
Processo de **ENFERMAGEM**

Guia para a Prática



2ª Edição
Revisada e ampliada

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Processo de **ENFERMAGEM**

Guia para a Prática

2ª edição
Revisada e ampliada

São Paulo
2021

PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA

2ª edição - revisada e ampliada

Projeto gráfico, capa, diagramação e revisão ortográfica
Gerência de Comunicação/Coren-SP

Fotos da capa:
Acervo Coren-SP personalizadas por
Gerência de Comunicação/Coren-SP

Todos os direitos reservados. Reprodução e difusão dessa obra de qualquer forma, impressa ou eletrônica, é livre, desde que citada fonte.

Distribuição Gratuita

Novembro/2021

C8127m

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Processo de enfermagem: guia para a prática /
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. -
2.ed., São Paulo: COREN-SP, 2021.

ISBN: 978-65-993308-2-7

1. Processo de enfermagem.

CDD 610.73

Gestão 2021-2023

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Presidente:

James Francisco Pedro dos Santos

Vice-presidente:

Erica Chagas Araújo

Primeira-secretária:

Eduarda Ribeiro dos Santos

Segundo-secretário:

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Primeiro-tesoureiro:

Gergezio Andrade de Souza

Segunda-tesoureira:

Virgínia Tavares Santos

Conselheiros (as)

Quadro I - Titulares

Andrea Cotait Ayoub

Ivany Machado de Carvalho Baptista

Ivete Losada Alves Trotti

Maria Madalena Januário Leite

Sérgio Aparecido Cleto

Vanessa Morrone Maldonado

Wagner Albino Batista

Wilza Carla Spiri

Quadros II e III - Titulares

Adriana Pereira da Silva

Anderson Roberto Rodrigues

Claudete Rosa do Nascimento

David de Jesus Lima

Luciano Robson Santos

Marcos Fernandes

Maria Edith de Almeida Santan

Quadro I - Suplentes

Ana Paula Guarnieri

Ariane Campos Gervazoni

Bruna Cristina Busnardo Trindade de Souza

Cláudia Satiko Takemura Matsuba

Heloísa Helena Ciqueto Peres

Júlio César Ribeiro

Luana Bueno Garcia

Márcio Bispo dos Santos

Marcus Vinícius de Lima Oliveira

Patrícia Maria da Silva Crivelaro

Vanessa de Fátima Scarcella Ramalho

Marciano de Lima

Vinicius Batista Santos

Quadros II e III - Suplentes

Djalma Vinícius Maiolino de Souza

Rodrigues

Edna Matias Andrade Souza

Edson José da Luz

Fernando Henrique Vieira Santos

Jane Bezerra dos Santos

Jordevan José de Queiroz Ferreira

Márcia Rodrigues

Valdenir Mariano

Vanderlan Eugênio Dantas

Autoria da primeira edição

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.

Grupo de Trabalho em Processo de Enfermagem do COREN-SP

I - Vinicius Batista Santos – Coren-SP-0107409 – Coordenador dos Trabalhos;

II – Camila Takao Lopes – Coren-SP-195.988;

III – Elenice Carmona – Coren-SP-81.876;

IV – Cassiana Mendes Bertoncello Fontes – Coren-SP-27.805;

V – Ana Maria Alves Napoleão – Coren-SP-64.070;

VI – Isabel Cristine Fernandes – Coren-SP-68.068;

VII – Alba Lúcia Bottura Leite de Barros – Coren-SP-77.78;

VIII – Monica Isabelle Lopes Oscalices – Coren-SP-326.670;

IX – Neurilene Batista de Oliveira – Coren-SP-74.393.

Autores da segunda edição

1. Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Enfermeira, Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem. Líder do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência Sistematização da Assistência de Enfermagem, Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE).

2. Alessandro Lopes Andrighetto, Enfermeiro, Advogado, Especialista em Direito e Processo do Trabalho e Didática para o ensino Superior pela Escola Superior de Advocacia - ESA/OABSP, Coordenados da Câmara Técnica de Legislação e Normas - CTLN CORENSP.

3. Anamaria Alves Napoleão, Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Líder do núcleo de estudos em processo de enfermagem e classificações - NEPENF/UFSCar. Membro da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn. Membro da NANDA International e Membro fundadora da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem - REPPE.

4. Camila Takao Lopes, Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Professora adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Diretora de Desenvolvimento Diagnóstico da NANDA-I. Diretora de Estudos e Pesquisas da ABEn-SP. Membro fundadora da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem e Membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência Sistematização da Assistência de Enfermagem.

5. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes, Enfermeira e Doutora em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da USP. Professora Assistente Doutor no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde do Adulto e Idoso da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Membro da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePE). Tutora da Liga de Paciente Crítico da FMB-UNESP e membro atual do Grupo de Trabalho em Processo de Enfermagem do COREN -SP.

6. Cristiane Garcia Sanchez, Enfermeira e Fiscal do COREN-SP.

7. Cristiane Helena Gallasch, Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Paulista e em *Work Disability Prevention* pela Universidade de Toronto. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

8. Daiane Lopes Grisante, Enfermeira, Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem. Enfermeira intensivista na Unidade de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Membro do Grupo de Pesquisa e Assistência e Sistematização da Assistência de Enfermagem (GEPASAE - UNIFESP).

9. Elenice Valentim Carmona, Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem Neonatal pela *University of Texas-Health Science Center San Antonio* (UTHSCSA), Professora Associada da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido da FEnf/ UNICAMP, *Fellow* da NANDA International, Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE).

10. Gisele Saraiva Bispo Hirano, Enfermeira, Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Docente e supervisora de estágios do curso de Enfermagem das Faculdades Metropolitanas Unidas- FMU. Membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GEPASAE) da UNIFESP.

11. Isabel Cristine Fernandes, Enfermeira e Tecnóloga em Gestão Pública. Mestre em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário FMABC e Vice Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário FMABC.

12. Isabella Gerin de Oliveira Bomfim, Enfermeira, doutoranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem - PPGEnf - UFSCar. Enfermeira do setor de gestão da qualidade do Hospital Universitário da UFSCar.

13. Juliana de Lima Lopes, Enfermeira, Pós-doutora pela Universidade Federal de São Paulo), Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq - nível 2. Vice coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EPE/UNIFESP, Líder do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência Sistematização da Assistência de Enfermagem, Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Simulação em Saúde, Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE).

14. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, Enfermeira, Doutora pela USP-SP Programa Saúde do Adulto; Professora Doutora no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP - Programa de Pós-Graduação; Membro da Câmara Técnica do Coren-SP.

15. Maira Gabriela Perego, Enfermeira, Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - PPGEnf - UFSCar.

16. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, Enfermeira, pós-Doutorado pela UNIFESP. Professora Titular, Diretora da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da Universidade de Campinas (UNICAMP). Líder do Grupo de Pesquisa Informação e Comunicação em Saúde (InfComSaúde) - Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq - Membro da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE) e Membro da NANDA-I.

17. Monica Isabelle Lopes Oscalices, Enfermeira, mestre em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Supervisora de enfermagem do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. Membro da Câmara Técnica em Saúde Coren-SP.

18. Neurilene Batista de Oliveira, Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Enfermeira de Referência do Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

19. Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini, Enfermeira, Livre Docente em Enfermagem Gerontológica com ênfase para Cardiologia pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Presidente da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Comitê de Boas Práticas Científicas da Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Psicometria e Pesquisadora Colaboradora do Laboratório de Métodos Psicométricos e Experimentais da Universidade de Quebec em Trois-Rivières, Canadá. Pesquisadora do Laboratório de Investigação Médica/Núcleo de Apoio à Pesquisa em Envelhecimento e do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Líder do Núcleo de Investigação em Cuidado no Envelhecimento e Enfermagem em Terapia Intensiva/CNPq. Bolsista Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

20. Rosana Borrasca, Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho (Unifesp), Saúde Pública (Unifesp), Licenciatura (PUC-SP) e Direito Sanitário (FSP-USP) e Bacharel em Direito. Fiscal Coren-SP desde 2008.

21. Rita de Cassia Gengo e Silva, Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Orientadora de Mestrado e Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da EEUSP. Marjory Gordon Scholar, *Program for Clinical Reasoning and Knowledge Development at Boston College*, William F. Connell School of Nursing, MA, USA. Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE). Membro do Grupo de Estudos em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIREnf) da EEUSP.

22. Wilza Carla Spiri, Enfermeira, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UNESP. Coordenadora das Câmaras Técnicas do COREN-SP.

23. Vinicius Batista Santos, Enfermeiro, doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Professor adjunto da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE). Pesquisador do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência Sistematização da Assistência de Enfermagem, Conselheiro suplente do COREN-SP e Coordenador do Grupo de Trabalho em Processo de Enfermagem do COREN-SP.

PREFÁCIO

O Processo de Enfermagem como instrumento metodológico da prática de enfermagem tem como objetivo alcançar resultados positivos em saúde na assistência prestada pela categoria. Em sua busca constante para instrumentalizar os profissionais para um cuidado de excelência, o Coren-SP lançou sua primeira edição no ano de 2015 e, diante do avanço na produção de conhecimento frente a esta temática, a gestão 2021-2023, por meio das Câmaras Técnicas, sentiu a necessidade da construção de um grupo de trabalho para revisão e ampliação deste guia, visando instrumentalizar os profissionais de enfermagem.

O Guia “Processo de Enfermagem: guia para a prática” é fruto das discussões do Grupo de Trabalho sobre Processo de Enfermagem. A edição original foi revisada, com acréscimo de sete capítulos nesta segunda edição, que apresentam os modelos teóricos de enfermagem e sua aplicabilidade prática, relação do processo de enfermagem com a segurança do paciente, aspectos ético-jurídicos do processo de enfermagem e do prontuário eletrônico, instrumentos de medida como alicerce para a aplicação do processo de enfermagem, prontuário eletrônico do paciente, registros de enfermagem: avaliação/evolução de enfermagem e anotação de enfermagem, telenfermagem e pareceres técnicos relacionados ao Processo de Enfermagem.

Esperamos que este guia possa servir de base para o aprimoramento da aplicação do Processo de Enfermagem aos enfermeiros assistenciais, bem como ao ensino desta temática, contribuindo para uma assistência de enfermagem baseada em evidências com foco no alcance de resultados positivos em saúde.

Boa leitura a todos.

James Francisco Pedro dos Santos,
Presidente do Coren-SP

SUMÁRIO

1. Processo de enfermagem como padrão geral da prática.....	16
1.1- Trabalho como processo.....	16
1.2- Coordenação do processo de cuidar.....	21
1.3- Competência clínica.....	24
Bibliografia consultada.....	25
2. Raciocínio clínico.....	30
2.1- Pensamento Crítico e Pensamento Reflexivo.....	31
2.2- Raciocínio clínico, o pensamento crítico e o diagnóstico de enfermagem.....	33
2.3- Modelo educacional <i>Developing Nurses' Thinking</i> (DNT).....	37
2.4- Linguagem padronizada em enfermagem e o raciocínio clínico.....	38
2.5- Inteligência Emocional no Raciocínio Clínico e Tomada de decisão.....	39
2.6- Pontos importantes.....	39
Bibliografia consultada.....	41
3. Processo de enfermagem.....	43
3.1- O conceito.....	43
3.2- Propriedades.....	46
3.3- Fases ou etapas.....	46
3.3.1- Coleta de dados ou investigação.....	47
3.3.2- Diagnóstico de enfermagem.....	52
3.3.3- Planejamento de enfermagem.....	54
3.3.4- Implementação.....	56
3.3.5- Avaliação.....	57
3.4- Anotação e evolução de enfermagem.....	58
3.5- Utilização do processo de enfermagem em São Paulo.....	59
Bibliografia consultada.....	63
4. Classificações de linguagem em enfermagem.....	68
4.1- Estrutura das classificações.....	69
4.1.1- Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.....	70
4.1.1.2- Classificação dos resultados de enfermagem - NOC.....	78
4.1.1.3- Classificação das intervenções de enfermagem - NIC.....	82
4.1.1.4- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	86
4.2- Utilização do processo de enfermagem na prática clínica assistencial: síntese.....	89
Bibliografia consultada.....	90
5. Modelos assistenciais de enfermagem.....	93
5.1- Introdução.....	93
5.2- Modelo assistencial de enfermagem.....	95
5.3- Construção de modelos assistenciais à luz de referenciais teóricos.....	95
Bibliografia consultada.....	100

6. Processo de enfermagem e segurança do paciente	103
6.1- Processo de enfermagem: breve histórico	103
6.2- Segurança do paciente: breve histórico.....	106
6.3- Processo de enfermagem e segurança do paciente.....	110
6.3.1- Coleta de dados de enfermagem.....	110
6.3.2- Diagnóstico de enfermagem	112
6.3.3- Planejamento de enfermagem.....	114
6.3.4- Implementação	116
6.3.5- Avaliação.....	118
6.4- Considerações finais.....	118
Bibliografia consultada	119
7. Aspectos ético-jurídicos do processo de Enfermagem e do prontuário eletrônico	123
7.1- O processo de enfermagem e sua regulamentação	124
7.2- Prontuário eletrônico e meios de registro de enfermagem	127
Bibliografia consultada	132
8. Enfermagem baseada em evidências	135
8.1- Evidência clínica e epidemiológica	140
Bibliografia consultada	145
9. Instrumentos de medida como alicerce para operacionalização do processo de enfermagem	149
9.1- Adaptação transcultural de instrumentos	150
9.1.1- Tradução do instrumento para o idioma-alvo.....	151
9.1.2- Síntese das traduções.....	152
9.1.3- Retrotradução ou Tradução Reversa.....	152
9.1.4- Análise de equivalência linguística por um painel de especialistas ..	152
9.1.5- Testagem da versão adaptada na população-alvo.....	153
9.1.6- Submissão do instrumento adaptado aos desenvolvedores do instrumento original ou Comitê Coordenador para avaliação do processo.....	154
9.2- Análise das evidências de validade e confiabilidade	154
9.2.1- Conteúdo do teste.....	155
9.2.2- Processo de resposta.....	156
9.2.3- Estrutura Interna	157
9.2.4- Relação com outras variáveis	159
9.2.5- Consequência da testagem	160
9.3- Dicas para escolher instrumentos de medida para serem usados na prática profissional de enfermagem	162
9.4- Considerações finais.....	164
Bibliografia consultada	164

10. Prontuário eletrônico do paciente	167
10.1- Prontuário eletrônico do paciente e o Processo de Enfermagem	168
10.2- Padrões do processo de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente	169
10.3- Processo de Enfermagem no PEP/RES e o Gerenciamento de Enfermagem.....	172
10.4- Avaliação qualitativa da documentação de enfermagem	174
10.5- Segurança dos Dados	175
10.6- Considerações Finais.....	176
Bibliografia consultada	177
11. Registros no contexto do processo de enfermagem	181
11.1- Aspectos legais dos registros em enfermagem.....	183
11.2- Registros do Processo de enfermagem	185
11.2.1- Anotação de enfermagem.....	186
11.2.2- Registro da coleta de dados de enfermagem.....	188
11.2.3- Registro dos diagnósticos de enfermagem.....	190
11.2.4- Registro do Planejamento de enfermagem	195
11.2.5- Registro da Implementação.....	200
11.2.6- Registro da Avaliação de enfermagem: a evolução do enfermeiro	201
11.3- Relevância dos registros no cuidado e nos avanços do conhecimento da enfermagem	204
11.4- Considerações finais.....	205
Bibliografia consultada	206
Anexo 1: instrumento de coleta de dados de enfermagem - Admissão do paciente	209
12. Teleatendimento em enfermagem.....	213
12.1- A Enfermagem no teleatendimento	215
12.2- Experiências Exitosas com a teleconsulta de enfermagem	216
12.2.1- Experiência A.....	216
12.2.2- Experiência B	217
12.3- Considerações Finais.....	218
Bibliografia consultada	218
Bibliografia recomendada	220
13. Exemplos de aplicação do processo de Enfermagem em diferentes contextos da prática assistencial.....	221
13.1- Aplicação do processo de enfermagem em saúde mental (CAPS, hospital dia, clínicas, ambulatórios, enfermarias de hospitais)	221
13.2- Aplicação do processo de enfermagem em serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (SESMT/ ambulatório de saúde ocupacional).....	226

13.3- Aplicação do processo de enfermagem em serviços de urgência e emergência (APH/SAMU, PS, UPA, PA)	230
13.4- Aplicação do processo de enfermagem em estratégia da saúde da família (ESF/PSF) e unidade básica de saúde (UBS)	234
Bibliografia consultada	239
14. Pareceres e orientações fundamentadas relacionados ao processo de enfermagem	243
14.1- Principais Pareceres.....	246
2021	246
2020	246
2019	247
2018	249
Considerações Finais	250
Endereços e contatos do Coren-SP	251
Canais de diálogo e comunicação do Coren-SP.....	254

CAPÍTULO 1

PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO PADRÃO GERAL DA PRÁTICA

1.1- Trabalho como processo

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Revisão para a segunda edição: Vinicius Batista Santos

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, devem existir de forma inequívoca a intenção e a 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 levarão a utilizar o pensamento crítico, formando a base para a tomada de decisão. Esses pressupostos se alinham 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 nº 358/2009 a principal motivação para o uso dessa ferramenta.

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.

Fazem 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 interprofissional, com destaque aqui para a equipe de enfermagem, com 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 Crimeia 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.

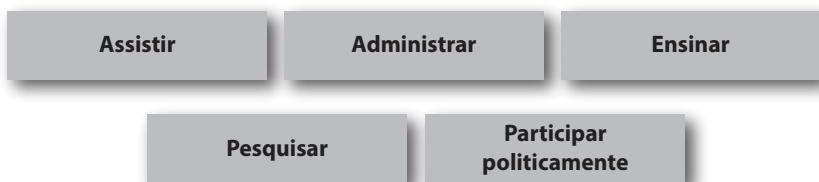
Objetos: são aquilo sobre o que se trabalha, é algo que vem da natureza e que sofreu ou não modificação de outros processos de trabalho. No objeto, há a potencialidade do produto ou serviço a ser transformado pela ação do ser humano. Para ser objeto de trabalho, é necessária a intenção da transformação.

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, semiótica 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), o processo de trabalho pode ser dividido em:



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, o objeto de trabalho é a matéria que será transformada, estando em estado bruto ou resultado de um trabalho anterior, como a matéria-prima. Existe uma estreita relação entre o objeto e o instrumento, uma vez que o objeto demanda instrumentos apropriados a ele.

Quando se assume essa natureza humana do objeto de trabalho a ser transformado, considera-se que se trata de um trabalho que necessita de 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.

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 e de integração da 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 inscrita no seu cerne a ação dos trabalhadores, dos usuários dos serviços de saúde e dos processos organizacionais.

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, onde 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.

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

Com estes conceitos e reflexões sobre o trabalho em saúde e na 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.

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 ficou 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.

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 e 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. Essa 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.

Perante isso, cabe ao enfermeiro na dimensão assistir 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 metodológicos, a utilização do processo de enfermagem, 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.**

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.

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 em 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 que 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, família e comunidade;
- utilizar um instrumento metodológico de trabalho (processo de enfermagem);
- promover o controle da evolução de doenças de natureza transmissível e crônico-degenerativa;
- utilizar-se do teor educativo (indivíduo/família) para o autocuidado e adaptação ao melhor nível de saúde possível;
- 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. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

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 anethics. 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: PROF AE. 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_analiticos.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.; ALSELMI, 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.

CAPÍTULO 2

RACIOCÍNIO CLÍNICO

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Revisão para a segunda edição: Maria Helena Baena de Moraes Lopes

O raciocínio clínico é essencial para o exercício da prática dos profissionais de saúde, sendo assim, um foco perene da educação médica, de enfermagem e demais profissões de saúde, além de considerada a característica definidora da profissão⁽¹⁾.

Pode ser definido como o processo de aplicação do conhecimento e da perícia em uma situação clínica para o desenvolvimento de uma proposta de solução⁽²⁾. 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 metas e de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. Essas decisões são tomadas a partir de análises indutivas, dedutivas e intuitivas.

O raciocínio clínico é uma construção vasta e complexa, descrita e usada de diferentes maneiras por diferentes pessoas. Não existe uma definição definitiva de raciocínio clínico. Apesar disso, muitas vezes é assumido como uma construção universalmente compreendida⁽¹⁾.

Apesar de esta expansão conceitual do raciocínio clínico, alguns aspectos são ignorados na literatura. Geralmente definido em termos de cognição, há, no entanto, uma consciência crescente da importância do contexto e do sistema mais amplo em que o raciocínio clínico tem lugar. A teoria da situatividade (*situativity theory*) considera que o conhecimento, o pensamento e a aprendizagem estão situados na experiência. A importância do contexto para essas teorias é fundamental, incluindo a contribuição única do ambiente para o conhecimento, pensamento e aprendizagem. Argumenta-se que o conhecimento, o pensamento e a aprendizagem não podem ser separados, porque dependem do contexto^(1,3).

O raciocínio clínico envolve estratégias de raciocínio analíticas (conscientes, controladas) e não analíticas (inconscientes, automáticas)⁽⁴⁾ (Eva, 2004), e sua efetividade depende do desenvolvimento de habilidades cognitivas e metacognitivas⁽⁵⁾. Cognition é qualquer operação mental - percepção, atenção, memorização, leitura, escrita, compreensão, comunicação e outras. O termo metacognition surgiu na década de 70 e completou 50 anos em 2021. Significa “pensar sobre o pensar”, “cognition da própria cognition”, “pensamento do próprio pensamento”⁽⁶⁾. O desenvolvimento da perícia em enfermagem está intimamente relacionado às habilidades cognitivas e metacognitivas e à capacidade de resolver problemas⁽⁷⁾.

2.1- Pensamento Crítico e Pensamento Reflexivo

Segundo revisão realizada por Cerullo e Cruz na literatura de enfermagem, raciocínio clínico e pensamento crítico são usados frequentemente como sinônimos. Contudo, o pensamento crítico, na opinião dessas autoras, “envolve algumas habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual se baseia ainda nos conhecimentos existentes e no contexto (metas possíveis, desejos do usuário, recursos disponíveis)”⁽⁸⁾.

Tanto o pensamento crítico quanto o pensamento reflexivo são necessários para o raciocínio clínico efetivo. Pensamento crítico é cognition, é o trabalho intelectual da mente que envolve raciocínio e autodisciplina no uso de habilidades particulares. Pensamento reflexivo é metacognition, 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 assim como o pensamento reflexivo está para a aquisição de habilidades metacognitivas. Ambos são características desejadas na formação e atividade profissional do enfermeiro⁽⁵⁾.

Já Hicks-Moore e Pastirik (2006) afirmam que, segundo a *American Philosophical Association*, pensamento crítico é um julgamento 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⁽⁹⁾.

Segundo Kuiper e Pesut, 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^(5,10).

