comunidade possam ser satisfeitas (Barros,1999)

Processo de Enfermagem

- Década de 1930 : plano de cuidados individualizado
- Década de 1950 e 1960 : preocupação americana, era a organização das ações / atividades de enfermagem, respaldadas no método científico (Iyer e Taptich, 1993 e Campedelli, 1989)
- Descrito por Hall em 1955, depois Johnson em 1959, Orlando em 1961 e Wiedenbach em 1963, constituído de três fases

Processo de Enfermagem

- Em 1967 Yura e Walsh descreveram quatro fases: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação
- As cinco fases somente foram descritas na década de 70 por Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger e Jauron (1975) e Aspinall (1976), com o acréscimo do diagnóstico de enfermagem
- No Brasil foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970.

Processo de Enfermagem

Planejar

Organizar

Coordenar

Executar

Avaliar

Processo de Enfermagem

- O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes
- A SAE visa a implantação de uma teoria de enfermagem na prática profissional
- Escolher uma teoria de enfermagem e depois aplicar o processo de enfermagem para colocar em prática a Teoria de Enfermagem escolhida.

Processo de Enfermagem

Resolução COFEN-358/2009, referente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implantação do processo de enfermagem.

- A legislação de Enfermagem diz que é obrigatória a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os serviços que dispõe de serviço de enfermagem.

“Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.”

- 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.

“§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.”

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Processo de Enfermagem

- A resolução COFEN 358 de 2009 em seu art. 3º diz que o Processo de Enfermagem deve ser baseado em uma teoria de enfermagem. Em outras palavras é dizer que o Processo de Enfermagem é o método prático ou seja, o meio pelo qual o cuidado de enfermagem seja sistematizado e a SAE é método teórico pelo qual orientará o Processo de Enfermagem.
- *“Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.”*

Atividades privativas
do enfermeiro
(dec. 94.406 de 08/06/87)

Assinatura e número
do COREN
(resolução COFEN 191
de 31/05/96)

Horário

SAE

Impresso
próprio

Data

Identificação
do paciente

Processo de Enfermagem

- Investigação: Anamnese e Exame Físico (Histórico de Enfermagem)
 - Identificar problemas, percepções, expectativas e necessidades do paciente e família
 - Estabelecer relação interpessoal
 - Determinar seu estado de saúde em um dado momento do processo saúde e doença.
 - Conhecer hábitos individuais que facilitem a adaptação à unidade e ao tratamento
 - Tentar abranger a totalidade do paciente nos seus aspectos biopsicossocioespirituais
 - Individualizar a assistência prestada

Histórico de Enfermagem

- Cinco passos que auxiliam o enfermeiro: coleta de dados, validação dos dados, agrupamento dos dados, identificação de padrões e comunicação e registro dos dados.
- Características: conciso, claro, preciso, individualizado e sem duplicidade de informações

Histórico de Enfermagem

DIRETRIZES BÁSICAS PARA ENTREVISTA E EXAME FÍSICO



Histórico de Enfermagem

PROBLEMA DE ENFERMAGEM

Situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade e que exigem do(a) enfermeiro(a) sua assistência profissional.

LISTAGEM DE PROBLEMAS

Conjunto dos problemas de enfermagem detectados que retrata a problemática diagnosticada no paciente.

Processo de Enfermagem

- Diagnóstico de Enfermagem

Sistema de Classificação NANDA-I: (North American Nursing Diagnosis Association até 2002)

- Processo de interpretação dos dados coletados sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, e que constituem a base para o planejamento das intervenções a serem realizadas e os resultados esperados.

EXEMPLO 1 - Puérpera no segundo PPN mantendo-se afebril, normotensa, corada. Prestando cuidados adequados ao RN, apresenta mamas volumosas, flácidas com pouca drenagem de colostro, mamilos hiperemiados com discretas vesículas, pouco protusos, referindo dor ao amamentar. Episio com bom aspecto, lóquios rubra. Aceitando bem a dieta, com ingesta hídrica freqüente. Sono e repouso regulares. RN apresentando-se choroso após a mamada, com $\Delta p = -120$ g.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS:

- pouca produção de colostro
- mamilos pouco protusos
- mamilos com vesículas e hiperemia
- RN choroso após a mamada
- $\Delta p = -120g$

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Amamentação Ineficaz

EXEMPLO 2 - Quando temos um paciente restrito ao leito, com incapacidade de se movimentar, sem controle esfincteriano, porém ainda mantém a pele íntegra. Sendo assim, podemos supor que o paciente tem RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA.

