



PROCESSO DE ENFERMAGEM

Prof. Dr. João Júnior Gomes

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

I – **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.

II – **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 que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – **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.

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

V – **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 doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA-I (2009-2011)

A definição para diagnóstico de enfermagem, proposta pela NANDA, é:

“...julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.” (MILLS, 1991)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NIC (2008)

A intervenção de enfermagem é considerada como qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro, para melhorar os resultados do paciente/cliente.

(DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NOC (2008)

A NOC compreende os resultados de enfermagem que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado. Cada RE possui uma escala Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados. Há 14 diferentes escalas Likert de cinco pontos para avaliar a ampla variedade de resultados que fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum*, de modo que o quinto ponto reflita a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do seu estado, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo. O uso da NOC possibilita, dessa maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado. (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

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.

§ 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.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

I – **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.

II – **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 que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – **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.

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

V – **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 doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

NANDA-I

Um diagnóstico de enfermagem é **um julgamento clínico** sobre **respostas/ experiências** atuais ou potenciais do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde / processos de vida. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem de forma a atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

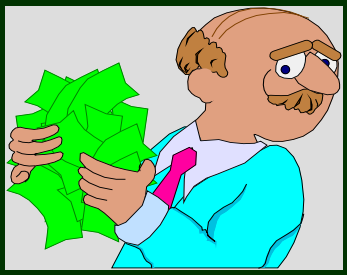
DIAGNÓSTICO: REAL

Rótulo do problema de enfermagem

Etiologia ou causas do problema

Manifestações (sinais e sintomas)

ARREGUY-SENA C, STUCHI RAG, CARVALHO EC (2.002)

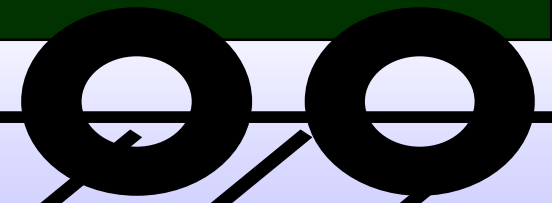
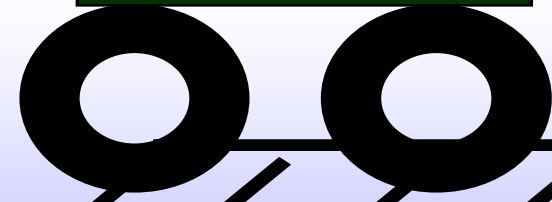


Título ou Conceito Diagnóstico

Relacionado a



Caracterizado por



TRILHO = Definição

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

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.



00032 Padrão respiratório ineficaz

Definição

Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

00032 Ventilação espontânea prejudicada

Definição

Reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida.

00031 Desobstrução ineficaz de vias aéreas

Definição

Incapacidade de eliminar secreções ou obstrução do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída.

00030 Troca de gases prejudicada

Definição

Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.

00004 Risco de Infecção

Definição

Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REAL

Descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. É sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO

Descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulnerável. É sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Podem ser utilizados em qualquer condição de saúde, não necessitando de níveis de bem-estar atuais. Essa disposição é sustentada por características definidoras. As intervenções são escolhidas junto com o indivíduo/família/comunidade, para melhor assegurar a capacidade de alcance dos resultados enunciados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE BEM - ESTAR

É um julgamento clínico sobre um indivíduo, grupo ou comunidade em transição de um nível específico de bem-estar para um nível mais elevado. Para que um indivíduo ou grupo tenha um diagnóstico de enfermagem de bem-estar dois indícios deverão estar presentes, tais como: o desejo de um nível mais elevado e estado ou função eficaz presente.

A teoria de Levine, tem como eixo norteador os quatro princípios de conservação, a saber:

- conservação de energia,
- conservação da integridade estrutural,
- conservação da integridade pessoal e
- conservação da integridade social.