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. Essa estratégia é utilizada na prática do enfermeiro como método de investigação e reflexão sobre problemas ou situações clínicas, a fim de se utilizar a estratégia adequada⁽¹¹⁾.

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⁽¹²⁾:

- **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.

Pode-se concluir que 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⁽¹³⁾. 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⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro trabalha com um número reduzido de manifestações (características definidoras) para afirmar um diagnóstico, porque, frequentemente, o indivíduo, família, comunidade ou grupo, não apresentam 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⁽¹⁵⁾.

Identificar diagnósticos de enfermagem é uma 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 melhorar 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, aumentam as chances de o enfermeiro identificar um diagnóstico acurado.

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⁽¹⁴⁾.

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⁽¹³⁾.

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

Lunney relaciona a teoria da inteligência de Sternberg ao pensamento crítico. Sternberg sugere a inteligência como parte do cotidiano, sendo uma autogestão mental⁽¹⁴⁾. São apresentados três componentes (mundo interno, mundo externo, experiência) inter-relacionados, que podem melhorar o padrão intelectual do enfermeiro, assim como o seu pensamento crítico⁽¹⁴⁾.

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⁽¹⁴⁾.

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⁽¹⁴⁾.

Por fim, a experiência do indivíduo se relaciona ao fato de que, ao se executar uma tarefa várias vezes, ela tende a se tornar automática. Ser capaz de lidar com o novo é considerado um aspecto da inteligência. Na primeira vez em 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⁽¹⁴⁾.

Lunney (2004), com base no estudo de Scheffer e Rubinfeld, 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⁽¹⁴⁾:

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⁽¹⁴⁾.

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⁽¹⁴⁾.

As habilidades, os processos de cognição e metacognição devem ser estimulados como um compromisso profissional e 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)⁽¹⁶⁾, 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*⁽¹⁷⁾.

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. Já 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.

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 utilizada 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⁽¹⁸⁾.

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⁽¹⁹⁾.

2.5- Inteligência Emocional no Raciocínio Clínico e Tomada de decisão

As capacidades de inteligência emocional no raciocínio clínico e tomada de decisão têm sido amplamente ignoradas na busca de compreender como os profissionais de saúde desenvolvem o conhecimento clínico e as habilidades. Contudo, no estudo de Hutchinson sobre esse tema, a tomada de decisão clínica foi descrita pelos participantes como complexa e desafiadora. Eles consideraram as experiências como um componente ativo da prática clínica. Verificou-se que enfermeiras experientes e motivadas reconhecem, interpretam e gerenciam emoções no contexto clínico, com recursos de inteligência emocional influenciando a cognição e o raciocínio. Sendo assim, muito do que é denominado intuição na literatura de enfermagem se alinha com os recursos de inteligência emocional descritos pelos participantes neste estudo, sugerindo uma interpretação alternativa para intuição do enfermeiro. Como as capacidades de inteligência emocional foram empregadas em contextos complexos e desafiadores, essas habilidades podem estar associadas aos resultados do paciente⁽²⁰⁾.

2.6- 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 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 das 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 melhora 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 adequados a cada caso e contexto, tendo como base o conhecimento em enfermagem.

Referências consultada

1. GRUPPEN, L.D. Clinical Reasoning: Defining It, Teaching It, Assessing It, Studying It. *West J Emerg Med.* v. 18, n.1, p.4-7, 2017.]
2. 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.
3. DURNING, S.J.; ARTINO, A.R.J. Situativity theory: A perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide no. 52. *Med Teach.* 2011;33:188-99.
4. EVA, K.W. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ* 39(1):98-106, 2004. Errata: *Med Educ* 39(7):753, 2005.
5. 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.
6. ROSA, C.T.W. da; CORRÊA, N.N.G.; PASSOS, M.M.; ARRUDA, S.M. Metacognição e seus 50 anos: uma breve história da evolução do conceito. *Revista Educar Mais.* v.4, n.3, p.703-721, 2020 DOI: <https://doi.org/10.15536/reducarmais.4.2020.2063> 703.
7. CHARTIER, L. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. *Nursing Diagnosis.* v.12, n.2, p.55-60, 2001.
8. CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.* v.18, n.1, 2010.
9. 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.

10. 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.
11. SIMPSON, E.; COURTNEY, M. Critical thinking in nursing education: a literature review. *International Journal of Nursing Practice*. v.8, p.89-98, 2002.
12. 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.
13. 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.
14. _____ . Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. CLARK, J. A language for nursing. *Nursing Standard*. v.13, n.31, p.42-47, 1999.
19. 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.
20. HUTCHINSON, M.; HURLEY J.; KOZLOWSKI, D.; WHITEHAIR, L. The use of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision-making: A qualitative, exploratory study. *J Clin Nurs*. v. 27, e600–e610, 2018.

CAPÍTULO 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

Revisão para a segunda edição: Juliana de Lima Lopes

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 a respeito dessa 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 7.498, que delibera sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, determinou que a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem são 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 nº 272/2002.

Anos mais tarde, o Cofen publicou a Resolução nº 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 de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

É somente na Resolução Cofen nº 358/2009 que se estabelece uma distinção entre SAE e PE, conforme quadro abaixo:

***Sistematização da Assistência de Enfermagem** organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de enfermagem.*

***Processo de enfermagem:** instrumento metodológico 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 como ferramenta utilizada para sistematizar a assistência. A definição adotada de Processo de Enfermagem será a seguinte:

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 processo de acreditação.

3. A utilização de uma ferramenta, por si só, não pode garantir a qualidade de um serviço prestado.

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 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- 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. O técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem participam da execução do processo de enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação 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.

3.3.1- 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. Independentemente 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 (faça a leitura atenta do capítulo 5).

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 biopsicossocioespiritual, holística, favorece o raciocínio clínico e o julgamento diagnóstico quando se utiliza a classificação da 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 que sejam:

- **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 as 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.

3.3.2- Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem pode ser definido, segundo a NANDA-I como:

o julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/ processos de vida ou uma suscetibilidade a essa resposta identificada em um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade. Um diagnóstico de enfermagem é a base para a escolha de intervenções de enfermagem que alcancem resultados que são de responsabilidade do enfermeiro.

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 indutivo, 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, condições associadas ou populações em risco).

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 de Enfermagem 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).

3.3.3- 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;
- problemas que, se solucionados, alterarão outros diagnósticos de enfermagem; problemas que podem ser adiados sem comprometer a saúde daqueles que estão sob os cuidados do enfermeiro.

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 analisados, 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 e planeja o cuidado. Ele também pode oferecer o cuidado, mas prescreve para demais profissionais de enfermagem, inclusive outros enfermeiros.

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.

3.3.4- Implementação

É a execução, pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), das atividades prescritas na etapa de Planejamento de Enfermagem. 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 são voltadas para famílias e comunidade e podem ser iniciadas pelo enfermeiro, médico ou outro prestador de cuidados. Nesse sentido, 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.

3.3.5- 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.

3.4- Anotação e evolução de enfermagem

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. Permite ao enfermeiro 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- 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 nº 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 e 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.

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; 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 têm 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 nº 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 idoso), 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*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

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/resolucofen-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.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação. 12a edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.

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.

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.

CAPÍTULO 4

CLASSIFICAÇÕES DE LINGUAGEM EM ENFERMAGEM

Alba Lucia Bottura Leite de Barros

Juliana de Lima Lopes

Rita de Cassia Gengo e Silva

Revisão para a segunda edição: Rita de Cassia Gengo e Silva

A enfermagem é uma ciência e profissão cujo domínio inclui os princípios e leis que governam os processos de vida, bem-estar e o ótimo funcionamento dos seres humanos, estejam doentes ou saudáveis, os padrões de comportamento humano em interação com o ambiente e os processos pelos quais mudanças positivas no status de saúde são afetadas. Aquilo que é de domínio da disciplina de enfermagem é expresso por meio dos elementos centrais de sua prática, isto é, os diagnósticos de enfermagem, os resultados do paciente e as intervenções de enfermagem. Estes elementos centrais precisam ser comunicados de forma clara, a fim de garantir, dentre outros, a segurança, a qualidade e a continuidade do cuidado de enfermagem.

Na enfermagem, iniciativas para a classificação dos fenômenos de interesse da disciplina datam de meados da metade do século XX. No entanto, foi a partir da década de 1970 que enfermeiros se reuniram para organizar a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem. 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.

Os Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP) disponíveis atualmente oferecem uma estrutura para organizar diagnósticos de enfermagem, resultados do paciente e intervenções de enfermagem. Tais SLP são essenciais para a utilização do Processo de Enfermagem Avançado (PEA), que consiste em um estilo de pensamento para a tomada de decisão diagnóstica (sobre diagnósticos), prognóstica (sobre resultados) e terapêutica (sobre intervenções), cujas decisões são comunicadas por meio de conceitos definidos, válidos e baseados em evidência.

Os SLP têm a finalidade de fornecer consistência para o vocabulário utilizado pelos enfermeiros para comunicar os elementos centrais de sua prática. Além de dar nome aos fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem, os SLP fornecem orientação e apoio para o enfermeiro em seu raciocínio e tomada de decisão clínica, contribuem para delimitar o corpo de conhecimentos específicos da enfermagem e oferecem uma estrutura clara e adequada para a documentação dos registros de enfermagem, incluindo o prontuário eletrônico do paciente.

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 geográficas 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.

4.1- Estrutura das classificações

Considerando que as classificações da NANDA-International (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-I, 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-I, 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. Na 12ª edição da Classificação da NANDA-I, existem 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos aceitos. O quadro 4 mostra os domínios e classes da Taxonomia II.

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/Tolerância ao Estresse	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	Infeção	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											Temorregulação		

Fonte: NANDA Internacional 2021-2013

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:

- **Com foco no problema**, isto é, um julgamento clínico acerca de uma resposta humana indesejada à condição de saúde ou processos de vida. Este tipo de diagnóstico é composto por título (nome do diagnóstico), definição do título, características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados (causas);
- **De risco**, que é um julgamento clínico sobre a susceptibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade desenvolverem uma resposta humana indesejada à condição de saúde ou processos de vida. Este tipo de diagnóstico é composto por título, definição do título e fatores de risco (fatores que podem tornar o diagnóstico real); e

- **De promoção da saúde**, que um julgamento clínico sobre a motivação ou o desejo do indivíduo, família, grupo ou comunidade aumentar o bem-estar ou o potencial de saúde. Este tipo de diagnóstico é expresso por meio da disposição para melhorar um comportamento específico de saúde. Este tipo de diagnóstico é composto por título, definição do título e características definidoras;
- **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.

Os diagnósticos podem conter outros dois elementos, quais sejam, população em risco e condições associadas. População em risco se refere a um grupo de pessoas que compartilham características que aumentam sua susceptibilidade de apresentar a resposta humana expressa pelo diagnóstico; tais características não são modificáveis pelo enfermeiro. As condições associadas são diagnósticas ou procedimentos médicos, dispositivos médicos/cirúrgicos ou medicamentos. Essas condições não podem ser modificadas de forma independente pelo enfermeiro.

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

Tipos de diagnósticos de enfermagem e seus respectivos elementos

Tipo de Diagnóstico/ Elementos	Com foco no problema	De risco	Promoção da saúde	Síndrome
Título	Estilo de vida sedentário	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Disposição para resiliência melhorada	Síndrome pós-trauma
Definição	Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.	Suscetibilidade de uma redução na circulação sanguínea periférica, que pode comprometer a saúde	Padrão de capacidade de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode ser melhorado	Resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo
Características definidoras	Falta de condicionamento físico; preferência por atividades com pouca atividade física; etc	Não tem	Expressa desejo de aumentar o envolvimento em atividades; Expressa desejo de melhorar a autoestima; etc	Agressão, alienação, alteração do humor; etc
Fatores relacionados	Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz a saúde; falta de interesse etc.	Não tem	Não tem	Força do ego diminuída; Papel de sobrevivente; etc
Fatores de risco	Não tem	Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença; Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis, etc	Não tem	Não tem
Condição Associada	Não desenvolvido	Hipertensão, trauma, etc.	Não desenvolvido	Não desenvolvido
População em risco	Não desenvolvido	Não desenvolvido	Não desenvolvido	Acidente grave; Ameaça grave a entes queridos; etc

Fonte: NANDA Internacional 2021–2023

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 160x100mmHg 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;
- dispneia;
- pressão arterial sistêmica de 160x100mmHg;
- 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 160x100mmHg; 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, angústia, dificuldades respiratórias, aumento da pressão arterial e pulso aumentado, e 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-I recebe contribuições da comunidade de enfermeiros de todo o mundo. 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 (por exemplo, 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. Além disto, os novos critérios para os níveis de evidência dos diagnósticos de enfermagem podem contribuir para o estabelecimento de estudos de linhas de pesquisa.

As diretrizes para a submissão de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I estão disponibilizadas no site da NANDA-I (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 conceituar, 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 sexta edição da NOC contém 540 resultados, sete domínios e 34 classes (quadro 6), direcionados para indivíduos, cuidadores familiares, família ou comunidade que podem ser utilizados em diferentes locais e especialidades clínicas.

Domínios e classes da classificação de resultados de enfermagem NOC (6ª 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	O - Terapia comportamental	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	M- Bem-estar psicológico	R- Crenças em saúde	V- Estado dos sintomas	Z- Estado de saúde de um membro da família	c- Proteção da saúde da comunidade
	C- Mobilidade	G- Líquidos e eletrólitos	N- Adaptação psicossocial	S- Conhecimento em saúde	e- Satisfação com a assistência	X- Bem-estar familiar	
	D- Autocuidado	H- Resposta imune	O- Autocontrole	T- Controle de riscos e segurança		d - Criação de filhos	
		I- Regulação metabólica	S - Educação do paciente				
		J- Neurocognição	P- Interação social				
		K- Digestão e nutrição					
		L- Integridade tissular					
		Y- Função sensorial					
		a- Resposta terapêutica					

Fonte: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: classificação dos resultados de Enfermagem. 6.ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

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 a seguir:

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; e por meio de especialidades, quando se pretende inserir resultados para uma população específica.

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.

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 sétima edição da NIC possui 565 intervenções de enfermagem. Cada uma delas possui uma lista de atividades. As intervenções estão organizadas em sete domínios e 30 classes (quadro 7).

Domínios e classes da classificação de intervenções de enfermagem NIC (7ª 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 perioperatórios	R - Assistência no enfrentamento				
	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 dessa 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.

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, tem:

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 formulário, 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.

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-I, 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, onze versões diferentes foram aprovadas e divulgadas (Alfa, Beta, Beta 2, Versão 1.0, Versão 1.1, Versão 2, Versão 2011, Versão 2013, Versão 2015, Versão 2017 e Versão 2019/2020) 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.

O Modelo de Sete Eixos facilita a criação dos Catálogos CIPE®, que são agrupamentos de enunciados pré-estabelecidos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os Catálogos CIPE® podem contribuir para apoiar e melhorar a prática e o processo de tomada de decisão clínica. O acesso aos Catálogos CIPE® aprovados pode ser feito por meio do portal eletrônico do ICN: <https://www.icn.ch/what-we-do/projectsehealth-icnptm/about-icnp/icnp-catalogues>

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.

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.

Em 2020, o ICN assinou acordo com SNOMED International que visa o gerenciamento, produção, divulgação e utilização da CIPE® pelo SNOMED. O ICN continua sendo proprietário da CIPE®. O referido acordo alinha-se com o incremento da informatização das informações em saúde e beneficia países que utilizam ambos os sistemas, na medida em que remove a necessidade de mapeamento dos termos entre eles.

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. A atual versão da CIPE® Versão 2019/2020 inclui um total de 4.475 conceitos, dos quais 2.035 são conceitos pré-coordenados, sendo 867 Diagnósticos/Resultados de enfermagem e 1.168 Intervenções de enfermagem; e 2.430 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 1.434 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 353 termos, por exemplo, bolsa de colostomia, fralda, coletor de urina.
- **Ação:** um processo intencional aplicado a um cliente, composto por 235 termos, por exemplo, trocar, promover, tranquilizar;
- **Tempo:** o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência, composto por 70 termos, por exemplo, admissão, frequente;
- **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico, intervenção, composto por 261 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;
9. 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 dele.

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.

BUTCHER, H.K.; BULECHEK, G.M.; DOCHTERMAN, J.M.; WAGNER, C.M. NIC: classificação das intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: GEN Grupo Editorial Nacional S.A., 2020.

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.; CUBAS, M.R.; GALVÃO, M.C.B.; NÓBREGA, M.M.L. *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): Versão 2019/2020*. Porto Alegre: Artmed, 2020.

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.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação. 12a edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.

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 : Artemd, 2004.

MOORHEAD, S. et. al. NOC: classificação dos resultados de enfermagem. 6.ed. Rio de Janeiro: GEN Grupo Editorial Nacional S.A., 2020.

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.

SMITH, M.C.; PARKER, M.E. Nursing theory and the discipline of nursing. In: SMITH, M.C. (Org.) Nursing theories and nursing practice. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2020.

CAPÍTULO 5

MODELOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Alba Lucia Bottura Leite de Barros
Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Gisele Saraiva Bispo Hirano

5.1- Introdução

A enfermagem é reconhecida como ciência, arte e cuidado a indivíduos, famílias e comunidade, e utiliza referenciais teóricos como as teorias de enfermagem, e metodológicos, como o processo de enfermagem, além de demais instrumentos validados metodologicamente. A legitimidade de uma profissão está relacionada à sua capacidade de gerar e testar teorias, no entanto, observa-se que na prática de enfermagem ainda existe uma importante lacuna entre teoria e prática⁽¹⁾.

As teorias e as perspectivas utilizadas por uma disciplina são o que a diferenciam de outras e definem os pressupostos e valores conceituais da prática profissional, o que permite aos seus integrantes compreenderem sua natureza e finalidade⁽²⁾.

Discutir sobre teoria de enfermagem corrobora para que os enfermeiros expressem insatisfação ou tédio, porém é importante compreender sua relevância para a enfermagem. É justamente a falta de conhecimento e compreensão sobre as teorias que levam os profissionais a não compreenderem sua aplicação prática. Como exemplo, cita-se que a rotineira prática de lavagens de mãos baseia-se nos princípios da teoria dos germes e de modelos epidemiológicos de transmissão e prevenção de doença⁽²⁾.

Uma teoria trata da articulação organizada e sistemática de um conjunto de afirmações de determinada disciplina relacionadas às suas questões significativas⁽³⁾.

As teorias de enfermagem são compreendidas como um conjunto de conceitos e princípios da ciência de enfermagem, com o objetivo de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem⁽⁴⁾.

Atribui-se à Florence Nightingale o título de primeira teorista de enfermagem, por ter apresentado o que considerava ser o objetivo da enfermagem e o significado do “ser enfermeiro”. Após Nightingale, várias décadas se passaram até que, em meados da década de 1950, surgiram novos trabalhos filosóficos e teóricos, com o objetivo de estruturar e organizar o conhecimento de enfermagem, além de promover uma prática racional e sistemática, desvencilhando a profissão do aspecto tecnicista e subordinado à prática médica que existia até então⁽²⁾.

Nas décadas de 1960 a 1970, houve um crescimento importante no desenvolvimento das teorias de enfermagem, contudo, tais teorias, chamadas de “grandes teorias”, possuem alto nível de abstração e muitos conceitos, o que, por vezes dificulta sua compreensão e transposição para a prática profissional. Aliado a este fato, observa-se que o ensino sobre teorias de enfermagem durante a formação do enfermeiro ainda é superficial^(2,5).

A partir da década de 1980, teorias mais facilmente aplicáveis na prática clínica, como as teorias de médio alcance, começaram a ser desenvolvidas com o objetivo de aproximar a teoria da prática de enfermagem e diminuir esta lacuna. Tais teorias possuem conceitos e proposições mais concretas que podem ser mais facilmente testáveis na prática⁽²⁾.

Duas décadas depois, no final dos anos 90, ainda com o objetivo de guiar a prática de enfermagem, surgiram as teorias práticas aplicadas e limitadas às populações ou situações específicas⁽⁶⁾.

Na sua prática assistencial, o enfermeiro utiliza-se de teorias específicas da enfermagem e de teorias “emprestadas” de outras disciplinas, como teorias das ciências biológicas, humanas e sociais. Citam-se como exemplos, o modelo epidemiológico de risco e o modelo biomédico além das classificações de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que no Brasil, são as classificações da NANDA-I⁽⁷⁾, NIC⁽⁸⁾ e NOC⁽⁹⁾ e a CIPE^{®(10)}.

Reconhecer a importância do arcabouço teórico para a construção do modelo assistencial adequado é essencial para a compreensão e desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência, prática e disciplina.

5.2- Modelo assistencial de enfermagem

A prática de enfermagem é oferecida a indivíduos, famílias e comunidades em diferentes situações de saúde e, para cada clientela, o enfermeiro deve estabelecer modelos assistenciais para o cuidado, embasados em um referencial teórico que permita a realização das etapas do processo de enfermagem à luz deste referencial.

Um modelo assistencial é construído a partir de diferentes teorias de enfermagem e deve fornecer orientação para a prática. Para definir-se a filosofia de cuidado deve-se respeitar a especificidade da situação de saúde da população atendida, além das condições de recursos humanos, materiais e tecnológicos disponíveis.

O delineamento de como será construído o modelo assistencial, e quais serão os referenciais teóricos utilizados são tarefas que devem ser realizadas de forma conjunta pelos profissionais da instituição, de modo que reflita não somente a especificidade da população atendida, mas também, a cultura, missão e valores organizacionais.

5.3- Construção de modelos assistenciais à luz de referenciais teóricos

A utilização de uma teoria de enfermagem como alicerce para a construção de um modelo assistencial se inicia pela construção do instrumento de coleta de dados, que deve refletir os pressupostos desta teoria. As teorias mais utilizadas em ambiente hospitalar e ambulatorial são a teoria da adaptação de Roy, a teoria do déficit do autocuidado de Orem e, no cenário brasileiro, o modelo assistencial das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, no entanto, existem várias teorias de enfermagem que podem ser utilizadas como referenciais.

No âmbito da saúde coletiva, os mesmos referenciais podem ser utilizados, contudo, algumas teorias, como a Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC)⁽¹¹⁾, podem ser mais facilmente aplicáveis. Em qualquer cenário, o modelo assistencial pode valer-se, ainda, de teorias emprestadas de outras ciências como: modelo epidemiológico de risco e modelo biomédico.

Conforme mencionado previamente, algumas teorias são amplas (grandes teorias) e outras mais específicas (teorias de médio alcance e teorias práticas/de situação-específica), sendo que cada teoria pode ser mais facilmente aplicável em determinadas populações. Nos quadros 1, 2 e 3, listamos algumas teorias de enfermagem e possibilidades de aplicação prática.