FATORES DE RISCO:

☞ Fatores externos (ambientais)

- Restrito ao leito
- Imobilização física

☞ Fatores internos

- Sem controle esfincteriano

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Risco para Integridade da Pele Prejudicada

Processo de Enfermagem

- Planejamento dos Resultados

NIC: Nursing Intervention Classification – taxonomia de intervenções de enfermagem

- As intervenções elaboradas devem ser direcionadas para alcançar os resultados esperados e prevenir, resolver ou controlar as alterações encontradas durante o histórico de enfermagem e diagnóstico de enfermagem.
- Através dos resultados esperados estabelecidos são realizadas prescrições de enfermagem para que a meta proposta seja alcançada.
- Seis itens necessários para que seja formulado um resultado esperado eficaz: ser claro e conciso, ser centrado no paciente, estar relacionado ao título diagnóstico, ser alcançável, conter limite de tempo e ser mensurável.

Processo de Enfermagem

- Implementação da Assistência de Enfermagem

Prescrição de Enfermagem

- Devem estar bem redigidas e despertar o interesse da equipe de enfermagem, tanto para ler quanto para realizar

Prescrição de Enfermagem

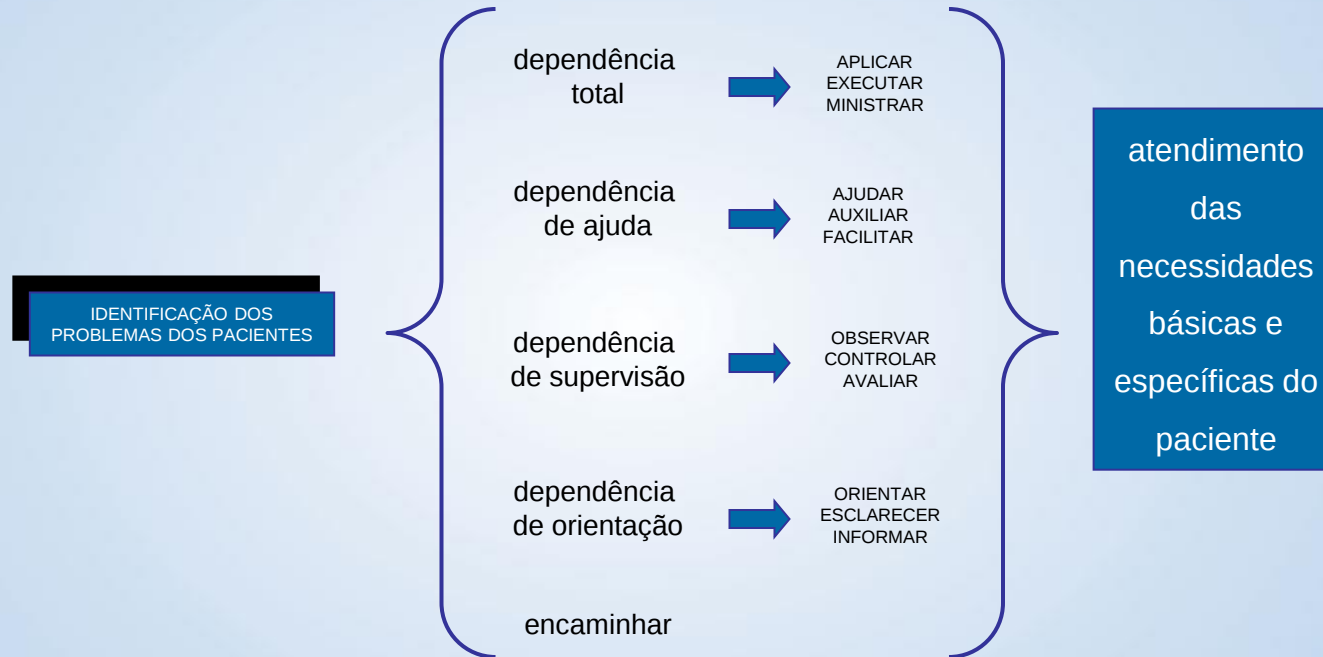
É o conjunto de condutas determinadas pelo enfermeiro que direcionam e coordenam a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua.