Quadro 1. Grandes teorias de enfermagem e exemplos de aplicação prática

Autor, ano	Teoria	População-alvo/exemplos de utilização prática
Florence Nightingale, 1859	Teoria ambientalista	Situações em que o controle do ambiente seja fundamental para controlar o processo de saúde-doença. Ex: setores com pacientes com doenças transmissíveis, como COVID-19
Callista Roy, 1960	Teoria da adaptação	Indivíduos com doenças crônicas, que precisam passar por um processo de adaptação às novas condições de saúde e doença. Ex: insuficiência cardíaca, AVE, diabetes mellitus
Dorothea Orem, 1971	Teoria do déficit do autocuidado	Indivíduos que apresentam sua capacidade de autocuidar-se prejudicada e necessitam da assistência de enfermagem para satisfazer suas necessidades. Ex: portadores de doenças agudas e crônicas, estomizados, vítimas de amputações etc.
Wanda Horta, 1970	Teoria das Necessidades Humanas Básicas	Indivíduos portadores de enfermidades diversas, em que as necessidades humanas básicas tenham sido afetadas. Ex: enfermidades agudas, portadores de doenças crônicas etc.

Quadro 2. Teorias de médio alcance e exemplos de aplicação prática

Autor, ano	Teoria	População-alvo/exemplos de utilização prática
Riegel <i>et al</i> , 2012	Teoria de médio alcance do autocuidado de doenças crônicas	Indivíduos com doenças crônicas
Primo & Brandão, 2017	Teoria interativa da amamentação	Mulheres lactantes
Rullanda & Moore, 1998	Teoria do final de vida em paz	Indivíduos em final de vida

Quadro 3. Teorias de situação-específica e exemplos de aplicação prática

Autor, ano	Teoria	População-alvo
Im, 2010	Experiência de sintomas de menopausa de mulheres asiáticas imigrantes	Mulheres imigrantes asiáticas na menopausa
Brennaman, 2012	Teoria das Emergências das crises	Indivíduos com doenças mentais persistentes e severas
Song, 2010	Teoria do autocuidado do diabetes mellitus, específica à situação	Indivíduos com diabetes mellitus

Conforme preconiza a Resolução Cofen nº 358/2009⁽¹²⁾, o Processo de Enfermagem deve ser alicerçado em referenciais teóricos, que orientem todas as etapas do processo. Desta maneira, ao construir-se instrumentos de coleta de dados, estes deverão incluir itens baseados nos conceitos e pressupostos da teoria escolhida.

O modelo conceitual das necessidades humanas básicas (NHB) de Wanda Horta, por exemplo, apresenta a premissa de que a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidade básicas, e de, quando possível, torná-lo independente dessa assistência⁽¹³⁾. Para construir-se um instrumento de coleta de dados baseado neste modelo teórico, deverão ser incluídos itens que apresentem os conceitos e metaparadigmas (quadro 4) apresentados pela teorista, ou seja, que abordem aspectos que identifiquem as necessidades humanas básicas afetadas.

Desta maneira, espera-se que todas as etapas do processo de enfermagem sejam realizadas à luz desta teoria. Devem ser incluídos, por exemplo, não somente itens que abordem dados referentes à condição atual de saúde do indivíduo, mas também, aspectos psicossociais, espirituais e familiares, além de questões relevantes das necessidades psicobiológicas afetadas.

Quadro 4. Metaparadigmas da enfermagem à luz do modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (Horta, 1979)

Enfermagem	Ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.
Ser humano	O ser humano possui muitas dimensões complexas e interligadas; como parte integrante do universo, o ser humano está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.
Ambiente	Tudo o que rodeia ou envolve os seres vivos
Saúde	A saúde é compreendida em relação ao tempo e espaço em que o homem vive; estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Fonte: Horta, WH. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979

Exemplos de construções de instrumentos de coleta de dados baseados nesse modelo teórico são facilmente encontrados na literatura. Como exemplos, podemos citar o instrumento de coleta de dados elaborado por Tolentino, Betencourt & Fonseca⁽¹⁴⁾, para realização de consulta de enfermagem a pacientes de um ambulatório de quimioterapia e o de Almeida *et al.*⁽¹⁵⁾, direcionado à clientela materno-infantil. Outro exemplo, utilizado por um hospital terciário de grande porte na cidade de São Paulo é apresentado por Barros⁽¹⁶⁾. Este modelo além de utilizar-se do modelo conceitual de Horta, apoiou-se em outros referenciais teóricos como o modelo de Orem, modelo biomédico e de ciências sociais.

Vale mencionar que em situações específicas como catástrofes ou pandemias como da Covid-19, quando uma instituição se transforma em referência para este tipo de atendimento, o modelo assistencial, bem como os instrumentos de coleta de dados devem ser revistos. O mesmo vale para setores específicos de demais instituições que direcionam o atendimento a esse novo perfil de pacientes. Para este cenário atípico e tão específico, algumas propostas de construção teórica de documentos que apoiam o Processo de Enfermagem são descritas por pesquisadores da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem em publicação recente⁽¹⁷⁾. Nessas situações, deve-se avaliar, ainda, a possibilidade de manter-se o referencial teórico ou apoiar-se em um novo referencial que reflita melhor as necessidades da população a ser atendida.

Um modelo assistencial bem alicerçado em um ou mais referenciais teóricos favorece o raciocínio crítico e o julgamento clínico do enfermeiro, contribuindo para a qualidade da assistência de enfermagem. Aliado ao referencial teórico, enfatizamos a importância do uso das linguagens padronizadas de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. O uso dessas linguagens permite a transcendência dos modelos conceituais para a prática de enfermagem⁽¹⁸⁾.

A utilização das linguagens padronizadas favorece o agrupamento de dados e gera evidências para a prática de enfermagem. Em ambiente hospitalar, onde a NANDA-I é mais utilizada, sugere-se que os

instrumentos de coleta de dados sejam apoiados na tipologia de Marjorie Gordon de modo a favorecer tais grupos de evidências⁽¹⁶⁾. Em ambientes extra-hospitalares, observa-se certa tendência de uso sinérgico das taxonomias NANDA-I e CIPE® que devem ser utilizadas de modo a guiar as intervenções que serão propostas.

Os subconjuntos terminológicos da CIPE® desenvolvidos por enfermeiros brasileiros em situações específicas da prática assistencial tem sido utilizados para a identificação de diagnósticos, intervenções e resultados⁽¹⁹⁾. Tais subconjuntos permitem a construção de instrumentos de coletas de dados apoiados nos mesmos. Alguns exemplos de subconjuntos terminológicos e as teorias utilizadas são apresentados no quadro 5.

Quadro 5. Exemplos de subconjuntos terminológicos CIPE® e teorias utilizadas*

Subconjunto Terminológico Cipe®	Teoria	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde de município interior Paulista**	Motivação humana de Maslow	+	+	-
Saúde da Criança na Atenção Primária em Saúde de município interior Paulista**	Motivação humana de Maslow	+	+	-
Pré-Natal e Pós-Parto na Atenção Primária em Saúde de município interior Paulista**	Motivação humana de Maslow	+	+	-
Saúde do Adulto e do Idoso na Atenção Primária em Saúde de município interior Paulista**	Motivação humana de Maslow	+	+	-
Saúde da Mulher na Atenção Primária em Saúde de município interior Paulista**	Motivação humana de Maslow	+	+	-

* nome da teoria modificado pelos autores

**Catálogo de Conjuntos Terminológicos da Atenção Primária em Saúde.

(+) presente; (-) ausente

A utilização das classificações eleva a visibilidade dos elementos do Processo de Enfermagem, pois permite gerar evidências. Tais evidências tornam as ações de enfermagem mais visíveis, permitindo comparação de dados entre as instituições e mostrando o real impacto social da profissão, especialmente neste momento em que a introdução dos sistemas eletrônicos de informação em saúde permitem cada vez mais a introdução dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados).

Ao buscarmos conhecimento sobre os aspectos teóricos que sustentam a nossa prática é importante lembrar que, outrora, a enfermagem era reconhecida somente como prática técnica, subordinada ao conhecimento médico. Percorrer o caminho entre a compreensão dos referenciais teóricos que a sustentam enquanto disciplina e ciência e sua aplicação prática, pode ser longo e árduo, no entanto, há que se assumir que a enfermagem, necessita, que sua prática seja fundamentada em conhecimento científico. Desenvolver teorias que possam ser mais facilmente aplicáveis na prática cotidiana e reconhecer a importância das teorias para o desenvolvimento e reconhecimento da profissão enquanto ciência e disciplina é uma responsabilidade que todos devemos assumir.

Bibliografia consultada

1. Brandão MAG, Martins JS de A, Peixoto M de AP, Lopes ROP, Primo CC. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. Texto Contexto - Enferm [Internet]. 8 de janeiro de 2018 [citado 27 de agosto de 2018];26(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400612&lng=pt&tlng=pt
2. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2016.
3. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress. 5º ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 688 p.

4. Garcia TR, Nóbrega MML da. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(2):228–32.
5. Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, Michie S. Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf.* março de 2015;24(3):228–38.
6. Im E-O, Meleis AI. Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. *Adv Nurs Sci.* dezembro de 1999;22(2):11–24.
7. HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação. 12a edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.
8. Bulechek B, Butcher HK, Dochterman J, Wagner C. NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6º ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2016. 1037 p.
9. Moorhead MM. NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5ª edição. GEN Guanabara Koogan; 2016.
10. Garcia TR, Galvão MCB, Nóbrega MML da, Cubas MR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2019-2020. 1ª edição. Artmed; 2020.
11. Egry EY, Fonseca RMGS da, Oliveira MA de C, Bertolozzi MR. Enfermagem em Saúde Coletiva: reinterpretação da realidade objetiva por meio da ação praxiológica. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:710–5.
12. Brasil. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 [Internet]. 358/2009 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
13. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.

14. Tolentino GS. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. *Rev Bras Enferm.* :9.
15. Almeida VS de, Querido DL, Esteves APV dos S, Vigo P dos S, Bornia RBRG, Jennings JM. Validação de instrumento para histórico de enfermagem materno-infantil utilizando Horta: estudo metodológico. *Online Braz J Nurs.* 2018;17(1):4-4.
16. Barros ALBL de. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica no adulto. 4o ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. 496 p.
17. Contribuições da rede de pesquisa em processo de enfermagem para assistência na pandemia de COVID-19. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 26 de outubro de 2020 [citado 1º de julho de 2021];73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PYtPFCnwjNNrzXsP5Qn49mK/?lang=pt>
18. Dochterman J, Jones D. Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC, and NOC. Washington: The publishing program of ANA; 2003.
19. Jensen R, da PR, Duarte MTC, Parada CMG de L, Primo CC, Ferreira ASSBS, et al. CIPE-APS. Subconjuntos terminológicos (catálogos) construídos com base no vocabulário da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem. Subconjuntos Terminológicos CIPE: Pré-natal e Pós-parto, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde Mental. 2020 [Internet]. Botucatu: UNESP; Disponível em: <https://apps.apple.com/br/app/cipe-aps/id1496050062#?platform=ipad>

CAPÍTULO 6

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE

Anamaria Alves Napoleão
Maira Gabriela Perego
Monica Isabelle Lopes Oscalices

6.1- Processo de enfermagem: breve histórico

O conhecimento em saúde e em enfermagem está em constante reelaboração. O impacto da incorporação de novos conhecimentos e de novas tecnologias nas diferentes áreas exigem mudanças e reposicionamentos para atendimento das demandas sociais e para a implementação efetiva de melhorias. O avanço do conhecimento científico e das tecnologias influenciam fortemente as políticas e os padrões de práticas em saúde.

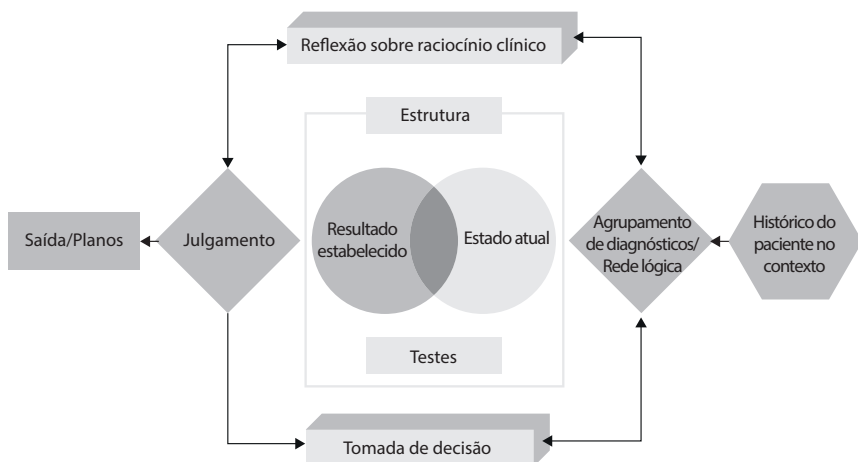
O processo de enfermagem surgiu na década de 1950 como um modelo metodológico para guiar o ensino e a prática de enfermagem e suas transformações históricas são coerentes com a natureza evolutiva do conhecimento. Entre as décadas de 1950 e 1960, período pós-guerra, foi apresentado por diferentes estudiosas da enfermagem em três etapas mais rudimentares comparadas às atuais e, em 1967, em quatro etapas – histórico, planejamento, implementação e avaliação em livro publicado por Yura e Walsh. Na década de 1970, foi apresentado por diferentes estudiosas com a etapa de diagnóstico de enfermagem incorporada e essa apresentação de cinco etapas tem sido utilizada até nos dias atuais. Desde sua criação, o processo de enfermagem constitui importante ferramenta de estudos e pesquisas que favorece o desenvolvimento científico da disciplina de enfermagem em consonância com os avanços científicos e tecnológicos da área da saúde, além da valorização da dimensão humana do processo de cuidar.

As décadas de 1950 a 1970 foram descritas por Pesut e Herman como sendo a primeira geração do processo de enfermagem. Nesse período, a ênfase estava na aquisição de habilidades para a solução de problemas e estruturação do raciocínio clínico voltado para quatro etapas: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Avaliações das dimensões biopsicossociais e físicas revelavam desvios dos padrões e normas aceitos e levavam à identificação de problemas que eram mitigados por ações, procedimentos e intervenções de enfermagem. Os enfermeiros passaram, então, a diferenciar as perspectivas dos cuidados de enfermagem das perspectivas de problemas médicos e visaram definir e desenvolver conceitos, termos e linguagem para descrever o escopo e foco da prática de enfermagem⁽¹⁾.

As décadas de 1970 a 1990 marcaram a segunda geração do processo de enfermagem, cujo foco estava em definir e explicar a natureza do raciocínio diagnóstico de enfermagem e, então, nas habilidades necessárias para o desenvolvimento de julgamentos clínicos pelo enfermeiro. Este trabalho evoluiu e as estudiosas passaram a sistematicamente nomear, representar e codificar os fenômenos da enfermagem, criando terminologias padronizadas, como as que hoje são conhecidas como taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, classificação de intervenções de enfermagem (NIC), de resultados de enfermagem (NOC), classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), entre outras^(2,2,3).

A evolução do conhecimento de enfermagem, alavancada pelas pesquisas sobre o processo de enfermagem e pelas terminologias padronizadas, além da aplicação dessas ferramentas no ensino e na prática clínica nos diferentes cenários da saúde, levou à chamada terceira geração do processo de enfermagem, descrita desde 1990 até os dias atuais. A terceira geração do processo de enfermagem aponta para o modelo *Outcome-Present State-Test* – OPT (Figura 1), em tradução livre, “Modelo de teste do estado atual e do resultado”. Trata-se de um modelo de processo de enfermagem que enfatiza a reflexão, a especificação de resultados, testes e o desenvolvimento de julgamentos clínicos, dado o contexto da história de um paciente. Este modelo apoia o uso e a aplicação do pensamento crítico, criativo, sistêmico e complexo na prática clínica^(1,3).

Figura 1 – Representação do modelo OPT proposto por Pesut e Herman (1998), apontado como terceira geração do processo de enfermagem (tradução livre).



Fonte: Kuiper R. *et al*, 2017

Nessa perspectiva, a partir de cada diagnóstico de enfermagem estabelecido para o paciente, uma dupla obrigação surge: a de intervir e a de avaliar a eficácia da intervenção realizada⁽²⁾.

Diante do exposto, entende-se como novo desafio no contexto do ensino, da pesquisa e da prática clínica de enfermagem, o desenvolvimento do conhecimento e habilidades voltados para o estabelecimento de resultados esperados a partir dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos e para a mensuração dos resultados alcançados pelos pacientes, diante das intervenções de enfermagem implementadas.

A evolução histórica do processo de enfermagem evidencia que, desde seu surgimento, esse instrumento metodológico por suas características e propósitos possibilita a estruturação e o aprimoramento do conhecimento da enfermagem por meio da pesquisa dos fenômenos da disciplina, da incorporação do conhecimento à prática clínica e ao ensino, o que, inegavelmente, contribui para melhorias na qualidade do cuidado de enfermagem e na segurança ao paciente.

6.2- Segurança do paciente: breve histórico

O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, com a publicação, em 1999, do relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, contribuiu para mudanças substanciais na área da saúde, revelando que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA, devido aos danos causados durante a própria prestação de cuidados de saúde⁽⁴⁾.

O impactante cenário revelado conferiu destaque a uma das dimensões da qualidade, a Segurança do Paciente, definida como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”⁽⁴⁻⁸⁾. A partir de então, governos, autoridades sanitárias e organizações passaram a apoiar estratégias para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde.

Segundo Montserrat-Capella, a partir de 2002, as Assembleias Mundiais de Saúde passaram a adotar resoluções que solicitavam urgência aos Estados Membros para se atentarem aos problemas relacionados à segurança do paciente e passarem a investir em iniciativas que impulsionassem o avanço do conhecimento em segurança do paciente. Em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. Desafios Globais foram lançados, tais como, “Uma assistência limpa é uma assistência segura”, no biênio 2005-2006, que visou promover a higienização das mãos como método sensível e efetivo de prevenção de infecções; e “Cirurgias seguras salvam vidas” no biênio 2007-2008, com o objetivo de promover a segurança do paciente durante intervenções cirúrgicas⁽⁹⁾.

Ainda segundo esses autores, nas Américas, em 2007, durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP), foram delineadas linhas estratégicas de ação a serem implementadas em favor da segurança do paciente, tais como posicionar a qualidade da atenção à saúde e à segurança do paciente como prioridade setorial; gerar informação e evidência em matéria de qualidade; promover a participação dos cidadãos em temas de qualidade, entre outras.

Outras iniciativas surgiram, como por exemplo, a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2005 e da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) em 2008, que estabeleceu o compromisso de divulgação das metas de segurança e criação de Polos (estados) e Núcleos de Segurança do Paciente (cidades ou regiões)⁽¹⁰⁾.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído em 2013 por meio de publicação da Portaria do Ministério da Saúde N° 529, de 1° de abril de 2013 (BRASIL, 2013), com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e como objetivos específicos⁽⁵⁾:

- I. promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II. envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III. ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV. produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V. fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Além da Portaria que publicou o PNSP, o Ministério da Saúde publicou ainda a Portaria N° 1377, de 9 de julho de 2013 — que aprovou os protocolos básicos de segurança do paciente, Protocolo de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e prevenção de úlcera por Pressão — e a Portaria N° 2095, de 24 de setembro de 2013 — que aprovou os protocolos de Prevenção de Quedas, de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.⁽⁶⁾

Outro importante marco para o impulsionamento das ações de segurança do paciente no Brasil foi a publicação da RDC N° 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da saúde, com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, tais como a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e de planos de segurança do paciente pelas instituições de saúde do país⁽⁸⁾. A partir de então, vários conceitos importantes sobre qualidade e segurança do paciente foram difundidos entre os profissionais de saúde do país.

Além do termo “segurança do paciente”, a RDC 36 apresentou outros termos fundamentais e suas definições para serem difundidos nos serviços de saúde. Tratam-se de conceitos importantes para a implementação, nos serviços, de estruturas e tecnologias necessárias às melhorias almejadas na segurança do paciente, conforme apresentado no Quadro 1⁽⁸⁾.

Quadro 1. Termos e definições relacionados à segurança do paciente⁽⁸⁾.

Termo	Definição
Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde	Componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados
Cultura de segurança	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Evento adverso	Incidente que resulta em dano à saúde

Garantia da qualidade	Totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem
Gestão de risco	Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde
Núcleo de segurança do paciente (NSP)	Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde	Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde
Segurança do paciente	redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013.

Desde a instituição do PNSP no Brasil, avanços no conhecimento e nas ações para a promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde puderam ser observados. A enfermagem, como a profissão que agrega o maior número de profissionais de saúde no Brasil, em virtude da relevância de suas ações para a obtenção de resultados favoráveis junto aos pacientes, ganhou maior notoriedade no contexto desses serviços a partir da instituição das políticas de segurança do paciente.

6.3- Processo de enfermagem e segurança do paciente

Atualmente, o Processo de Enfermagem se organiza em 5 etapas: Histórico de Enfermagem ou Coleta de Dados; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem, sendo essas etapas inter-relacionadas⁽¹¹⁾. É empregado como um instrumento ou uma ferramenta metodológica para a organização e documentação do cuidado oferecido aos usuários dos serviços de saúde⁽¹²⁾. É também uma forma de orientação do pensamento crítico e raciocínio clínico do enfermeiro⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A aplicação do Processo de Enfermagem proporciona a prestação de um cuidado integral e individualizado e colabora com a compreensão dos riscos a que os pacientes estão expostos cotidianamente nos serviços de saúde e, dessa forma, contribui com a segurança do paciente⁽¹⁵⁾.

Cada etapa do Processo de Enfermagem requer uma organização altamente relevante do trabalho e das ações de enfermagem, no contexto do cuidado e, desta forma, contribui de fato para a promoção de um cuidado seguro.

6.3.1- Coleta de dados de enfermagem

Primeira etapa do PE, consiste na *obtenção de informações sobre o estado de saúde de um indivíduo, de sua família ou de uma coletividade*, que deve se dar de forma factual, abrangente e organizada, de modo a possibilitar a determinação do seu estado de saúde^(12,14,15). De posse desses dados de saúde, é possível examinar de forma crítica as evidências sobre problemas apresentados pelo paciente e possíveis riscos à sua saúde^(14,15,16).

A coleta de dados exige do enfermeiro competências e habilidades de comunicação para a realização da anamnese e conhecimento sobre semiologia e semiotécnica para a realização do exame físico, além da familiaridade com resultados de exames laboratoriais e de imagem, entre outros.

A participação do paciente neste momento tem sido fortemente recomendada; para isso, a equipe de enfermagem precisa melhorar sua capacidade de comunicação enfermeiro-paciente e a escuta qualificada, envolvendo-o na discussão sobre os achados da entrevista e exame físico, a fim de validar as informações e complementar os dados⁽¹⁷⁾.

Observa-se que pacientes e enfermeiros podem detectar diferentes problemas no processo saúde-doença, o que justifica a importância do compartilhamento e envolvimento dos pacientes em seus cuidados. Conhecer as percepções, preferências e valores de cada indivíduo também colabora no planejamento e implementação da assistência de enfermagem individualizada e de qualidade⁽¹⁷⁾.

Para direcionar a coleta de dados, um instrumento pode ser utilizado como uma ferramenta importante^(14,15,16,17) para uma prática baseada em evidências. O instrumento pode assegurar um histórico de enfermagem abrangente e o registro das informações em si⁽¹⁵⁾.

É importante, ainda, que a coleta de dados seja realizada levando-se em conta o(s) modelo(s) teórico(s) de enfermagem escolhido(s) pelo corpo de enfermagem da instituição ou da unidade. As teorias ou modelos teóricos norteiam a abordagem do enfermeiro junto ao paciente: por exemplo, o enfermeiro pode se guiar pela obtenção de dados segundo os preceitos da teoria das necessidades humanas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de Horta ou pela obtenção dos dados na perspectiva da teoria do autocuidado de Orem.

O registro adequado dos dados está entre as metas internacionais de segurança do paciente da *Joint Commission International*⁽¹⁸⁾; todos os profissionais de saúde devem ter acesso às informações atuais e pregressas dos pacientes, com o intuito de promover um cuidado adequado e melhores resultados em saúde⁽¹⁹⁾.

6.3.2- Diagnóstico de enfermagem

A segunda etapa do Processo de Enfermagem, *Diagnóstico de Enfermagem*, está diretamente relacionada à etapa de coleta de dados. Os dados coletados são interpretados e agrupados para que o enfermeiro possa diagnosticar mais precisamente as respostas humanas com foco no problema, de risco ou de promoção da saúde, em indivíduos, famílias ou coletividades; o julgamento clínico correto nesta etapa é fundamental para o estabelecimento de resultados esperados e para a seleção adequada das intervenções de enfermagem que ocorrem na etapa seguinte do processo de enfermagem, o planejamento^(12, 20).

Deve-se destacar que nem sempre os diagnósticos de enfermagem com foco no problema são mais relevantes do que os diagnósticos de risco. Ambos devem ser avaliados considerando as reais necessidades do paciente^(21,22).

O raciocínio diagnóstico impacta diretamente na segurança do paciente, pois quando há imprecisão diagnóstica, o planejamento do cuidado provavelmente será falho. O não reconhecimento de problemas e vulnerabilidades específicos — como, por exemplo, o risco de lesão por pressão ou o risco de sangramento —, afetam a qualidade da assistência prestada. O mesmo ocorre diante de situações que exigem intervenção imediata, em que o enfermeiro precisa de habilidade para reconhecimento desses problemas a fim de evitar complicações à saúde⁽¹⁴⁾.

Nacionalmente, os protocolos de segurança do paciente alertam sobre a prevenção de quedas, identificação correta do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão^(5,6). Tais protocolos podem ser considerados aliados na determinação de diagnósticos de enfermagem e dos planos de cuidados a serem estabelecidos pelos enfermeiros. É o caso, por exemplo, do protocolo de prevenção de quedas e de prevenção de lesão por pressão, uma vez que a aplicação de escalas diariamente para determinação da existência desses riscos deve ser realizada pelos enfermeiros nos serviços de saúde.

A partir dos diagnósticos de enfermagem, é possível também identificar outros riscos a que podem estar expostos os pacientes e que necessitam de cuidados especializados de enfermagem para manejo e controle, em total conformidade com os preceitos da segurança do paciente. São exemplos desses diagnósticos, de acordo com a taxonomia da NANDA-I:

- Risco de infecção;
- Risco de infecção no sítio cirúrgico;
- Risco de integridade da pele prejudicada;
- Risco de quedas;
- Risco de recuperação cirúrgica retardada;
- Risco de disfunção neurovascular periférica;
- Risco de tensão no papel de cuidador;
- Risco de glicemia instável.

É possível, ainda de acordo com a taxonomia da NANDA-I, estabelecer diagnósticos de enfermagem com foco no problema. Estes constituem julgamentos clínicos a respeito de uma resposta humana indesejável, a uma condição de saúde/processo de vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Essas respostas constituem importante foco das ações de enfermagem que promovem a segurança do paciente. Constituem exemplos de diagnósticos de enfermagem com foco no problema⁽²²⁾:

- Comportamento de saúde propenso a risco;
- Controle ineficaz da saúde;
- Padrão respiratório ineficaz;
- Ventilação espontânea prejudicada;
- Medo;
- Dor aguda;
- Proteção ineficaz;
- Síndrome do idoso frágil;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Mobilidade física prejudicada;
- Confusão aguda;
- Conhecimento deficiente;
- Comunicação verbal prejudicada;
- Integridade da pele prejudicada.

Há ainda, na taxonomia da NANDA-I, diagnósticos de enfermagem de síndrome (formados por um agrupamento de diagnósticos de enfermagem), como por exemplo, Síndrome da dor crônica e de promoção da saúde, como por exemplo, Disposição para paternidade ou maternidade melhorada⁽²²⁾.

Pode-se inferir que, uma abordagem utilizando diagnósticos de enfermagem estabelecidos a partir dos dados efetivamente coletados, assegura a individualização do cuidado, norteia o estabelecimento de resultados e intervenções adequados e, dessa forma, qualifica enormemente a atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem, contribuindo para a segurança do paciente.

Entende-se, portanto, que a interpretação adequada das necessidades do paciente e sua condição clínica, está diretamente relacionada com a precisão dos diagnósticos de enfermagem, escolha correta dos resultados e das intervenções de enfermagem. Inversamente, falhas na interpretação diagnóstica podem acarretar danos ao paciente, pelo não reconhecimento de problemas ou de vulnerabilidades que os expõem a riscos e conseqüentemente, estabelecimento de intervenções que não atendem às necessidades do paciente e à integralidade do cuidado⁽²³⁾.

A melhoria da qualidade em saúde, depende, entre outros fatores, desse raciocínio e acurácia para o diagnóstico e demais etapas do processo de enfermagem⁽²³⁾.

Ademais, para o sucesso do diagnóstico de enfermagem, é recomendada, sempre que possível, a participação do paciente no cuidado e o seu envolvimento desde o início do processo, para que haja compreensão do seu papel no cuidado em saúde, o que também pode contribuir para a prevenção de falhas na assistência de enfermagem⁽¹⁴⁾.

6.3.3- Planejamento de enfermagem

A terceira etapa do Processo de Enfermagem, *Planejamento de Enfermagem*, envolve o paciente, a família, equipe de enfermagem e de saúde e compreende priorizar os diagnósticos de enfermagem estabelecidos⁽²⁰⁾,

determinar os resultados esperados e as intervenções de enfermagem, registrando-as devidamente nas prescrições de enfermagem^(11,20).

As prescrições de enfermagem devem ser descritas de forma completa, clara, precisa e baseada em evidências para garantirem a segurança do paciente após fundamentação teórica aplicada na seleção das intervenções de enfermagem. Tratam-se de responsabilidades do enfermeiro, pois dessa forma, entende-se que serão seguras e que modificarão a condição clínica do paciente⁽¹⁶⁾.

Para estabelecer as intervenções de enfermagem, o enfermeiro pode optar por utilizar a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), que tem como foco o comportamento do enfermeiro, as condutas que serão tomadas para atingir os resultados esperados. Para o estabelecimento dos resultados esperados, pode utilizar a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), que é utilizada como critério de avaliação do paciente frente às intervenções de enfermagem⁽²⁴⁾. Utilizar terminologias refletem uma comunicação efetiva e proporcionam um método de avaliação⁽²⁵⁾.

O planejamento de enfermagem promove comunicação efetiva e segurança do paciente, desde que atenda às regras de registros adequados; dessa forma, é possível direcionar o cuidado, promover a comunicação entre pacientes, familiares e demais membros da equipe e avaliar o cuidado prestado⁽¹⁴⁾.

Um bom registro do plano de enfermagem aponta os diagnósticos de enfermagem com foco no problema e os de risco que o paciente apresenta prioritariamente. Também apresenta, a partir desses diagnósticos de enfermagem, resultados esperados, que guiam a determinação das intervenções de enfermagem, também como uma forma de garantir a segurança do paciente. Ressalta-se a importância de se ter clareza sobre os resultados que se deseja alcançar para determinar as intervenções de enfermagem⁽¹⁴⁾.

O planejamento de enfermagem é uma ferramenta para a integralidade do cuidado e requer raciocínio clínico e pensamento crítico para sua realização, uma vez que cada indivíduo é um ser único e, dessa forma, o planejamento também deve ser individualizado, mesmo diante de um problema de saúde semelhante, as necessidades podem ser diferentes⁽²⁶⁾.

Neste sentido, o paciente é visto como elemento central do cuidado e por isso sua participação é importante; discutir o planejamento do cuidado com o paciente é uma das responsabilidades do enfermeiro neste processo⁽²⁶⁾ e direito garantido ao paciente⁽²⁷⁾.

6.3.4- Implementação

A quarta etapa do Processo de Enfermagem, *Implementação*, refere-se à realização das intervenções de enfermagem⁽¹¹⁾ a partir do que foi prescrito pelo enfermeiro⁽¹⁶⁾, ou seja, o plano que foi desenvolvido durante o planejamento orienta o que é realizado durante a implementação.

Nessa etapa, além de assegurar o registro da implementação das intervenções realizadas, o enfermeiro coordena o fornecimento dos cuidados, emprega estratégias para promover a saúde e um ambiente seguro e, durante a implementação, monitora os pacientes para determinar resposta às intervenções⁽¹³⁾. Sendo assim, pode-se afirmar, que a etapa seguinte, avaliação, se inicia durante a implementação.

Trata-se de uma etapa desafiadora, por exigir muitas vezes que se reúna as cinco etapas do processo de enfermagem enquanto se raciocina para tomar decisões rápidas a partir da observação das reações do paciente às intervenções. Nessa etapa também quase sempre ocorre a delegação de cuidados aos técnicos ou auxiliares de enfermagem, que compõem uma importante parcela da força de trabalho da enfermagem.

O enfermeiro deve sempre estar atento, ao delegar os cuidados, aos cinco certos da delegação: 1) A tarefa certa; 2) à pessoa certa; 3) na situação certa; 4) com a comunicação certa e 5) para fazer a avaliação certa.

Ao delegar, é importante fazê-lo com conhecimento sobre o que é permitido delegar, de acordo com a legislação de enfermagem brasileira e em que situações não se deve delegar os cuidados.

É importante ter conhecimento do profissional a quem se delega o cuidado, certificando-se que o profissional tenha competência, conhecimento e familiaridade com o que está sendo delegado. Por outro lado, os profissionais que recebem as delegações de cuidados devem expressar eventuais dúvidas ou não familiaridade com o que está sendo delegado e solicitar apoio de enfermeiros mais experientes para a realização da atividade se este for o caso.

O enfermeiro não deve delegar cuidados quando⁽¹³⁾:

- a. As intervenções exigirem investigação complexa e julgamentos clínicos;
- b. O resultado da intervenção for imprevisível;
- c. Existir maior risco de dano ao paciente;
- d. A intervenção exigir solução imediata de problemas.

Assim como a delegação dos cuidados exige o uso de uma mente crítica, a implementação por parte do enfermeiro requer resposta às seguintes questões:

- a. Sou qualificado para realizar a intervenção ou devo acionar outro colega mais experiente?
- b. O que posso precisar?
- c. O que pode acontecer de errado, o que posso fazer para impedir que isso aconteça e como lidarei com isso se acontecer?
- d. O paciente está pronto para receber a intervenção? O que posso fazer para facilitar?
- e. Existem documentos institucionais (protocolos clínicos, procedimentos operacionais padrão - POP, outros) que devo verificar antes de iniciar a intervenção?

Para garantir a segurança do paciente, deve-se monitorar atentamente como o paciente está reagindo e se os resultados esperados estão sendo alcançados. Caso não estejam, deve-se buscar qual a razão⁽¹³⁾.

6.3.5- Avaliação

Por fim, a quinta etapa do Processo de Enfermagem, Avaliação, que, apesar de sequencialmente ser a última, deve ser realizada de forma contínua para avaliar as respostas dos pacientes às intervenções de enfermagem implementadas^(11,13)

É responsabilidade do enfermeiro avaliar se há necessidades de mudanças ou manutenção dos diagnósticos, e das intervenções propostas; os resultados da avaliação podem indicar a qualidade da assistência prestada e melhoria da prática⁽²⁸⁾. Quando não é cumprida a etapa de avaliação, entende-se que o paciente pode estar em risco, já que não há como saber se os resultados esperados foram ou não atingidos e se há necessidades de mudanças no plano de cuidados em favor do paciente.

Por isso, o enfermeiro necessita, durante a avaliação, identificar se os resultados foram alcançados ou se existem falhas no plano de cuidados e assim, proporcionar segurança ao paciente⁽¹⁴⁾. O enfermeiro pode se valer nessa etapa do uso de escalas de avaliação, como as escalas dos resultados de enfermagem da NOC.

Vale ressaltar que, na avaliação, o paciente também pode trazer contribuições importantes, já que sob a ótica apenas da equipe de enfermagem, não é possível avaliar todas as faces do cuidado⁽²⁶⁾.

6.4- Considerações finais

A enfermagem é uma profissão que permanece em tempo integral ao lado do paciente⁽²⁹⁾ e sua atuação nos cenários dos serviços de saúde possui importância incontestável. É fundamental assegurar o dimensionamento adequado da equipe, de insumos, de tecnologias, organizar documentos como guias, protocolos e POP e realizar capacitações da equipe para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes em geral e especialmente de eventos adversos. Estimular o envolvimento dos pacientes em todo esse processo sempre que possível constitui também importante estratégia qualificadora e favorecedora de um cuidado de enfermagem seguro.

Ademais, para um avanço considerável da segurança do paciente no contexto do processo de enfermagem, é necessário avançar no conhecimento sobre o estabelecimento dos resultados que se espera alcançar junto ao paciente e na avaliação do alcance desses resultados junto aos pacientes.

Bibliografia consultada

1. PESUT, D.J.; HERMAN, J.A. *Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking*. Albany (NY): Delmar; 1999.
2. GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 mar; 13 (1): 188-193 Referências Bibliográficas
3. KUIPER, R.; O'DONNELL, S.M.; PESUT, D.J.; TURRISE, S.L. *The essentials of clinical reasoning for nurses. Using the outcome present state-test model for reflexive practice*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International, 2017.
4. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jul. 2013a. Seção 1, p. 47.*
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013b. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013b. Seção 1, p. 113.*

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 2013c.

9. MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R.S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

10. REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). REBRAENSP NACIONAL. Sobre a REBRAENSP. Disponível em: <<https://www.rebraensp.com.br/quem-somos>>. Acesso em: 26 de julho de 2021.

11. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN n° 358/2009, de 15 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. Brasília; 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 01 de julho de 2021.

12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN n° 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 29 de junho de 2021.

13. ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 304p.

14. ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 272p.

15. PEREIRA, G. do N. et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm. foco (Brasília)*, p. 21-25, 2017.
16. TANNURE M.C, PINHEIRO A.M. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 491p.
17. FLORIN, J; EHRENBERG, A; EHNFORNS, M. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, v. 51, n. 2, p. 140-149, 2005.
18. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *International Patient Safety Goals*. c2021. Disponível em: <<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>>. Acesso em: 28 jun. 2021.
19. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Communicating Clearly and Effectively to Patients: how to overcome common communication challenges in health care*. 2018. Disponível em: <[https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2021.
20. BARROS, A. L. B. L. et al. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. São Paulo: Coren-SP, 2015.
21. GALLAGHER-LEPAK, S. Fundamentos do diagnóstico de Enfermagem. In: HERDMAN, T.H; KAMITSURU, S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
22. HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação*. 12a edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.
23. LUNNEY, M; PARADISO, C. Accuracy of interpreting human responses. *Nursing Management*, v. 26, n. 10, p. 48H, 1995.

24. JOHNSON M, BULECHEK G, BUTCHER H, et al. Ligações entre NANDA-NOC-NIC, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
25. MÜLLER-STAU, M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International journal of nursing terminologies and classifications*, v. 20, n. 1, p. 9-15, 2009.
26. BALLANTYNE, H. Developing nursing care plans. *Nursing Standard* (2015), v. 30, n. 26, p. 51, 2016.
27. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017. 70 p.
28. MOULE, Pam et al. Evaluation and its importance for nursing practice. *Nursing Standard*, v. 31, n. 35, 2017.
29. CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 31, n. 4, 2015.

CAPÍTULO 7

ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Alessandro Lopes Andrighetto

Quando tratamos da profissão de enfermagem, observamos que antes de ser reconhecida como tal, esta já existia desde o início da era cristã¹, como sendo parte da própria conduta religiosa da época, porém, sem qualquer meio legislativo de regulamentação, sendo exercida de maneira informal⁽¹⁾.

Especificamente no caso do Brasil, verifica-se que a legislação propriamente dita em relação à profissão aparece pela primeira vez com a criação do curso de Enfermeiros e Enfermeiras da Escola do Hospital Nacional de Alienados, através do Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1980² (2007)⁽¹⁾, sendo que tal legislação seria totalmente reorganizada pelo Decreto Lei 4.725 de 22 de setembro de 1942, com a criação dos cursos de enfermeiros – auxiliares e enfermeiros diplomados em serviços psiquiátricos^(2,3).

Por óbvio que mudanças políticas, sociais e econômicas sempre interferiram no cotidiano do país³, e no âmbito da legislação relativa à profissão de enfermagem não poderia ser diferente, fato este que gerou uma reestruturação progressiva e adequação às necessidades do país,

1 Oguisso T. 2007. p. 35. As primeiras “damas da lâmpada” foram visitadoras domiciliárias, verdadeiras precursoras da enfermagem de saúde pública, que surgiram no primeiro século do cristianismo. O sofrimento humano fez nascer uma reação social que perdurou por muitos séculos, com o estabelecimento de uma ordem das diaconisas que teria sido o primeiro grupo organizado para visitar doentes e cuidar deles [...]⁽¹⁾

2 BRASIL, 1890. [...] Art. 1º Fica instituída no Hospício Nacional de Alienados uma escola destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras para ou hospícios e hospitais civis e militares. [...]⁽²⁾

3 Érika Toledo de Mendonça e Wellington Amorim ao desenvolver o tema “O Redimensionamento da Enfermagem Brasileira no setor da Saúde”, parte da obra História da Enfermagem, p. 470, relatam justamente o fato de que o processo de reestruturação da enfermagem acompanhou as tendências das políticas de saúde brasileira, e ainda, ao Brasil passar por mudanças curriculares e transformações profundas na vida política, social e econômica, acabou por influenciar os programas de saúde, tais como a ampliação de novas escolas de enfermagem, criação de órgãos de fiscalização da classe, atendimento às grandes demandas em saúde. E estes fatos tiveram influência especialmente na formação profissional e na adequação às necessidades do país, gerando profissionais integrados às novas tendências históricas da profissão, sempre se guiando pelas demandas sociais, políticas e econômicas.⁽⁴⁾

sendo que atualmente a legislação de enfermagem está estruturada de forma organizada e ampla em diversas normas⁽⁴⁾.

Da mesma forma, o Processo de Enfermagem – PE, como método de solução de problemas, tem normativa própria e busca estruturar mecanismos de trabalho da profissão para que esta possa ser cada vez mais pró-ativa e resolutiva em sua atuação, porém, para a aplicação efetiva e segura de tais métodos, há necessidade de se tomar cuidados que perpassam por aspectos éticos e jurídicos ligados à profissão.

No mesmo sentido, o desenvolvimento tecnológico tem criado mecanismos para que a profissão se desenvolva continuamente, principalmente com a implantação de novas técnicas e meios de registro e compartilhamento de informações, os quais são tema de estudo e inovação constante.

Estes registros, tanto objetivos quanto subjetivos do paciente, devem permitir o armazenamento, bem como o compartilhamento seguro das informações por meio de prontuário eletrônico, o qual tem regramento em legislação específica, a qual deve ser de conhecimento tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde.

7.1- O processo de enfermagem e sua regulamentação

Atualmente, o processo de enfermagem é regulamentado pela Resolução Cofen nº 358/2009, a qual estabelece normativa explícita e clara quanto à implantação e utilização do PE em ambientes públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem⁽⁵⁾.

Assim, em todo estabelecimento onde ocorra atuação do profissional de enfermagem, há necessidade de que o PE seja implementado, levando-se em conta não somente a Resolução acima, mas também outras normativas que permeiam toda a categoria, quais sejam, a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986, seu Decreto Regulamentador 94.406/1987 e Resolução Cofen nº 564/2017 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, além de pareceres, diretrizes e portarias emanadas tanto pelo Conselho Federal quanto pelo Conselho Regional de Enfermagem^(6,7,8).

Desta maneira, a enfermagem como profissão autônoma que é, desempenha suas atividades de forma sistemática, levando em consideração as etapas do PE, o qual tem como coordenador privativo o profissional Enfermeiro por força do artigo 11, I da Lei 7498/1986⁽⁶⁾.

Fato é que cabe ao enfermeiro tanto a direção quanto organização e coordenação dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares, pois é ele quem planeja, coordena, executa e avalia os serviços da assistência de enfermagem de forma exclusiva, vez que são prerrogativas profissionais a autoridade e competência para a realização de tais funções (1986)⁽⁶⁾.

No mesmo sentido, nosso código de Ética proíbe a realização de atividade de competência de um profissional por outro, bem como sua delegação, nos seguintes termos:

[...]

CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

[...]

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

[...]

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

[...]

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

[...]

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. **Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.** (2017)^[8] (grifo acrescentado).

Assim, em se tratando do PE, observa-se que existem etapas que poderão ter sua execução compartilhada com a equipe de enfermagem, o que é o caso da coleta de dados de Enfermagem, em que algumas medidas e dados poderão ser coletados por outros membros da equipe de enfermagem que não o profissional enfermeiro, desde que não se trate da consulta de enfermagem (a qual também é ato privativo deste profissional).

Ressalta-se que as atividades de nível médio a ser desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no âmbito da PE encontram-se dispostas nos artigos 10 e 11 do Decreto 94.406/1987 e sempre deverão ser desempenhadas sob supervisão do profissional enfermeiro, conforme artigo 13 da mesma normativa⁽⁷⁾.

Conforme seja realizada a coleta de dados do paciente, todos os atos decorrentes desta primeira etapa são de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. É ele quem interpreta e agrupa os dados coletados, os quais culminam com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem; é ele quem planeja e implementa as ações a serem tomadas em decorrência do diagnóstico, bem como avalia os resultados obtidos pós e durante a implementação da PE.

Ressalta-se ainda a necessidade de registro formal das etapas de execução do PE nos termos da Resolução Cofen nº 358/2009, cabendo a cada profissional a responsabilidade de inserção dos dados inerentes ao processo de cuidar, bem como ser franquiado o acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional (2017)^(5,8).