OBJETIVO:

Direcionar e coordenar a assistência

Origem dos dados: Evolução de Enfermagem

Prescrição de Enfermagem



Prescrição de Enfermagem

Controles

Alimentação

Higiene

Sinais e sintomas

Tratamentos

Orientações

Assistência às necessidades psicossocioespirituais

Encaminhamentos

Processo de Enfermagem

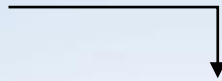
- Avaliação da Assistência

NOC: Nursing Outcomes Classification

- Etapa que consiste em acompanhar as respostas do paciente aos cuidados e avaliar se obteve bons resultados das prescrições de enfermagem (evolução)
- Deve ser realizado diariamente ou a cada novo contato com o paciente durante o procedimento do exame físico.
- Detectar cuidados que necessitam serem modificados, os que devem ser mantidos e os que foram finalizados, pois supriram as necessidades do paciente.
- Avaliar o progresso, estabelecer medidas corretivas das prescrições, caso seja necessário, e sempre revê-las.
- Jamais se esquecendo de realizar as anotações no prontuário ou locais próprios.

Evolução de Enfermagem

ORIGEM DOS DADOS



entrevista

exame físico

evolução e prescrição de enfermagem

evolução e prescrição médica

anotações de enfermagem

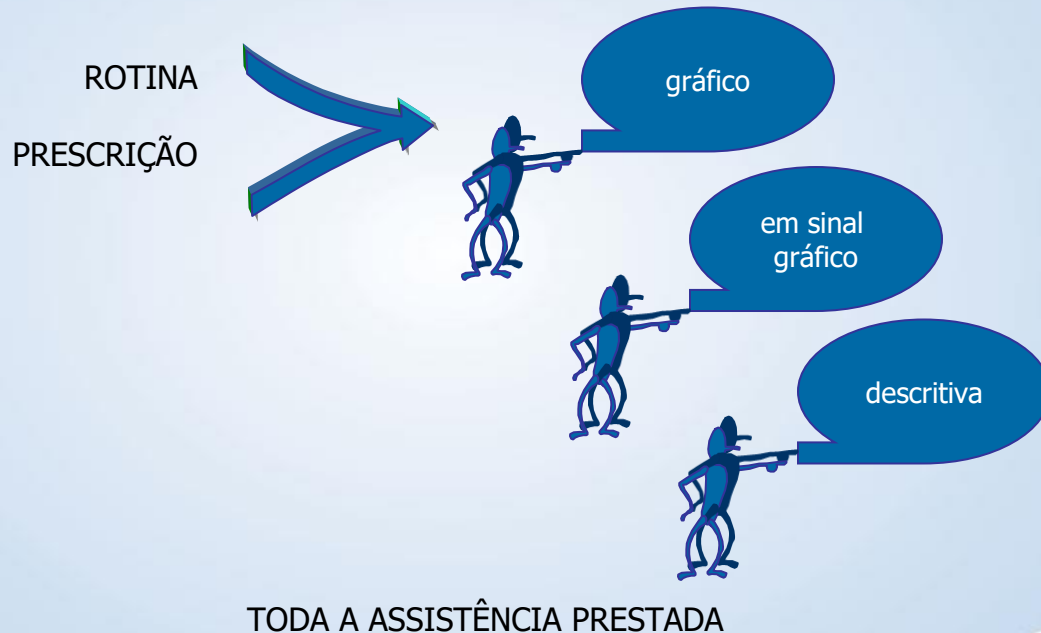
pedidos e resultados de exames

listagem de problemas

Evolução de Enfermagem



Anotação de Enfermagem



Referências Bibliográficas

- Tannure, MC; Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 298 páginas
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução 358/2009. [on line]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- Alvim ALS. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. Enferm. Foco 2013; 4(2): 140-141.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN. Processo de Enfermagem: Guia para a Prática. [on line]. São Paulo; 2015. [20 ago 2018]
- Conselho Federal de Enfermagem de São Paulo – COFEN. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. [on line]. São Paulo; 2016. [20 ago 2018]
- Cianciarullo TI et al. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5. ed. revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone, 2012.319 páginas.