A importância da realização de registro das atividades de enfermagem fora inclusive ressaltada na Resolução Cofen nº 514/2016 como sendo parte essencial no processo de cuidar, nos seguintes termos:

[...]

Os registros de enfermagem são essenciais para o processo do cuidar. Além de possibilitar uma comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde, servem

ainda a inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais, bem como para a avaliação da qualidade da assistência prestada, entre outros (2016)^[9].

Nesse sentido, o Processo de Enfermagem — quando aplicado de forma sistemática e seguindo as recomendações legais — não tem apenas papel assistencial, mas desempenha essencial mecanismo de função ética, administrativa e jurídica, funcionando como meio de prova e defesa profissional e institucional.

7.2- Prontuário eletrônico e meios de registro de enfermagem

Conforme já anteriormente exposto, observa-se a necessidade e importância da realização dos registros de enfermagem em documentos próprios, os quais fazem parte do prontuário do paciente⁴. E nesse sentido, cabe observar que o prontuário tem sofrido modificações significativas, tendo em vista o aparecimento de novas tecnologias, as quais propiciaram a transformação do prontuário físico (impresso) em prontuário eletrônico (2007)⁽¹¹⁾.

Dessa forma, a Resolução Cofen nº 429/2012 — a qual trata do registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte (tradicional ou eletrônico) — dispõe que é “responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência” (2012)⁽¹²⁾.

Determina ainda em seu artigo 4º, como as instituições deverão proceder em relação aos registros eletrônicos das informações:

4 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo^[10].

[...]

Art. 4º 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.

§ 1º O termo assinatura digital refere-se a uma **tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos**, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo.

§ 2º 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.

[...] (2012)^[12]. (grifo acrescentado).

Neste sentido, observarmos o conteúdo da Lei 14.063, de 23 de setembro de 2020, a qual dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de *softwares* desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, conforme segue:

[...]

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de *softwares* desenvolvidos por entes públicos, com o objetivo de proteger as informações pessoais e sensíveis dos cidadãos, com base nos incisos X e XII do *caput* do art. 5º da Constituição Federal

e na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), bem como de atribuir eficiência e segurança aos serviços públicos prestados sobretudo em ambiente eletrônico.

[...]

Art. 2º Este Capítulo estabelece regras e procedimentos sobre o uso de assinaturas eletrônicas no âmbito da:

I - interação interna dos órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional dos Poderes e órgãos constitucionalmente autônomos dos entes federativos;

II - interação entre pessoas naturais ou pessoas jurídicas de direito privado e os entes públicos de que trata o inciso I do *caput* deste artigo;

III - interação entre os entes públicos de que trata o inciso I do *caput* deste artigo.

Parágrafo único. O disposto neste Capítulo não se aplica:

I - aos processos judiciais;

II - à interação:

a) entre pessoas naturais ou entre pessoas jurídicas de direito privado;

b) na qual seja permitido o anonimato;

c) na qual seja dispensada a identificação do particular;

III - aos sistemas de ouvidoria de entes públicos;

IV - aos programas de assistência a vítimas e a testemunhas ameaçadas;

V - às outras hipóteses nas quais deva ser dada garantia de preservação de sigilo da identidade do particular na atuação perante o ente público.

[...] (2020)^[13].

Da mesma forma, a Lei expressa a classificação das assinaturas eletrônicas em três níveis distintos, conforme o nível de identificação e confiabilidade, a saber:

[...]

I - assinatura eletrônica simples:

a) a que permite identificar o seu signatário;

b) a que anexa ou associa dados a outros dados em formato eletrônico do signatário;

II - assinatura eletrônica avançada: a que utiliza certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica, desde que admitido pelas partes como válido ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, com as seguintes características:

a) está associada ao signatário de maneira unívoca;

b) utiliza dados para a criação de assinatura eletrônica cujo signatário pode, com elevado nível de confiança, operar sob o seu controle exclusivo;

c) está relacionada aos dados a ela associados de tal modo que qualquer modificação posterior é detectável;

III - assinatura eletrônica qualificada: a que utiliza certificado digital, nos termos do § 1º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001⁵.

§ 1º Os 3 (três) tipos de assinatura referidos nos incisos I, II e III do *caput* deste artigo caracterizam o nível de confiança sobre a identidade e a manifestação de vontade de seu titular, e a assinatura eletrônica qualificada é a que possui nível mais elevado de confiabilidade a partir de suas normas, de seus padrões e de seus procedimentos específicos.

[...] (2020)^[13].

Assim, quanto a utilização da assinatura eletrônica em questões de saúde, a legislação impõe no seu artigo 13 da Lei supra, que os receituários de medicamentos sujeitos a controle especial e os atestados médicos em meio eletrônico, previstos em ato do Ministério da Saúde,

5 BRASIL. MEDIDA PROVISÓRIA No 2.200-2, DE 24 DE AGOSTO DE 2001. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. [...] Art. 2º A ICP-Brasil, cuja organização será definida em regulamento, será composta por uma autoridade gestora de políticas e pela cadeia de autoridades certificadoras composta pela Autoridade Certificadora Raiz - AC Raiz, pelas Autoridades Certificadoras - AC e pelas Autoridades de Registro - AR.[...] Art. 10. Consideram-se documentos públicos ou particulares, para todos os fins legais, os documentos eletrônicos de que trata esta Medida Provisória. § 1º As declarações constantes dos documentos em forma eletrônica produzidos com a utilização de processo de certificação disponibilizado pela ICP-Brasil presumem-se verdadeiros em relação aos signatários, na forma do art. 131 da Lei no 3.071, de 1º de janeiro de 1916 - Código Civil^[13].

somente serão válidos quando subscritos com assinatura eletrônica qualificada do profissional de saúde⁽¹³⁾.

No entanto, com exceção do artigo 13, em relação a outros documentos em saúde subscritos por profissionais de saúde e relacionados à sua área de atuação, são considerados válidos para todos os fins quando assinados por meio de assinatura eletrônica avançada ou assinatura eletrônica qualificada⁽¹³⁾.

Questão importante é também o fato de que, independente do meio (tradicional ou eletrônico) todo profissional de enfermagem tem o direito de registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar e ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional, bem como o dever de apor seu nome completo e/ou nome social, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional (2017)⁽⁸⁾.

Assim, cabe à instituição proporcionar meios para que o profissional, ao inserir tais dados em prontuário eletrônico, tenha sua assinatura certificada conforme legislação, bem como tenha resguardado o sigilo das informações inseridas, eis que normativa expressa no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Neste sentido, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, devendo ser observada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios⁽¹⁵⁾, e tem os seguintes fundamentos:

[...]

I - o respeito à privacidade;

II - a autodeterminação informativa;

III - a liberdade de expressão, de informação, de comunicação e de opinião;

- IV - a inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem;
- V - o desenvolvimento econômico e tecnológico e a inovação;
- VI - a livre iniciativa, a livre concorrência e a defesa do consumidor; e
- VII - os direitos humanos, o livre desenvolvimento da personalidade, a dignidade e o exercício da cidadania pelas pessoas naturais. (2018)⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se ainda que a Lei aplica-se a qualquer operação de tratamento de dados realizada por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, independentemente do meio, do país de sua sede ou do país onde estejam localizados os dados, quando a operação de tratamento for realizada no território nacional.

Desta forma, verifica-se que o prontuário eletrônico como meio de registro das ações de enfermagem e dados do paciente, além de desempenhar importante papel no processo de cuidar, tem rígido regramento que deverá ser observado tanto pelos profissionais quanto pelas instituições de saúde.

Bibliografia consultada

1. Oguisso T. (organizadora). Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2. Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Manole, 2007.
2. Brasil. Decreto Nº 791, De 27 De Setembro De 1890. Cria no Hospital Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D791.htm>.
3. Brasil. Decreto-Lei Nº 4.725, De 22 De Setembro De 1942. Reorganiza a Escola Profissional de Enfermeiros criada pelo decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, e dá outras providências. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del4725.htm>.

4. Porto F, Amorin W. (organizadores). História da Enfermagem Brasileira. Lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

5. Conselho Federal De Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>.

6. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>.

7. Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 21 set. 2009. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>.

8. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução COFEN 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>.

9. Conselho Federal De Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN nº 0514/2016. Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Acesso em 05 jul. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>.

10. Conselho Federal De Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Acesso em 05 jul. 2021. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf>.

11. Conselho Federal De Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/2007. 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. Acesso em 05 jul. 2021. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>>.

12. Conselho Federal De Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012. 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. Acesso em 05 jul. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-4292012_9263.html>.

13. Brasil. Lei 14.063, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020, a qual dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14063.htm>.

14. Brasil. MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.200-2, DE 24 DE AGOSTO DE 2001. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas_2001/2200-2.htm>.

15. Brasil. LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Acesso em: 05 de jul. 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm>.

CAPÍTULO 8

ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua
Revisão para a segunda edição: Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

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

O processo de trabalho da(o) enfermeira(o) tem por pressuposto que a prática clínica deve ser embasada em ciência e não por meio do senso comum. É preciso refletir quando alguns profissionais dizem: aqui fazemos assim, nossa experiência pede que permaneçamos com essas condutas, dentre tantas outras argumentações que referendam somente a tradição e a manutenção de processos pouco alicerçados em ciência⁽¹⁾.

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^(1,2).

Enfermagem Baseada em Evidências considera que transpor a prática rotineira, repetitiva, com rituais e tradições, 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; mas que em muitas realidades está sendo superado. Assim, fica mais efetivo quando a(o) enfermeira(o) redimensiona suas prioridades, reinveste na avaliação clínica dos pacientes e disponibiliza tempo para a execução das pesquisas^(3,4).

Para a Prática de Enfermagem sustentada em Ciência, em Evidências, conceitua-se então o delineamento de pesquisa nominado Revisão Sistemática da Literatura ou Revisão Sistemática (RS), método padrão ouro, que se caracteriza por sintetizar, compilar, agrupar, reunir metodologicamente diversos estudos e se refere a um tipo de investigação centrada em questão bem definida, com o objetivo de identificar, selecionar, avaliar e então sintetizar as evidências relevantes já produzidas^(5,6).

A Revisão Sistemática deve incluir estudos primários e estudos presentes na literatura cinzenta/cinza – “gray literature”, de acordo com o Centro *Cochrane*, que compreende a literatura que não é formalmente publicada em fontes, como livros ou artigos de periódicos; mas que devem ser incluídas como os anais de congresso, quando elegível. Para então sumarizar evidências científicas que busquem responder a uma questão específica de pesquisa e que sigam protocolos rígidos para diminuir o viés e mostrar a melhor evidência⁽⁷⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2012 foram publicadas as “Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados”, conforme a citação e como fonte de pesquisa o *link*, que se refere à bibliografia⁽⁷⁾:

“A Revisão Sistemática (RS) é um método de síntese de evidências que avalia criticamente e interpreta todas as pesquisas relevantes disponíveis para uma questão particular, área do conhecimento ou fenômeno de interesse. Por se tratar de método explícito e sistemático para identificar, selecionar e avaliar a qualidade de evidências, as revisões sistemáticas são tipos de estudos produzidos por uma metodologia confiável, rigorosa e auditável. Os métodos estatísticos (meta-análises) normalmente são inseridos na análise e síntese dos resultados, permitindo aumentar a amostra e a precisão dos desfechos avaliados (BRASIL, 2012).”(grifo nosso)

Link de acesso do Ministério da Saúde:
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf)
[metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf)

Há vários termos utilizados, como Prática Baseada em Evidências (PBE), Saúde Baseada em Evidências (SBE), Medicina Baseada em Evidências (MBE), Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) e Cuidado em Saúde Baseado em Evidências (CSBE). De forma global e ampliada, indica-se o termo Saúde Baseada em Evidências, cujos conceitos são^(8,9):

- 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^(8,10).

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^(8,10).

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^(8,10).

As **preferências do paciente** sugerem que seus valores, expectativas e preocupações sejam considerados no cuidado e cabe ao profissional integrá-los às decisões clínicas^(8,10).

Enquanto compreensão histórica, questiona-se como ocorreu o movimento que chegou à Prática Baseada em Evidências (PBE)?

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 1753, 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^(5,10,11).

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*⁽⁸⁾.

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)⁽⁸⁾.

O Centro *Cochrane* brasileiro fica na cidade de São Paulo e conta com o apoio do Grupo Internacional de Epidemiologia Clínica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)⁽⁸⁾.

A PBE foi idealizada no campo da Medicina como um novo paradigma, sendo desenvolvida por estudiosos da Universidade *MacMaster*, no Canadá, na década de 1980, com a proposição de um processo sequencial constituído pelas etapas sistemáticas do método, apontadas como^(10, 12):

1ª - 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 à cateterização por mais de 30 dias?

2ª - 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.

3ª - 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.

4ª - 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.

5ª - Avaliação dos resultados.

A Enfermagem Baseada em Evidências veio do movimento da Medicina, enfoca a prática profissional pautada em estudos relevantes, de qualidade 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^(6,10):

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/meta-análise e estudos com análise econômica:

- Custo-minimização
- Custo-efetividade
- Custo-benefício
- Custo-utilidade

8.1- 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⁽⁶⁾.

Sintetiza-se que evidência é algo que fornece provas e pode ser categorizada em níveis. Perante a força da evidência e assim classifica^(10, 13)

Boa, segundo os desenhos científicos,

- 1- Meta-análise
- 2- Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados

Regular, segundo desenhos científicos

- 3- Estudos de Coorte
- 4- Estudos Caso-Controle
- 5- Estudos Clínicos não Randomizados

Ruim, segundo desenhos científicos

- 6- Séries de Casos
- 7- Estudos Descritivos e Transversais
- 8- Conferências
- 9- Comitês de Especialistas
- 10- Casos Isolados.

Na Enfermagem⁽¹⁴⁾, foi elaborada uma classificação hierárquica das evidências para a avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação, baseadas na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber, conforme referido por GALVÃO, 2006⁽¹³⁾:

Nível 1 - meta-análise de múltiplos estudos controlados
Nível 2 - estudo individual com delineamento experimental
Nível 3 - estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle
Nível 4 - estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso
Nível 5 - relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas
Nível 6 - opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas
Do nível 1 ao 5 , existe uma variação dentro de cada nível que vai de A-D, que reflete a credibilidade científica da pesquisa; por exemplo:
Nível 1-A - significa que o estudo tem o delineamento adequado; entretanto, se a pesquisa é classificada no nível 1-D, significa que o delineamento possui falhas e a confiança nos resultados deve ser questionada (STETLER <i>et al</i> 1998; GALVÃO, 2006).

Fonte: STETLER CB, MORSE D, RUCKI S *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.*v.11, n.4, p.195-206, 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189798803297?via%3Dihub>

Apresenta-se com destaque para a enfermagem — na qual embora ainda ocorra, por alguns autores, a resistência na utilização da metodologia de Revisão de Métodos Mistos (que argumentam não se tratar de RS por não considerarem na totalidade a eficiência e eficácia de intervenções, embasadas em estudos randomizados e por incluírem a literatura cinzenta) — há sim um importante contraponto a essas justificativas. Considerações relevantes sobre as vantagens do método misto e citações da validade na área da psicologia e de disciplinas e ciências que integram em seus saberes às ciências sociais e a inclusão do contexto do sujeito inserido em seu processo social, são citados⁽¹⁵⁾.

A modalidade de Revisão Sistemática de Métodos Mistos é definida por integrar os achados de estudos quantitativos e qualitativos de análise em perspectiva abrangente numa mesma investigação. Propõe-se além de avaliar a eficácia das intervenções inclui a viabilidade, adequação da intervenção, os aspectos econômicos e a significância da intervenção para o paciente⁽¹⁶⁾

O *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o criterioso objetivo em assegurar o rigor no desenvolvimento do Método de Pesquisa Misto, enfatiza ao pesquisador o princípio da manutenção em⁽¹⁶⁾:

“arquivar seus interesses, experiências pessoais, crenças, e valores na forma como olha para os dados e os interpreta, e certificar-se de que todo o contexto foi incluído a partir da extração fidedigna dos resultados, tanto dos estudos quantitativos quanto qualitativos (é o processo de contextualização do texto - texto em contexto / *text in context*)”^(16,17)

Pelas características da Revisão Sistemática de Métodos Mistos, com estudos qualitativos e quantitativos para resultar em uma síntese única, há necessidade de duas questões orientadas para fenômenos diferentes. Por meio de acrônimos, elaboram-se as questões da pesquisa, a saber ⁽¹⁶⁾:

- Para estudos quantitativos: **PICO** (População, Intervenção, Comparação e Resultados);
- Para estudos qualitativos: **PICo** (População, Interesse/fenômeno de interesse e Contexto), conforme, referido^(16,17)

Segundo a JBI, 2014⁽¹⁶⁾, explanado por CARDOSO *et al*, 2019⁽¹⁷⁾ sobre o Processo Síntese:

“O processo de síntese configura-se no momento da geração de afirmações que possam representar a agregação. Para os estudos qualitativos, realiza-se a meta-síntese para produzir uma síntese compreensiva dos achados e que possa ser utilizada como base para a PBE.

Este processo é desenvolvido em três níveis:

Nível 1 - classificação de acordo com a qualidade do estudo;

Nível 2 - agrupamento de significados e criação de categorias;

Nível 3 - realização da meta-síntese para produzir uma síntese única.

Para a síntese dos estudos quantitativos, é necessário que o processo de análise dos estudos seja realizado em separado, utilizando-se, quando possível, meta-análise. Entretanto, os resultados numéricos são transformados em afirmações. Ao término das duas sínteses, realiza-se a agregação das mesmas para a interpretação dos achados associada a teorias, comparações, contrastes de seus resultados, a partir do contexto investigado.

Tanto nos estudos quantitativos como nos qualitativos, quando não é possível proceder a uma meta-síntese e meta-análise, pode-se realizar uma síntese narrativa^(16,17) (Grifo nosso)

Estimula-se a busca de revisões sistemáticas disponíveis sobre várias temáticas na área da saúde e, 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^(12,18).

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: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/portal_saude_baseada_evidencias_folder.pdf

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 acontecem em algumas realidades, e espera-se que para a assistência segura, para o desenvolvimento da profissão e, portanto do profissional, seja estendida de maneira efetiva à enfermagem⁽¹⁹⁾.

A perspectiva translacional da pesquisa em enfermagem ainda se constitui em grande desafio aos pesquisadores, preocupados com a precária incorporação dos achados de pesquisa na área da saúde. A transferência desses resultados para a prática caracteriza a Translação do Conhecimento, com a desejada mudança nos indicadores sociais, morbidade e mortalidade⁽²⁰⁾.

A Translação do conhecimento é um desafio para prática de enfermagem⁽²⁰⁾ e aborda alguns aspectos a serem explorados, como necessários para esse avanço na prática de enfermagem embasada em evidências. Assim, apresenta-se o conceito formulado pelo *Canadian Institute of Health Research*⁽²¹⁾:

“A Translação do Conhecimento (TC) é definida como um processo dinâmico, interativo, que inclui a síntese, divulgação, intercâmbio e a ética no conhecimento para promoção da saúde, fornecimento de serviços e produtos de saúde com maior efetividade, visando fortalecer o sistema de saúde”⁽²¹⁾.

Pelo que foi exposto sobre o processo de trabalho embasado em evidências e a perspectiva da enfermagem perante essa realidade, ressalta-se a desejável e imprescindível análise, compreensão e implementação de mudanças.

O *Joanna Briggs Institute* (JBI), em resposta à necessidade de Cuidado em Saúde Baseado em Evidências (CSBE), refere a necessária contribuição para a translação do conhecimento, mediante a síntese, a transferência e a implementação, para ver um “mundo em que a melhor evidência disponível seja utilizada para informar políticas e práticas para melhorar saúde em comunidades globalmente”⁽¹⁶⁾.

A prática profissional com assistência segura aos pacientes, familiares, comunidade e para os profissionais são imperativos e para isto espera-se que os cuidados sejam conscientes, intencionais, embasados em teorias e evidências que ofereçam o suporte teórico e metodológico suficientes para o cumprimento ético e adequado das atividades do(a) enfermeiro(a).

Bibliografia consultada

1. 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.
2. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TGbFqShkRD65bzZF557K3bP/?format=pdf&lang=pt>
3. 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. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TKXfMmLCGccjfbRxxgnJxcK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 02 Agos, 2021.

4. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kJHXFmq6TSvvdXJphGm5Db/?format=pdf&lang=pt>
5. GALVÃO, T.F.; PEREIRA, M.P. Systematic reviews of the literature: steps for prep. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.23, n.1 p. 183-184, 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000100018. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>>.
6. FLETCHER, G.S. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf>.
8. ATALLAH, A.N.; CASTRO, A.A. *Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo: Centro Cochrane do Brasil, 1998. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.com.br/apl/artigos/artigo_517.pdf
9. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BvWsnhPBBKJxScyHcShGNQc/?format=pdf&lang=pt>
10. FRIEDLAND, D.J. et al. *Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.
11. The James Lind Library. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2008; 38: 259-64. 4.2 Preparing and maintaining systematic reviews of all the relevant evidence. Disponível em: <<https://www.jameslindlibrary.org/essays/4-2-preparing-and-maintaining-systematic-reviews-of-all-the-relevant-evidence>>

12. 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. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/kCfBfmKSzpYt6QqWPWxdQfj/?format=pdf&lang=pt>>
13. GALVÃO, M.C. Níveis de evidência. Editorial. *Acta paul enferm*, v.19, n.2, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001> Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g/?lang=pt>>
14. STETLER CB, MORSID, RUCKI S et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*.v.11, n.4, p.195-206, 1998. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189798803297?via%3Dihub>>
15. RIBEIRO JP. Revisão de investigação e evidência. *Psicol Saúde Doenças*. v.15, n3, p.671-82. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>>.
16. JBI - JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Reviewers' Manual-Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews. Adelaide: JBI, 2014. Disponível em: <<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Mixed-Methods.pdf>>
17. CARDOSO V, TREVIZAN I, CICOLELLA DA, WATERKEMPER R. Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. v.28, p. e20170279. 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>>
18. GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. *Rev Esc de Enf USP*. v.37, n.4, p.43-50, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cfryP6YKfwDY8FgtCVgRN7d/?format=pdf&lang=pt>>
19. 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. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396/10875>>

20. CROSSETTIA, M.G.O.; GÓES, M.G.O. Translação do conhecimento: um desafio para prática de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* v.38, n.2, p.e74266. 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.74266> Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4RJgHCrsJts5QDqCXHFDTBD/?format=pdf&lang=pt>>

21. CIHR. Canadian Institute of Health Research. Ottawa: The Institute. 2017. Knowledge translation. Disponível em: <<https://cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html>>

CAPÍTULO 9

INSTRUMENTOS DE MEDIDA COMO ALICERCE PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Daiane Lopes Grisante
Camila Takao Lopes
Cristiane Helena Gallasch
Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini
Vinicius Batista Santos

A avaliação é um dos pilares do processo de enfermagem. Por meio dela, o enfermeiro detecta situações que demandem ações de enfermagem. No processo de enfermagem, a avaliação é feita continuamente, desde a abordagem inicial até o monitoramento dos resultados de enfermagem. Para sua realização o enfermeiro pode utilizar diversas ferramentas, dentre elas, os instrumentos de medida.

Um instrumento de medida é uma ferramenta que tem como objetivo descrever ou mensurar fenômenos direta ou indiretamente observáveis. Os fenômenos que não podem ser observados diretamente, tais como emoção, percepção, cognição, autoeficácia, autocuidado, fragilidade, adesão medicamentosa, letramento digital, sedação, entre outros, são chamados de constructos ou traços latentes⁽¹⁻³⁾.

Muitos instrumentos de medida podem servir de base para a identificação de fenômenos de interesse da prática profissional (diagnósticos de enfermagem), bem como para avaliação dos resultados alcançados. Tais instrumentos são conhecidos no dia a dia do enfermeiro como escalas de avaliação, testes, questionários, índices, escores, inventários.

Porém, para que esses instrumentos possam ser utilizados na prática clínica de enfermagem, é necessário que sejam submetidos a estudos para verificar qual sua capacidade de mensuração do fenômeno de interesse (constructo) covalidade e precisão^(1,3).

Os instrumentos de medida a serem utilizados em uma população para mensuração de um fenômeno de interesse podem ser construídos ou adaptados. Em ambos os casos, precisam ser validados. Instrumentos construídos para serem utilizados na população para o qual foram desenvolvidos devem ser submetidos à ampla verificação de suas propriedades métricas, antes de serem recomendados para uso na prática⁽²⁾. Os instrumentos que foram construídos para ser usados em outras populações ou países precisam ser primeiramente adaptados para que depois possam ser submetidos à verificação de suas propriedades métricas.

Neste capítulo, são descritos os conceitos centrais relacionados aos procedimentos de adaptação transcultural e validação para apoiar a decisão do enfermeiro sobre a escolha do instrumento a ser utilizado na prática assistencial.

9.1- Adaptação transcultural de instrumentos

O processo de adaptação transcultural, ou simplesmente cultural, deve ser conduzido sempre que houver necessidade de utilizar um instrumento em outras populações, culturas, ou país, não sendo indicado apenas quando o instrumento está em outro idioma. Em um país com grande diversidade cultural como o Brasil, os instrumentos podem necessitar de adaptação para serem usados em diferentes regiões do país. Do mesmo modo, instrumentos desenvolvidos para uso em determinada população ou contexto devem ser adaptados para serem utilizados em outras populações ou contextos.

Adaptar instrumentos já validados em outras culturas pode ser melhor do que construir. A adaptação de instrumentos não só economiza tempo e outros recursos, como permite investigação de diferenças entre populações diversificadas^(4,5). Entretanto, um instrumento adaptado de forma inadequada leva a distorção daquilo que se pretende medir. A adaptação é um processo complexo, que exige planejamento e rigor para manter o conteúdo do instrumento, suas propriedades de medir o traço latente na população a quem se destina⁽⁶⁾.

A adaptação transcultural é conduzida para sistematizar o processo de conversão do instrumento de um determinado contexto a outro. Requer, portanto, procedimentos sistematizados de modo a resguardar a equivalência linguística do instrumento entre as culturas (populações, contextos, regiões ou países). Esses procedimentos serão descritos a seguir.

Existem vários procedimentos sistematizados de adaptação transcultural atualmente. Os mais recentes incorporam os procedimentos de validação ao processo. O procedimento mais simples e mais amplamente utilizado é aquele proposto por Beaton e Guilleman⁽⁵⁾ e é sistematizado em seis etapas: 1) tradução para o idioma alvo; 2) síntese da tradução; 3) retrotradução para o idioma de origem; 4) análise de equivalência linguística por um painel de especialistas; 5) testagem da versão adaptada na população alvo e 6) submissão do instrumento adaptado aos seus desenvolvedores. As características de cada etapa são descritas na sequência.

9.1.1- Tradução do instrumento para o idioma-alvo

O primeiro estágio da adaptação transcultural é a tradução do idioma de origem para o idioma-alvo. É importante ressaltar que a tradução dos itens faz parte de um processo complexo, que exige cuidado a fim de se obter equivalências entre o idioma original e o idioma de destino. Recomenda-se que sejam feitas pelo menos duas traduções independentes (T1 e T2) do instrumento original (idioma de origem) para o idioma de destino.

Nesta etapa, o tradutor 1 deve ter familiaridade com os constructos avaliados, enquanto o tradutor 2 não deve ter conhecimento nem ser informado sobre os constructos. Esse conjunto de características potencializa um equilíbrio entre a busca por equivalência com o instrumento original e o uso de linguagem comum pela população-alvo, além de detecção de ambiguidades⁽³⁾.

9.1.2- Síntese das traduções

No processo de síntese, acontece o primeiro passo para a adaptação cultural. Nessa etapa, as diferentes traduções (T1 e T2) devem ser comparadas e sintetizadas com base no questionário original, gerando uma nova versão (T-12). É necessário realizar um relatório documentando o processo de síntese e como as questões discrepantes foram solucionadas. Para elaboração da síntese, os tradutores comparam as discrepâncias entre as traduções, enquanto um observador externo registra o resultado da síntese das traduções. Caso os tradutores não cheguem a um consenso em relação a alguma divergência, o líder da pesquisa pode facilitar a síntese das duas versões de tradução. Recomenda-se que o líder da equipe sempre realize uma revisão final da tradução de síntese antes da próxima etapa, a retrotradução.

9.1.3- Retrotradução ou Tradução Reversa

Também chamada de *backtranslation*. Um mínimo de dois tradutores, sem conhecimento da versão original, preferencialmente fora da área de saúde, deve traduzir a versão sintetizada T-12 de volta para o idioma de origem, produzindo as versões RT1 e RT2. Essa medida tem como propósito garantir que a versão traduzida reflita o conteúdo do item conforme propõe a versão original, identifique palavras que não ficaram claras no idioma-alvo e facilite que os pesquisadores encontrem inconsistências ou erros conceituais na versão final. Recomenda-se que as retrotraduções sejam revisadas pelos autores do instrumento original, que podem identificar inconsistências que possam não ter sido percebidas pelos pesquisadores.

9.1.4- Análise de equivalência linguística por um painel de especialistas

Um comitê de especialistas composto por metodologistas, especialistas no conteúdo, proficientes em línguas, tradutores e retrotradutores envolvidos no processo é convidado para ratificar todas as versões do questionário e desenvolver uma versão pré-final do instrumento a ser testada em campo. O questionário original, cada tradução executada

(T1, T2, T-12, RT1, RT2), e os relatórios respectivos de cada etapa são dispostos ao comitê para análise, a fim de se alcançar equivalência transcultural em quatro áreas, a saber:

- **Equivalência semântica:** o item traduzido apresenta o mesmo significado do original e não há erros gramaticais na tradução.
- **Equivalência Idiomática:** os itens de difícil tradução do instrumento original foram adaptados por uma expressão equivalente, que não mudou o significado cultural do item.
- **Equivalência experiencial:** o item do instrumento é aplicável à nova cultura.
- **Equivalência conceitual:** determinado termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente, avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas.

9.1.5- Testagem da versão adaptada na população-alvo

Também conhecida como a fase do pré-teste. Nessa fase, a versão preliminar será aplicada ao público-alvo, com intuito de verificar se os itens, as instruções e a escala de resposta estão qualitativamente claros, compreensíveis. O pré-teste possibilita verificar ambiguidades na construção dos itens e diferenças na compreensão entre os participantes e pode ser conduzido mais que uma vez, conforme necessidade e complexidade do instrumento a ser adaptado.

Alguns pesquisadores sugerem que o instrumento seja aplicado a um número pequeno de pessoas, 30-40 sujeitos, enquanto outros recomendam que seja aplicado até alcançar a saturação de determinadas respostas, demonstrando que as expressões correspondem àquelas utilizadas pelo grupo.

Também se solicita que os respondentes apontem os itens não compreendidos e que façam sugestões de melhorias para facilitar o entendimento. Os participantes nesta etapa podem variar de acordo com as características dos respondentes a que o instrumento se destina e podem incluir uma variedade de aspectos distintos, como escolaridade, regiões do país, nível social, entre outros.

9.1.6- Submissão do instrumento adaptado aos desenvolvedores do instrumento original ou Comitê Coordenador para avaliação do processo

Os autores do instrumento original, ou um comitê avaliador, recebe um relatório do processo de adaptação, além do instrumento adaptado, de forma a possibilitar avaliação de adequação das etapas percorridas.

A figura que segue ilustra a sequência do procedimento de adaptação transcultural proposto por Beaton e Guilleman⁽⁵⁾.

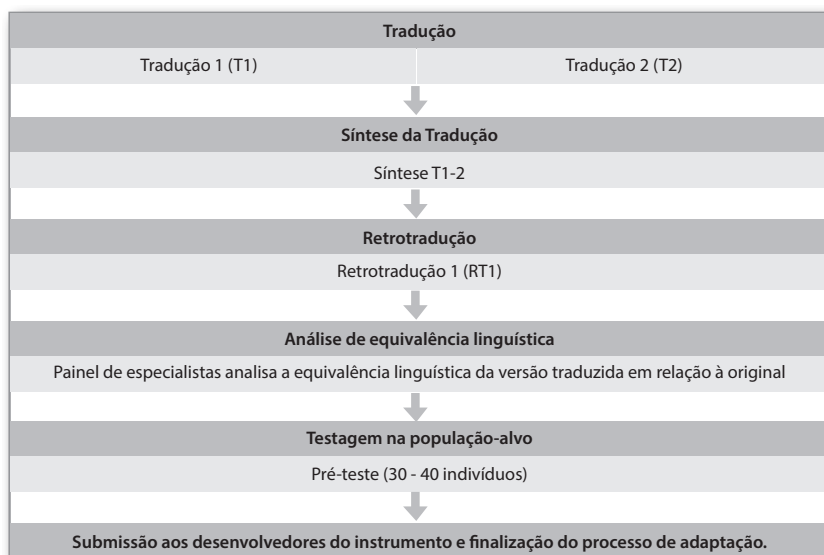


Figura 1. Fluxograma do procedimento de adaptação transcultural. São Paulo, 2021.

9.2- Análise das evidências de validade e confiabilidade

Independentemente de o instrumento ter sido construído ou adaptado, testes quanto às suas propriedades métricas precisam ser realizados, ou seja, é preciso verificar se reúne evidências adequadas de validade e confiabilidade.

A validade é a capacidade do instrumento de medir o fenômeno que se propõe a medir. O termo “validade” pode ser entendido como o grau em que as evidências e a teoria relacionada ao construto principal do instrumento apoiam as interpretações do produto da avaliação do teste⁽³⁾. A confiabilidade está relacionada com a precisão, com a constância dos resultados obtidos com a testagem replicada. Um instrumento com adequadas evidências de validade e confiabilidade é aquele que demonstra efetivamente mensurar o fenômeno para o qual foi construído de modo preciso em repetidos estudos.

Atualmente, o referencial teórico psicométrico considera cinco tipos de validade (Quadro 1)^(2,7-10).

Tipos de validade
<ul style="list-style-type: none">• Conteúdo• Processo de resposta• Estrutura Interna• Relação com outras variáveis• Consequência da testagem

Quadro 1. Tipos de validade de instrumentos de medida

Cada um dos tipos de validade é descrito na sequência, em linhas gerais.

9.2.1- Conteúdo do teste

A validade de conteúdo busca analisar a relação entre o conteúdo de um instrumento de medida e seu fenômeno de interesse (o constructo que se propõe a avaliar). Refere-se aos temas, palavras, formato dos itens, tarefas ou perguntas de um teste. Em outras palavras, a validação de conteúdo é uma verificação se o instrumento em questão mede o que ele se propõe a medir, do ponto de vista do seu conteúdo^(3,7,9).

Para esse processo, deve-se contar com o apoio de juízes especialistas e a população-alvo para a qual o instrumento se destina⁽⁶⁾. Hernández-Nieto (2002) recomenda entre três e cinco juízes⁽¹¹⁾, contudo, autores divergem quanto à quantidade necessária de juízes. Lyin sugere um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participando desse

processo, enquanto outros autores propõem de seis a vinte sujeitos ⁽¹²⁾. Atualmente, recomenda-se que o número de juízes seja estimado a partir de um valor crítico de validade de conteúdo que se pretende alcançar (CVR)⁽¹³⁾.

Solicita-se aos juízes que avaliem o conteúdo dos itens do instrumento (construído ou adaptado) em relação a quatro critérios principais (Figura 2)⁽⁹⁾.

Clareza	Relevância Teórica	Pertinência Prática	Dimensionalidade
avalia a linguagem utilizada nos itens, ou seja, o quanto ela é inteligível para todos os estratos educacionais, tendo em vista as características da população respondente	avalia se existe associação entre o item e a teoria - o item está relacionado ao constructo/aspecto que se propõe a avaliar	avalia se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se, de fato, cada item possui importância para o instrumento.	cada item está adequado ao suporte teórico que embasou o instrumento original.

Figura 2. Critérios avaliados em relação à validade de conteúdo

Os juízes julgarão cada item quanto ao atendimento dos critérios. Testes estatísticos devem ser usados para analisar a validade do item em relação ao seu conteúdo e, adicionalmente, podem ser usados testes para analisar a concordância entre juízes⁽¹²⁾.

9.2.2- Processo de resposta

Este tipo de validade analisa como o instrumento é respondido, no todo e em cada item. Verifica-se como o respondente compreende o instrumento e quais são os processos mentais envolvidos para responder aos itens que compõem o instrumento^(7,9).

A compreensibilidade do instrumento é verificada desde as instruções de preenchimento às opções de resposta. A abrangência do instrumento também pode ser avaliada aqui, desde que seja na perspectiva do respondente. O respondente também avalia a organização geral dos itens e a relevância de cada um deles, na sua perspectiva. Dificuldades de preenchimento também são avaliadas. O tempo de preenchimento do instrumento também deve ser contado.

Medidas quantitativas podem ser usadas para quantificar o nível de evidência de processo de resposta. Considerando que o respondente é também um juiz, os índices de validade de conteúdo utilizados na validação do conteúdo do teste também podem ser usados no processo de resposta. Mapas conceituais podem ser usados para delinear o processo de pensamento do respondente durante o preenchimento do instrumento. Para tanto, o instrumento é aplicado em indivíduos da população-alvo para a qual ele está sendo validado. Não há consenso sobre o número de participantes. Recomenda-se que o número de indivíduos que participarão dessa fase seja estimado com base nos valores críticos das medidas de validade de conteúdo⁽¹³⁾.

9.2.3- Estrutura Interna

Anteriormente chamada de validade de constructo, a validade de estrutura interna busca verificar como os itens se organizam para operacionalizar a mensuração do fenômeno. É a estrutura do instrumento. Deve ser analisada globalmente e em nível do item. Para tanto, procedimentos combinados de análise devem ser utilizados, em caráter complementar e não exclusivo. O referencial teórico contemporâneo indica que a testagem da estrutura deve ser amplamente investigada e para tanto, diferentes técnicas devem ser empregadas, de modo a integralizar a avaliação das evidências sob todas as perspectivas^(7,9).

A análise da evidência de estrutura interna busca verificar qual a dimensionalidade do instrumento, ou seja, quantas dimensões ou domínios ele apresenta. Esses domínios são chamados de fatores e representam conjuntos de itens. Além da dimensionalidade, é possível verificar qual a contribuição do conjunto de itens e de cada item em específico, para a mensuração do fenômeno, indicando por tanto, sua importância no instrumento e sua relação com os demais. A capacidade que cada item tem de discriminar indivíduos que possuem determinadas características importantes para a mensuração do fenômeno daqueles que não as têm e o grau de dificuldade do respondente em preencher o instrumento podem ser investigadas na análise da estrutura interna⁽⁹⁾.

Todas essas informações podem ser analisadas por meio de dois modelos teóricos de validação: a teoria clássica dos testes e a teoria de resposta ao item, cada qual com seu conjunto de técnicas de análise^(3,7,8,9,10,14-19). Ambos os modelos devem ser empregados na validação, pois são complementares. Juntos, fornecem informações quanto à estrutura interna do instrumento sob diferentes ângulos. Não há supremacia de um em relação a outro, mas há indicações quanto a aplicação de um ou de outro durante o processo de validação, a depender da propriedade métrica que está sendo especificamente avaliada. Assim, a escolha das técnicas a serem empregadas depende do objetivo da avaliação e do que se pretende avaliar^(3,9,10).

Outro aspecto importante a ser destacado é que o emprego dos procedimentos combinados deve seguir uma sequência que vai da análise global da estrutura até a análise de cada item, individualmente. Nesse sentido, recomenda-se que os procedimentos relacionados à teoria clássica sejam implementados antes daqueles relacionados à teoria de resposta ao item⁽⁹⁾.

A análise fatorial reúne um conjunto de técnicas que definem, exploram e confirmam a estrutura global e por item do instrumento, na perspectiva do todo. Várias técnicas são usadas nessa testagem. Complementarmente, existem diversos modelos de análise da estrutura global e por item do instrumento, na perspectiva do item. O modelo dicotômico de Rasch é apenas um dos diversos modelos existentes. Existem modelos para itens politômicos, modelos acumulativos, modelos de escala gradual, modelo de crédito parcial generalizado e o modelo de desdobramento. Cada um desses modelos possui indicações que devem ser respeitadas na escolha por aquele que for mais adequado^(3,7,8,10,14-19).

No processo de investigação das evidências de validade da estrutura interna, deve-se empregar o modelo e o conjunto de técnicas que for adequado para avaliar determinada característica da estrutura interna, nas diferentes perspectivas de análise^(3,7,9). Não considerar a indicação de cada modelo e técnica com suas respectivas especificidades, usando o mesmo modelo para todas as testagens, é um grande erro

com consequências devastadoras. A produção de falsas evidências de validade, estabelecidas a partir de erros de especificação de análise, tem impacto direto na prática, e, portanto, deve ser considerada uma questão ética.

9.2.4- Relação com outras variáveis

A evidência de relação com outras variáveis, anteriormente chamada de critério, deve ser testada após a análise das evidências de validade de estrutura interna pois seus resultados dependem diretamente da definição da melhor estrutura do instrumento^(3,7,9).

É analisada a partir da comparação do escore do instrumento com outras variáveis ou fenômenos de interesse. Essa comparação pode ser feita no momento presente ou em relação ao futuro. Quando a comparação é feita a partir da testagem da relação do escore do instrumento com outro instrumento no presente, chama-se “concorrente”; quando a comparação é feita com o escore de outro instrumento ou de um determinado evento no futuro, é chamada de “preditiva”⁽⁹⁾.

A validade concorrente (anteriormente chamada de validade de critério concorrente), pode ser estabelecida comparando o escore do instrumento em análise com o escore de outro instrumento que mensure o mesmo fenômeno. A esse subtipo de validade concorrente damos o nome de convergente (validade concorrente convergente). Quando é comparado com um instrumento que avalie outro fenômeno, damos o nome de divergente (validade convergente divergente). Em ambas as situações, os instrumentos em comparação são aplicados no mesmo momento fixado no presente. Por exemplo, podemos aplicar no mesmo momento três instrumentos de avaliação, dois de demência e um de delirium. Os instrumentos de avaliação de demência (o que está sendo testado e um outro instrumento já previamente validado) deverão apresentar correlação entre seus escores, demonstrando que o instrumento em teste também avalia demência (validade concorrente convergente). Por outro lado, o escore do instrumento em teste não deve se correlacionar com o escore do instrumento que avalia delirium pois não mensuram o mesmo fenômeno (validade concorrente divergente).

A validade preditiva também compara o escore do instrumento estabelecendo sua capacidade de prever eventos futuros. Desse modo, o instrumento em teste é aplicado no presente (no momento da testagem) e comparado com o escore de um outro instrumento que venha a ser aplicado em algum outro momento no futuro. O escore do instrumento em teste também pode ser comparado com um evento ou desfecho que aconteça no futuro. Por exemplo, podemos verificar qual a capacidade do instrumento de avaliação do risco de lesão por pressão aplicado à admissão em prever a ocorrência de lesão por pressão durante a hospitalização. Podemos verificar qual a capacidade do instrumento que está sendo testado em prever óbito em trinta dias.

Diferentes técnicas de análise podem ser empregadas para testar as evidências de validade de relação com outras variáveis. Algumas técnicas pertencentes aos modelos teóricos que analisam a estrutura interna podem ser empregadas, bem como testes de correlação e de predição⁽¹⁴⁾.

9.2.5- Consequência da testagem

Ao considerar a escolha de um instrumento de medida para avaliação de fenômenos e tomadas de decisão na implementação do processo de enfermagem, considera-se que há propósito de verificação de mudanças clínicas e psicossociais.

Assim, é fundamental considerar as consequências e possíveis efeitos da medição no próprio processo de validação, devendo-se avaliá-las ao validar as inferências e propósitos de usos a partir de testes e medidas⁽²⁰⁾, sendo as inferências baseadas restritamente na pontuação consideradas restritas quando à avaliação, adequação e utilidade do instrumento⁽²¹⁾.

Consequências intencionais, ou consequências sociais e pessoais pretendidas, e não intencionais, ou efeitos colaterais sociais e pessoais não intencionais do uso do instrumento, fazem parte da base de evidências para a interpretação das pontuações, quando contribuem para a compreensão do significado da pontuação (Figura 3)⁽²⁰⁾.

Consequências intencionais	Consequências não intencionais
<ul style="list-style-type: none"> • Evidências de conteúdo • Evidências de estrutura interna • Evidências de relação com outras variáveis 	<p>consequências sociais: efeitos positivos ou negativos; fontes rastreáveis de invalidade, como sub-representação e variância irrelevante do construto.</p>

Figura 3. Consequências intencionais e não intencionais da testagem^(20,22)

Dessa forma, interpretações ou inferências baseadas no resultado dos instrumentos podem ser influenciadas por consequências para a sociedade e para os indivíduos ali inseridos, decorrentes da utilização de uma medida, especialmente relacionada ao uso incorreto de instrumentos^(20,23).

Consequências não intencionais podem ter efeitos positivos ou negativos nos resultados, devendo ser investigadas quando causam impacto diferencial negativo, uma vez que podem levar a limitações ou mesmo contrariar a validade do instrumento. Assim, as interpretações devem ser avaliadas detalhadamente, considerando hipóteses alternativas, que proponham desafios a essa construção⁽²²⁾.

Considerando o contexto, Cizek (2016) propõe como um conjunto de evidências das influências das consequências da testagem: avaliar os benefícios esperados e considerar as consequências negativas e possíveis taxas de falso-positivo e falso-negativo⁽²⁴⁾. O mesmo autor descreve, ainda, que as consequências da testagem compõem — em conjunto com evidências baseadas nos custos da testagem, em alternativas de testagem e na justiça fundamental — um conjunto de evidências relacionadas à justificativa de uso do instrumento (Figura 4).

Evidências baseadas na consequência da testagem	Evidências baseadas no custo da testagem	Evidências baseadas nas alternativas de testagem	Evidências baseadas nos direitos fundamentais
<ul style="list-style-type: none"> • avaliar os benefícios esperados • considerar as consequências negativas • considerar possíveis taxas de falso-positivo e falso-negativo 	<ul style="list-style-type: none"> • custo geral do teste • avaliação de custo-benefício • consideração dos custos de oportunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do valor relativo de métodos, formatos ou procedimentos de testes alternativos • Avaliação de opções de não-testagem para cumprir os objetivos propostos 	<ul style="list-style-type: none"> • avaliação da inclusão das partes interessadas • investigação da oportunidade de aprendizagem • fornecimento de nota prévia • avaliação de impacto diferencial entre subpopulações relevantes

Figura 4. Evidências para justificativa do uso instrumento⁽²⁴⁾

O avanço da avaliação das evidências de validades dos instrumentos, incluindo todas as etapas e procedimentos descritos, demonstra um avanço histórico, conceitual e metodológico que tem como objetivo não apenas mensurar ou gerar escores, mas garantir que as interpretações e inferências — que interferem em julgamentos clínicos e decisões terapêuticas e assistenciais — baseiem-se em um processo de validação completo e socialmente justo, sendo usados do modo que foi teoricamente delineado⁽²⁴⁾.

9.3- Dicas para escolher instrumentos de medida para serem usados na prática profissional de enfermagem.

Ao escolher instrumentos para uso na prática profissional, atente-se para:

1. Se o instrumento foi desenvolvido em outro país, cenário ou contexto, verifique se ele foi submetido ao procedimento de adaptação transcultural. Não traduza instrumentos para utilizar prontamente. Não utilize instrumentos que foram traduzidos sem realizar todo o procedimento de adaptação e validação;
2. Verifique se o instrumento (construído ou adaptado) já foi submetido à análise das evidências de validade e confiabilidade, e se o nível da evidência é suficiente para recomendar seu uso na prática. Consulte um profissional psicometrista para apoiar essa análise.

3. Ao utilizar o instrumento de medida na prática, verifique se o resultado produzido por ele realmente é plausível, ou seja, se realmente representa a condição do fenômeno observado.
4. Se existir mais de uma versão do instrumento disponível, tente usar a versão mais curta, desde que ambas as versões apresentem boas evidências de validade e confiabilidade. Instrumentos longos tendem a causar desgaste relacionado à aplicação ou preenchimento, tanto em quem aplica quanto em quem responde. Esse desgaste interfere na maneira como o instrumento é aplicado ou preenchido e isso pode causar erro de aplicação de tal modo que o escore obtido possa não representar a realidade.
5. Consulte sempre um profissional psicometrista para auxiliar na escolha pelo instrumento que reúne suficiência de evidências de validade e confiabilidade para recomendar seu uso na prática.

Após a leitura deste capítulo, espera-se que o profissional de enfermagem escolha em sua rotina de avaliação instrumentos adequados à cultura da população atendida e que apresentem boas evidências de validade, podendo assim tomar decisões clínico-assistenciais baseadas em evidências científicas e que permitam inferências corretas acerca da situação avaliada.

Nesse sentido, lembre-se:

- Um instrumento de medida é uma ferramenta que tem como objetivo descrever ou mensurar fenômenos direta ou indiretamente observados.
- O processo de adaptação transcultural, ou simplesmente cultural, deve ser conduzido sempre que houver necessidade de utilizar um instrumento em outras populações, culturas ou país, não sendo indicado apenas quando o instrumento está em outro idioma.
- Existem diversos roteiros (*guidelines*) para processos de Adaptação Transcultural. Estude-os antes de decidir qual utilizar.
- Um instrumento com adequadas evidências de validade e confiabilidade é aquele que demonstra efetivamente mensurar o fenômeno para o qual foi construído de modo preciso em repetidos estudos.

- A validade de conteúdo busca analisar a relação entre o conteúdo de um instrumento de medida e seu fenômeno de interesse.
- A validade de estrutura interna busca verificar como os itens se organizam para operacionalizar a mensuração do fenômeno. A análise fatorial reúne um conjunto de técnicas que definem, exploram e confirmam a estrutura global e por item do instrumento, na perspectiva do todo. Várias técnicas são usadas nessa testagem.
- A validade concorrente, pode ser estabelecida comparando o escore do instrumento em análise com o escore de outro instrumento que mensure o mesmo fenômeno. A esse subtipo de validade concorrente damos o nome de convergente (validade concorrente convergente).
- A validade preditiva também compara o escore do instrumento estabelecendo sua capacidade de prever eventos futuros.
- É fundamental considerar as consequências e possíveis efeitos da medição no próprio processo de validação, devendo-se avaliá-las ao validar as inferências e propósitos de usos a partir de testes e medidas.
- Consulte sempre a literatura especializada na área de psicometria.

9.4- Considerações finais

O uso de instrumentos de medida é, atualmente, fundamental para apoiar a avaliação dos fenômenos na prática profissional de enfermagem. Construídos ou adaptados, devem apresentar boas evidências de validade e confiabilidade para serem utilizados na prática profissional. A utilização de instrumentos com boas propriedades psicométricas apoia a detecção de fenômenos e seu monitoramento em todas as fases do processo de enfermagem.

Bibliografia consultada

1. Furr RM. Scale construction and psychometrics for social and personality psychology. Los Angeles: Sage, 2011;
2. DeVellis R. Scale Development: theory and applications. 4rd edition. Los Angeles: Sage, 2017;
3. Furr RM. Psychometrics: an introduction. SAGE publications; 2017;

4. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*.2012, 22 (53): 423-432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
5. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*. 2000; 25 (24):3186 –3191.
6. Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
7. Bandalos DL. *Measurement theory and applications for the social sciences*. Guilford Publications; 2018;
8. American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association
9. Ferretti-Rebustini REL. Síndrome da fragilidade em idosos com doença cardiovascular: um olhar sobre as evidências de validade dos instrumentos de medida. [tese de livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018. 160p;
10. Irwing P, Hughes DJ. Test development. *The Wiley handbook of psychometric testing: A multidisciplinary reference on survey, scale and test development*. 2018 Feb 12:1-47;
11. Hernandez-Nieto RA. *Contributions to Statistical Analysis*. Mérida: Universidad de Los Andes; 2002.Almanares E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimatin content validity. *Research in Social and Administritve Pharmacy*, 2019; 15: 214-221.
12. Almanaresh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimatin content validity. *Research in Social and Administritve Pharmacy* 2019; 15: 214-221.

13. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2014;47(1):79-86;
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 8th ed. Boston: Cengage, 2019;
15. Khine MS. *Rasch Measurement*. Springer Singapore; 2020;
16. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications; 2015;
17. Reise SP, Revicki DA, editors. *Handbook of item response theory modeling: Applications to typical performance assessment*. Routledge; 2014;
18. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. 7TH edition. *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson, 2018;
19. Vander Linden WJ, editor. *Handbook of item response theory*, 3 volume. CRC Press; 2018.
20. Anita M. Hubley; Bruno D. Zumbo. *Validity and the Consequences of Test Interpretation and Use*. *Soc Indic Res* 2011; 103:219–230.
21. Linn RL. *Evaluating the Validity of Assessments: The Consequences of Use*. *Educational Measurement: Issues and Practice* 2005; 16(2): 14–16.
22. Kane MT. *Explicating validity, Assessment in Education: Principles, Policy & Practice* 2016; 23 (22): 198-211.
23. Brennan RL *Perspectives on the evolution and future of educational measurement*. In R. L. Brennan (Ed.), *Educational measurement* (4th ed., pp. 1–16). Westport, CT: American Council on Education/Praeger; 2006.
24. Cizek GJ. *Validating test score meaning and defending test score use: different aims, different methods*, *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice* 2016; 23(2): 212-225.

CAPÍTULO 10

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Revisão para a segunda edição: Neurilene Batista de Oliveira

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. O PEP representa a estrutura eletrônica para manutenção da informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante toda a vida.

Com o crescimento da *internet*, o PEP — antes de uso exclusivo e interno da instituição de saúde — evoluiu para o conceito de um Registro Eletrônico em Saúde (RES), cujo núcleo conceitual é o compartilhamento da informação inter e multi-institucional, dentro de uma mesma região, estado ou país.

O RES é definido pela *International Organization for Standardization* (ISO) como um ou mais repositórios integrados de informações em formato eletrônico, relevantes para o bem estar e assistência à saúde do indivíduo, armazenados e transmitidos de forma segura e acessíveis por múltiplos usuários autorizados.

RES com funcionalidades avançadas, tais como suporte à decisão, diretrizes clínicas, protocolos, alertas e lembretes sobre alergias, contraindicações e dosagens de medicamentos são chamados de Sistemas de Apoio à Decisão Clínica (SADC). Tais sistemas estão associados a atendimentos mais seguros e de melhor qualidade pois, a partir de uma base de conhecimento computadorizada, podem gerar avaliações e recomendações específicas, de acordo com as características individuais do paciente. Inclusive, esses sistemas podem ser projetados para auxiliar médicos e enfermeiros na determinação de diagnósticos com base em informações precisas.

10.1- Prontuário eletrônico do paciente e o Processo de Enfermagem

O PEP/RES é uma das inovações mais significativas introduzidas na área da saúde nas últimas décadas. Na enfermagem, uma importante funcionalidade desses sistemas é auxiliar na tarefa de documentar o Processo de Enfermagem (PE), contribuindo para a formulação de diagnósticos precisos e intervenções eficazes, que podem levar a resultados altamente significativos e clinicamente relevantes para o paciente.

O PEP/RES é uma realidade cada vez mais presente nas instituições hospitalares e outras unidades de cuidado e já existe legislação específica para isso. 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 PEP 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, em atenção ao disposto na Resolução nº 358/2009, o Artigo 2º da Resolução Cofen nº 429/2012, afirma que devem ser registrados 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.

Portanto, na concepção do sistema eletrônico, deve-se relacionar todas as etapas do processo de enfermagem, a saber: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnósticos de

Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Evolução de Enfermagem. Caso a instituição possua apenas algumas etapas do PE informatizadas, é necessário que as demais etapas sejam registradas em papel.

10.2- Padrões do processo de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente

Corroborando com o Artigo 2º da Resolução Cofen nº 429/2012, um consenso internacional realizado por especialistas estabeleceu padrões para o PE no RES. Segundo esse estudo, o PE deve ser a espinha dorsal para o planejamento e documentação dos cuidados e servir como apoio para as decisões clínicas e gerenciais do enfermeiro, apresentando todas as etapas do PE e vinculando a avaliação com diagnósticos, intervenções e resultados. Apresentamos alguns requisitos importantes, com base na literatura atual, para a documentação do PE no PEP/RES:

- A coleta de dados deve conter documentação de enfermagem holística e relevante sobre as informações do paciente considerando os aspectos físicos, psicossociais, funcionais e ambientais. Deve-se adotar um referencial teórico de Enfermagem (Exemplos: referencial teórico das necessidades humanas básicas, tipologia dos padrões funcionais de saúde propostos por Marjorie Gordon, teoria do autocuidado proposto por Dorothea Orem, entre outros), dos quais mais detalhes podem ser encontrados no capítulo 5.
- Na coleta de dados, os escores de instrumentos de medição — tais como escalas de avaliação de dor, escala de Morse (risco de queda), escala de Braden (risco de lesão por pressão), escalas de avaliação de *delirium*, entre outras — podem ser interligados com diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Esses instrumentos de medida servem como apoio para a identificação dos diagnósticos de enfermagem — veja o capítulo sobre instrumentos de medida como alicerce para a operacionalização do Processo de Enfermagem.

- É imprescindível que os RES sejam estruturados a partir de um resumo mínimo de dados e/ou alicerçados em terminologias/sistemas de classificação ou de linguagem padronizada, conforme apresentado internacionalmente e com sistemas de classificação reconhecidos para diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados.
- As terminologias padronizadas promovem a continuidade do cuidado, recuperação de dados para pesquisas, análises estatísticas, *benchmarking*, *big data* e para a interoperabilidade (troca de informações) entre os diversos sistemas de saúde. Exemplos: NANDA-I: *North American Nursing Diagnosis Association International*; NIC: *Nursing Interventions Classification*; NOC: *Nursing Outcomes Classification*; CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; CIPESC: Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva; PNDS: *Perioperative Nursing Data Set*; *Clinical Care Classification (CCC)*; OMAHA System.
- O sistema deve oferecer diagnósticos de enfermagem para que o enfermeiro escolha o mais acurado (mais preciso) quando características definidoras, condições associadas, população em risco e/ou fatores relacionados forem inseridos no sistema. Deve apoiar o raciocínio clínico do enfermeiro oferecendo diagnósticos de risco e de promoção da saúde quando fatores de risco e descrições de prontidão para a saúde forem inseridas no sistema.
- Na etapa planejamento de enfermagem, o sistema deve oferecer apoio ao enfermeiro para seleção dos resultados de enfermagem que se espera alcançar. Eles são importantes porque mostram a contribuição da enfermagem na saúde das pessoas, evidenciando a efetividade dos cuidados de enfermagem. As metas ou resultados esperados devem estar relacionados aos diagnósticos identificados.
- O sistema deve oferecer ao enfermeiro intervenções de enfermagem padronizadas, baseadas em conhecimento científico. O sistema pode conter inclusive, a partir das intervenções de enfermagem, protocolos assistenciais fundamentados na prática baseada em evidência (PBE).

- Na etapa de implementação, na qual são realizadas as ações ou intervenções de enfermagem determinadas na etapa anterior, ou seja, o cumprimento da prescrição de enfermagem, o sistema deve permitir a checagem da prescrição de enfermagem e idealmente deve avisar o usuário sobre itens de que não foram checados e/ou que não foram justificados para a não realização da atividade prescrita.
- As ações/intervenções de enfermagem devem estimular a motivação e o desejo da pessoa, prevenir problemas ou recuperar a saúde. Estão relacionadas com os diagnósticos e resultados de enfermagem selecionados na etapa anterior e nas metas estabelecidas. As prescrições de enfermagem devem estar bem redigidas nos sistemas para despertar o interesse da equipe de enfermagem, tanto para ler quanto para realizar.
- A transformação digital passa também pelo envolvimento do paciente. Considerar as preferências e aceitabilidade do paciente em relação ao cuidado proposto é essencial para garantir o sucesso da intervenção. Sempre que possível, o paciente deve participar do estabelecimento dos resultados esperados e das intervenções. Isso é importante porque torna o paciente um sujeito ativo na implementação da intervenção e facilita a adesão ao tratamento.
- Na etapa avaliação de enfermagem (evolução de enfermagem), 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.
- O sistema deve oferecer critérios de avaliação ou indicadores de resultados relacionados com as metas de enfermagem estabelecidas, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e é o momento de verificação da necessidade de mudanças no plano de cuidado.

10.3- Processo de Enfermagem no PEP/RES e o Gerenciamento de Enfermagem

No que se aplica ao gerenciamento dos processos de trabalho, o Artigo 3º da Resolução Cofen nº 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.

Assim, 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. A partir das intervenções de enfermagem registradas no PEP/RES, é possível:

- Estimar os custos da assistência de enfermagem direta e indireta;
- Medir a carga de trabalho de enfermagem;
- Dimensionar o pessoal de enfermagem de acordo com o tempo de assistência de enfermagem necessário, de acordo com as intervenções propostas;
- Vincular a qualificação da equipe de enfermagem ou níveis educacionais às intervenções de enfermagem.

A natureza complexa do atual sistema de saúde criou um ambiente desafiador para o gerenciamento de dados e informações do paciente. Os sistemas de papel tradicionais podem ser mais fáceis de usar para documentar um único episódio de atendimento, mas o acesso a esses registros é limitado (apenas local), os relatórios são extremamente complicados, dificultam a continuidade do cuidado e o acesso às informações sobre as técnicas e pesquisas mais recentes.

Segundo Stagers & Ramona (2017), “a natureza robusta do RES tem o potencial de resolver muitos desses problemas e transformar a maneira como coletamos, armazenamos, acessamos, processamos, gerenciamos e relatamos os dados do paciente”.

Os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde que mais geram dados nos sistemas de saúde, pois completam a maior parte da documentação. Para que seja possível examinar a imensa coleção de dados brutos que estão sendo armazenados em cada encontro enfermeiro-paciente/família e manipulá-los com o objetivo expresso de criar informações e conhecimento, são necessários novos recursos de análise de dados.

Na atualidade, a ciência da “*big data*”, junto com sofisticadas ferramentas e técnicas analíticas, tem sido usada por muitos líderes para tomar decisões e desempenha um papel fundamental no futuro da enfermagem, pois oferece informações clínicas importantes para informar e transformar práticas baseadas em evidências.

O termo *Big Data Analytics* se refere ao grande volume de dados que circula na sociedade moderna, bem como aos sistemas desenvolvidos para coletar, agregar e processar todo esse oceano de dados não estruturados, transformando-os em informações estratégicas que deem vantagem competitiva às organizações.

Os líderes de enfermagem destacam a necessidade de os enfermeiros saberem o suficiente sobre *big data* para que possam avaliar sua relevância para a coordenação do cuidado. *Big data* pode iluminar a descoberta da enfermagem de novos conhecimentos e melhores práticas que são seguros, eficazes e levam a melhores resultados; também pode expandir a visão da enfermagem e as possibilidades futuras, aumentando consciência do que a enfermagem não sabe.

Enfermeiros devem compreender também a relação entre sua documentação clínica e a inteligência artificial (IA) pois, no futuro, essas tecnologias os ajudarão a integrar diferentes tipos de dados relevantes (por exemplo, ambientais, genômicos, dados de saúde, dados sócio-demográficos), fortalecendo a capacidade dos enfermeiros de fornecer cuidados multifacetados.

As aplicações das tecnologias de IA podem impactar profundamente a prática de enfermagem, transformar a prestação de cuidados de saúde e melhorar os resultados do paciente. Por exemplo, as tecnologias de reconhecimento de fala podem acelerar e aprimorar a documentação de enfermagem. Outras aplicações incluem mineração de texto, em que as tecnologias de IA estão sendo usadas para extrair milhões de dados dos registros de enfermagem para apoiar o planejamento de cuidados e a detecção de risco do paciente. Da mesma forma, o aprendizado de máquina tem sido utilizado para prever deterioração clínica precoce de pacientes em condições críticas agudas.

Por meio da aplicação de IA, os sistemas futuros podem emitir alertas para o enfermeiro sobre informações conflitantes (ou seja, diagnósticos, intervenções e/ou resultados que não estão coerentemente ajustados entre si ou com as pontuações das medições).

10.4- Avaliação qualitativa da documentação de enfermagem

A introdução da documentação eletrônica por si só não garante a qualidade da documentação. Ela pode até ajudar a otimizar o PE, no entanto, não substitui a aplicação e o treinamento contínuo dos enfermeiros no pensamento crítico e raciocínio clínico.

Salienta-se que a capacitação e o treinamento dos usuários para uso do sistema deve envolver toda a equipe de enfermagem e não apenas o enfermeiro, por ser responsabilidade de toda a operacionalização do PE.

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 - International, 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, já temos no país alguns estudos que utilizaram o instrumento 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.

10.5- Segurança dos Dados

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.

Os registros eletrônicos de enfermagem devem conter ou assinatura digital, ou serem impressos para registro da identificação profissional e assinatura pelo profissional de enfermagem.

No artigo 4º da Resolução Cofen nº 429/2012 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.

Para mais informações sobre aspectos ético-jurídicos do PE e do PEP, consulte o relacionado.

10.6- Considerações Finais

A importância do registro do PE no PEP/RES é indiscutível e agrega valor direta ou indiretamente às organizações de saúde. Pesquisas inovadoras

e rigorosas estão sendo conduzidas ao redor do mundo para investigar como os sistemas de saúde podem maximizar os impactos positivos dos cuidados de enfermagem e estão construindo uma base de evidências para intervenções que promovam saúde e bem-estar ao longo da vida para famílias, comunidade e sociedade.

A documentação clínica de enfermagem clara, legível, organizada e passível de codificação favorece o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, a vigilância de doenças, a mensuração dos resultados alcançados, bem como pode subsidiar propósitos administrativos. Desse modo, os dados poderão ser facilmente compreendidos e agregados para produzir conhecimento, por meio do desenvolvimento de pesquisas que mensure a eficácia dos cuidados de enfermagem, fornecendo base de evidências para a profissão.

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 clínica e gerencial.

Bibliografia consultada

Ball MJ, Douglas JV, Walker PH. Nursing Informatics: Where Technology and Caring Meet. 4th ed. New York: Springer; 2011.

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>. 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 EC 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>. Acesso em: 7 jan.2015.

Delaney, C. W., Weaver, C. A., Warren, J. J., Clancy, T. R., Simpson, R. L. (Eds.). (2017). Big data-enabled nursing. New York, NY: Springer.
ISO 18308:2011 Health informatics — Requirements for an electronic health record architecture

Kutney-Lee A, Sloane DM, Bowles KH, Burns LR, Aiken LH. Electronic Health Record Adoption and Nurse Reports of Usability and Quality of Care: The Role of Work Environment. Appl Clin Inform. 2019;10(1):129-139. doi: 10.1055/s-0039-1678551

Linch GFC 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.

Linch GFC, Lima AAA, Souza EN, Nauderer TM, Paz AA, Costa C. Impacto de uma intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2938.

Machado AF; Kusahara DM. A documentação da assistência de enfermagem e a segurança do paciente. In: Harada MJCS et al.; *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

Massad E, Marin HF, Azevedo RS. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Marin; 2003. *O prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos*; p.1-20.

Müller-Staub 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.

Müller-Staub M, de Graaf-Waar H, Paans W. An internationally consented standard for nursing process-clinical decision support systems in electronic health records. *Comput Inform Nursing*. 2016; 34(11):493–502

_____. 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.

Nancy R, Staggers N. *Health Informatics: an interprofessional approach*. 2 ed. St. Louis. Elsevier, 2017

Oliveira NB, Peres HHC. Quality of the documentation of the Nursing process in clinical decision support systems. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 May 21;29:e3426. doi: 10.1590/1518-8345.4510.3426.

Ronquillo CE, Peltonen LM, Pruinelli L, Chu CH, Bakken S, Beduschi A, Cato K, Hardiker N, Junger A, Michalowski M, Nyruup R, Rahimi S, Reed DN, Salakoski T, Salanterä S, Walton N, Weber P, Wiegand T, Topaz M. Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *J Adv Nurs*. 2021 May 18. doi: 10.1111/jan.14855.

Sim I, Gorman P, Greenes RA, Haynes RB, Kaplan B, Lehmann H, et al. Clinical decision support systems for the practice of evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc*. 2001;8(6):527–534.

Sousa PAF; Ssso GTMD; Barra DCC. 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.

Otero Varela L, Wiebe N, Niven DJ, Ronksley PE, Iragorri N, Robertson HL, Quan H. Evaluation of interventions to improve electronic health record documentation within the inpatient setting: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019. 8(1):54. doi: 10.1186/s13643-019-0971-2.

Walker-Czyz A. The Impact of an Integrated Electronic Health Record Adoption on Nursing Care Quality. *J Nurs Adm*. 2016 Jul-Aug;46(7-8):366-72

Woo K, Song J, Adams V, Block LJ, Currie LM, Shang J, Topaz M. Exploring prevalence of wound infections and related patient characteristics in homecare using natural language processing. *Int Wound J*. 2021 Jun 9. doi: 10.1111/iwj.13623.

CAPÍTULO 11

REGISTROS NO CONTEXTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Elenice Valentim Carmona
Isabella Gerin de Oliveira Bomfim
Anamaria Alves Napoleão

O registro do cuidado de enfermagem favorece a comunicação entre os profissionais de saúde e oferece subsídios para a gestão do cuidado, envolvendo aspectos legais, ética profissional, segurança e qualidade. Os registros permitem que todos os envolvidos conheçam, de forma sistematizada, o que foi realizado, bem como promovem a continuidade dos planos de cuidados, incrementam a credibilidade e facilitam a avaliação da efetividade da assistência ao paciente e família⁽¹⁾. Servem ainda para finalidades de ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, entre outras possibilidades que podem ser utilizadas para aprimorar a atenção à saúde⁽²⁾ (COFEN, 2016) e garantir a satisfação do paciente.

Considerando a relevância da documentação clínica de enfermagem, bem como a exigência legal de que todas as fases do Processo de Enfermagem (PE) sejam documentadas no Brasil, tais registros referem-se à documentação da assistência que ocorre no âmbito de etapas dinâmicas e inter-relacionadas. Como mencionado em capítulos anteriores, o PE é definido como uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro, que norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão quanto a diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. A utilização desta ferramenta intelectual possibilita a documentação de suas etapas⁽¹⁾, que estão apresentadas na Figura 1.

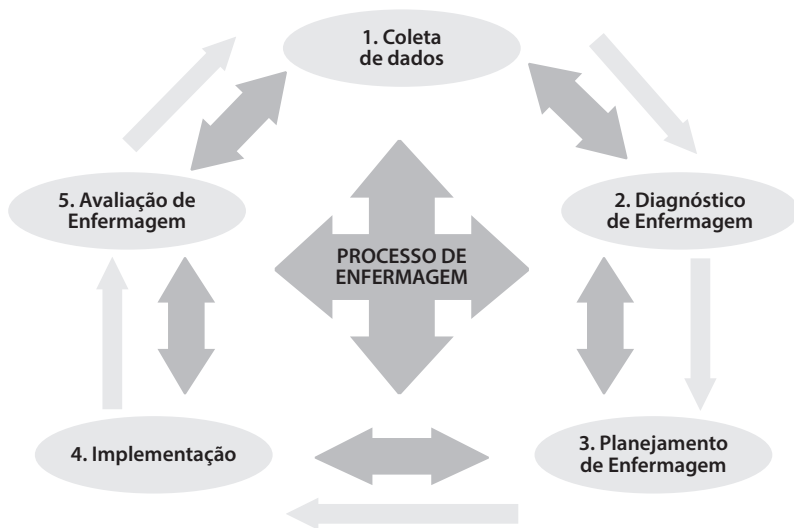


Figura 1. Representação das etapas do Processo de enfermagem. Os números representam seu sequenciamento, as setas unidirecionais representam a interligação e as bidirecionais o dinamismo das etapas. Fonte: Autoras

O Capítulo 3 aborda o conceito, as propriedades, as fases ou etapas do PE, bem como as teorias e modelos teóricos relacionados a ele, além de sua utilização no Estado de São Paulo. O presente capítulo irá tratar dos registros de enfermagem no contexto do PE, discutindo alguns aspectos dos dados que a equipe de enfermagem registra sobre a assistência planejada e realizada junto a pacientes, familiares e comunidade. Para detalhamento sobre recomendações relacionadas a registros de procedimentos de enfermagem e contextos de cuidado específicos, o leitor deve consultar o “Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem”, disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>⁽³⁾

11.1- Aspectos legais dos registros em enfermagem

Atualmente, a maioria dos registros de enfermagem e dos demais profissionais de saúde utilizam ferramentas de tecnologia da informação e comunicação em suas atividades cotidianas, como, por exemplo, prontuário eletrônico para registrar os dados do paciente, prescrever tratamentos e cuidados. Assim, o registro eletrônico de saúde permite o armazenamento, bem como o compartilhamento seguro e ágil das informações do paciente entre diferentes equipamentos de saúde.

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. Tais registros devem conter a assinatura digital ou serem impressos para registro da identificação profissional e assinatura.

A legislação que se aplica tanto para o registro tradicional em papel quanto para o eletrônico é a Resolução Cofen nº 429/2012. Assim, é de extrema importância que todo profissional de enfermagem conheça tal Resolução, bem como as recomendações e boas práticas descritas em artigos citados abaixo:

- Constituição Federal (Art. 5º)⁽³⁾;
- Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem (Art.11)⁽⁴⁾;
- Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498/86 (Art. 10, 11 e 14)⁽⁵⁾;
- Resolução Cofen nº 567/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽⁶⁾;
- Código de Processo Civil (Art. 368, 386, 371 e 372)⁽⁷⁾;
- Código Civil Brasileiro (Art. 186, 927 e 951)⁽⁸⁾;
- Código Penal (Art.18)⁽⁹⁾;
- Lei n. 8.078 – Código de Defesa do Consumidor (Art.6º e 43)⁽¹⁰⁾ e
- Portaria MS n. 1.820/09 – Carta dos direitos dos usuários da saúde (Art.3º)⁽¹¹⁾.

Do ponto de vista legal, somente o que foi registrado pode ser considerado como executado, portanto, no conteúdo dos registros de enfermagem devem constar todos os cuidados realizados.

A lei protege as informações sobre o paciente que esteja sob cuidados profissionais de saúde. Assim, o profissional de enfermagem é obrigado por lei e pela ética a manter confidencialidade de qualquer informação relacionada à doença e ao tratamento do paciente ou cliente.

Os profissionais de enfermagem que realizarão os registros devem se atentar à proteção de dados pessoais. Entende-se aqui dado pessoal como toda informação relacionada à pessoa natural⁶ identificada ou identificável (Artigo 5º da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD)⁽¹²⁾.

Toda pessoa tem assegurada a titularidade de seus dados pessoais e garantidos os direitos fundamentais de liberdade, de intimidade e de privacidade, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Sendo assim, o titular dos dados pessoais tem direitos, que podem ser exercidos mediante requerimento expresso ao Ministério da Defesa, por meio da Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação, também chamada de Fala.BR: <https://falabr.cgu.gov.br/publico/Manifestacao/SelecionarTipoManifestacao.aspx?ReturnUrl=%2f>

Alguns desses direitos são: confirmação da existência de tratamento; acesso aos dados; correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; eliminação dos dados pessoais, entre outros.

Recomenda-se também conhecer e seguir as normas e diretrizes da instituição na qual a assistência será prestada, referente à transferência da informação⁷, transição do cuidado⁸, protocolo de comunicação

6 Pessoa natural: ser humano capaz de direitos e obrigações na esfera civil. Todo ser humano, assim, recebe a denominação de pessoa - natural ou física - para ser denominada como sujeito do direito, ente único, do qual e para o qual decorrem normas.

7 Transferência da informação: trata-se de amplo e complexo processo, definido como um conjunto de operações envolvidas desde a geração até a utilização da informação.

8 Transição do cuidado: conjunto de ações relacionadas à assistência à saúde e projetadas para garantir a coordenação e continuidade do cuidado de maneira segura e eficaz, na medida em que o paciente é transferido entre diferentes locais ou diferentes níveis de atendimento em um mesmo local.

segura e outros, que trazem regras locais específicas, conforme o grau de maturidade da gestão de qualidade e segurança do paciente. Um exemplo seria a utilização de siglário e ferramentas mentais para construção de comunicação estruturada como “SBAR”: mnemônico para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação.

11.2- Registros do Processo de enfermagem

É imprescindível documentar formalmente os dados que se relacionam com as etapas do PE, em consonância com a competência legal do profissional envolvido, prestar informações escritas e/ou verbais completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Os registros de enfermagem oferecem suporte para análise reflexiva dos cuidados prestados, respectivas respostas do paciente, resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem. Ademais, devem conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

A Resolução Cofen nº 429/2012 estabelece que devem ser registrados no prontuário do paciente⁽¹³⁾:

- 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.

11.2.1- Anotação 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. É realizada por todos os membros da equipe de enfermagem e deve ser registrada no momento em que ocorreu o fato pontualmente.

Na anotação, os dados são brutos, isto é, deve-se informar o que foi realizado e/ou observado, de forma objetiva, clara, sem análises, interpretações ou julgamentos de valor⁽¹⁴⁾. A seguir apresenta-se um exemplo de anotação de enfermagem:

“17/07/2021, às 14h, encaminhado o paciente ao setor de imagem para realização de exame de RX de Tórax, em cadeira de rodas, sem intercorrências”. “Nome do profissional, categoria profissional (Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), COREN-SP 0000” + carimbo

As regras gerais para elaboração das anotações de enfermagem (COFEN, 2016) abrangem⁽³⁾:

1. Antes de cada registro de enfermagem, acrescentar data e hora. Ao final, deve conter assinatura e identificação do profissional com o número do COREN (o uso do carimbo é facultativo);
2. Observar e anotar como o paciente chegou: procedência, acompanhante e condições de locomoção;
3. Observar e anotar as condições gerais do paciente: nível de consciência, humor e atitude, higiene pessoal, estado nutricional, coloração da pele, dispositivos em uso e queixas do paciente;
4. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiar. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc;
5. Dados do exame físico;
6. Cuidados realizados e justificativas para os que não foram realizados;
7. Intercorrências;
8. Efetuar as anotações imediatamente após a realização do cuidado, orientação fornecida ou informação obtida;

9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;
11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
14. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
15. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.) ou julgamento;
16. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura.

O Quadro 1 apresenta lembretes sobre conteúdo imprescindível para as anotações de enfermagem.

Quadro 1 - Lembretes sobre conteúdo das anotações de enfermagem.

As anotações de enfermagem deverão ser referentes a:
Todos os cuidados prestados, incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros.
Sinais e sintomas, identificados por meio da observação e os referidos pelo paciente. Os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos: nunca utilizar somente os termos “normotenso”, “normocárdico”, etc.
Intercorrências, que incluem fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas e respostas dos pacientes às ações realizadas.

Fonte: Adaptado de COFEN (2016)⁽³⁾.

A demora na anotação de uma informação sobre o paciente pode acarretar omissões graves e atrasos no atendimento de suas necessidades. As decisões e condutas sobre a assistência são baseadas em informações atuais. Portanto, é imprescindível registrar logo após a realização do procedimento, atendimento, observação ou encaminhamento⁽³⁾.

Entre os profissionais de enfermagem, ainda é comum a dificuldade para diferenciar adequadamente anotação e evolução de enfermagem. Assim, o Quadro 2 apresenta as principais diferenças entre estes dois tipos de registros.

A evolução de enfermagem, também chamada de avaliação de enfermagem, é um registro feito privativamente pelo enfermeiro, após avaliar o estado geral do paciente frente aos cuidados prestados e resultados alcançados, após um período preestabelecido. Geralmente, é efetuada a cada 24h, ou quando ocorre modificação no estado do paciente, levando o enfermeiro a manter, modificar ou suspender cuidados prescritos⁽¹⁴⁾.

Quadro 2 - Diferenças entre anotação e evolução de enfermagem.

Anotação de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda a equipe de enfermagem	Elaborada pelo enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24 horas
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra reflexão e análise de dados

11.2.2- Registro da coleta de dados de enfermagem

A coleta de dados é a primeira etapa do PE, ou seja, o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente/família: contempla anamnese/entrevista e exame físico, sendo imprescindível

a documentação precisa dos dados coletados. Os dados subjetivos são investigados por meio da anamnese/entrevista, abrangendo aspectos progressos e atuais; enquanto o exame físico coleta dados objetivos.

A coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem é um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que têm 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.

Todas as decisões quanto a diagnósticos, intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados são baseadas na coleta de dados. Para o levantamento dos dados essenciais e desenvolvimento do trabalho do profissional enfermeiro, faz-se necessário ter conhecimento de referencial teórico para coleta de dados físicos, emocionais, sociais e espirituais, hábitos de vida e histórico da doença, considerando o ser humano na sua integralidade. Também são necessários ainda conhecimentos de psicologia, antropologia, sociologia e demais ciências que venham colaborar para uma assistência de qualidade.

Por estar intimamente ligada à etapa de diagnósticos de enfermagem, até mesmo sobrepondo-a, a qualidade da coleta de dados assegurará a segurança e a eficácia do plano de cuidados do paciente. O registro padronizado dos dados também assegura que informações relevantes sejam encontradas com facilidade por toda a equipe de saúde⁽¹⁵⁾.

Geralmente, registra-se a coleta de dados de enfermagem em formulários ou instrumentos pré-confeccionados, de acordo com as características de cada unidade de um serviço, também segundo os referenciais teóricos de enfermagem adotados, na forma digital ou em papel. Tais formulários ou instrumentos devem servir de guia para o enfermeiro e retratar a pessoa sob seus cuidados, mas facilitar o acréscimo de informações não previstas. Um diferencial nessa etapa é ter clareza sobre o modelo teórico da enfermagem que está sendo utilizado para organizar a coleta de dados e, conseqüentemente, direcionar julgamentos⁽¹⁴⁾.

Há instituições que investem em sistemas informatizados que permitem coleta e registro de dados de enfermagem à beira leito. Outras optam por computadores centralizados em um local da unidade. Nos diferentes contextos, ferramentas desenvolvidas com qualidade e que levam em conta as necessidades da equipe de enfermagem podem favorecer o trabalho do enfermeiro e contribuir para a qualidade da assistência.

Devido à importância da coleta de dados e à necessidade de flexibilidade para abranger diferentes contextos, existem publicadas inúmeras propostas de instrumentos de coleta de dados, disponíveis em formato digital com variações de forma e conteúdo, visando à obtenção de dados relevantes dos pacientes para direcionamento no estabelecimento dos diagnósticos e do planejamento de enfermagem. Ao final desse capítulo, apresenta-se um exemplo de instrumento voltado para a admissão de clientela adulta (Anexo 1).

11.2.3- Registro dos diagnósticos de enfermagem

A partir da análise dos dados coletados, o enfermeiro determinará os diagnósticos de enfermagem, segunda etapa do processo de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem constitui atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem: Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986⁽⁴⁾ e com o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987⁽⁵⁾, que a regulamenta.

Segundo a Resolução Cofen nº 358/2009 (que 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), artigo 2º, inciso II, um diagnóstico de enfermagem é um “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”⁽¹⁶⁾.

De acordo com a NANDA International (NANDA-I), organização responsável por uma classificação de diagnósticos de enfermagem mundialmente conhecida, um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade⁽¹⁷⁾. Enquanto a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define o diagnóstico de enfermagem como um título atribuído pela(o) enfermeira(o) a uma decisão sobre um fenômeno que é o foco de intervenções de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Destaca-se que a etapa diagnóstica do PE prevê a utilização de uma terminologia padronizada, reconhecida e validada por comunidade científica, entidades de ensino e entidades regulamentadoras da profissão, uma vez que essas terminologias alinham-se com as bases científicas no desenvolvimento e atualização dos diagnósticos de enfermagem e atendem a critérios, normas, princípios e valores fundamentais da profissão. Existem sistemas de linguagem específicos da enfermagem como a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), o sistema Omaha, entre outros⁽¹⁴⁾.

De acordo com a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, para o estabelecimento de intervenções de enfermagem adequadas e para a validação dos diagnósticos de enfermagem pelos demais enfermeiros que continuarão os cuidados, é fundamental que os enfermeiros tenham acesso à definição dos diagnósticos de enfermagem e aos indicadores diagnósticos: características definidoras, fatores relacionados, condições associadas ou população em risco⁽¹⁷⁾.

Assim, para que fique claro o raciocínio clínico que levou a um determinado diagnóstico de enfermagem, é importante que as características definidoras (ou sinais e sintomas), os fatores relacionados/fatores de risco estejam registrados, podendo constar nos formulários dos prontuários onde se registra a coleta de dados, ou ainda se repetirem na própria redação do diagnóstico de enfermagem.

A esse respeito, Herdman e Kamitsuru (2018) reconhecem que muitos sistemas não permitem o uso do modelo “relacionado a”, “evidenciado por”, proposto pela taxonomia da NANDA-I e reforçam que os dados da coleta de dados que fundamentam o diagnóstico de enfermagem estejam comunicados no prontuário do paciente⁽¹⁷⁾.

Ao visar o registro dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro deve utilizar suas habilidades para identificar os fenômenos que devem ser priorizados, uma vez que a priorização é fundamental para o sucesso no estabelecimento de intervenções de enfermagem com foco nos problemas mais críticos e, por conseguinte, ao alcance dos melhores resultados junto ao paciente.

Salienta-se que alguns elementos denotam a individualização dos cuidados de enfermagem como: o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem com base na coleta de dados; a priorização dos diagnósticos de enfermagem; o registro de indicadores dos diagnósticos priorizados, tais como causas, sinais, sintomas e fatores de risco, fundamentando sua proposição.

Nem todos os serviços possuem prontuário eletrônico ou registro eletrônico das etapas do PE. Em casos de prontuários ou registros eletrônicos de dados, os códigos que estão vinculados aos elementos das terminologias podem facilitar o processo de sua incorporação ao sistema e de estabelecimento, pelo enfermeiro, de diagnósticos de enfermagem. Diagnósticos esses que automaticamente ficarão registrados, podendo, inclusive, serem vinculados por inteligência artificial a resultados e intervenções de enfermagem, apoiando o processo de tomada de decisão clínica e de avaliação.

Em caso de prontuários não eletrônicos, os serviços de enfermagem poderão contar com formulários manuais que apresentem diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em pacientes atendidos no serviço ou unidade, bem como espaço livre para inserção de outros diagnósticos não previstos ou, ainda, formulário aberto com espaço totalmente livre para registro dos diagnósticos, com base na terminologia adotada.

É importante que haja apoio das instituições e que sejam atendidas todas as exigências em termos de direitos autorais ou de *copyright*, de acordo com as normas para uso da terminologia escolhida e das melhores práticas no uso de terminologias de diagnósticos de enfermagem, seja em sistemas informatizados ou em formulários impressos.

Artigos científicos de fácil acesso por via eletrônica podem auxiliar os enfermeiros com relatos publicados sobre a implementação da etapa de diagnósticos de enfermagem e como são registrados em diferentes serviços.

O Quadro 3 apresenta exemplos de registros de diagnósticos de enfermagem da Classificação de Diagnósticos da NANDA-I, segundo o tipo de diagnóstico:

Quadro 3. Exemplos de como redigir diagnósticos de enfermagem da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I

Tipo de diagnóstico	Exemplo de como registrar	Elementos do diagnóstico
Diagnóstico de risco	Risco de tromboembolismo venoso evidenciado por mobilidade prejudicada, desidratação e obesidade	<p>Título (negrito)</p> <p><i>Fatores de risco (itálico)</i></p>
Diagnóstico com foco no problema	Intolerância à atividade relacionada ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio evidenciada por dispneia ao esforço e fraqueza generalizada	<p>Título (negrito)</p> <p><u>Fatores relacionados (texto sublinhado)</u></p> <p>Características definidoras (azul)</p>

Diagnóstico de promoção de saúde	Disposição para controle da saúde melhorado evidenciado por desejo expresso de melhorar o controle dos regimes prescritos	Título (negrito) Características definidoras (azul)
Diagnóstico de síndrome	Síndrome do idoso frágil relacionado a conhecimento insuficiente sobre fatores modificáveis, apoio social insuficiente, evidenciado por deambulação prejudicada, intolerância à atividade e isolamento social.	Título (negrito) <u>Fatores relacionados</u> (texto sublinhado) Características definidoras (azul)

Fonte: Autoras

Quando o enfermeiro prioriza um determinado diagnóstico ou um grupo de diagnósticos para um paciente, estes irão constar no plano de cuidados, norteando as intervenções de enfermagem, que também deverão ser redigidas pelo enfermeiro como prescrição.

Como especificado no Quadro 3, para fins de descrição, destacamos os títulos dos diagnósticos de enfermagem em negrito, os fatores de risco em itálico, os fatores relacionados com traço sublinhado e as características definidoras em azul. Entretanto, é imprescindível ter acesso à Classificação dos Diagnósticos da NANDA-I para consulta às definições dos diagnósticos, assim como às características definidoras, aos fatores relacionados e aos fatores de risco e, assim, obter precisão diagnóstica. O enfermeiro deverá ler a definição do diagnóstico de enfermagem e analisar seus elementos, de forma a verificar o quanto descrevem o que ele está identificando na prática clínica.

Reforça-se que, caso o sistema de registro utilizado permita somente a inserção dos títulos dos diagnósticos, os fatores de risco ou fatores relacionados e as características definidoras devem constar nos registros de coleta de dados.

11.2.4- Registro do Planejamento de enfermagem

Como já abordado no Capítulo 3, o planejamento de enfermagem se trata da 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. Essa etapa se baseia no estabelecimento de diagnósticos prioritários, metas/resultados esperados, intervenções e a documentação desse planejamento: registro das metas/resultados esperados e da prescrição das ações de enfermagem que serão executadas na implementação.

Para registrar os resultados de enfermagem, considerando um determinado diagnóstico ou um grupo de diagnósticos, o enfermeiro poderá utilizar algum sistema de linguagem padronizada. Dentre as possibilidades existentes, a Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC é a mais utilizada, embora ainda de forma incipiente no Brasil⁽¹⁹⁾).

O estabelecimento e o registro dos resultados esperados devem levar em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, mensuráveis (o registro deve conter indicadores que podem ser ouvidos ou vistos pelo profissional, facilitando a percepção do estado do paciente) e atingíveis (seu estabelecimento deve considerar se há tempo suficiente, bem como o grau de participação e a concordância da pessoa/família que está sob cuidados). O registro dos indicadores é relevante para favorecer a identificação objetiva do estado atual, bem como se esse estado está apresentando mudanças ao longo do tempo em função da prescrição de enfermagem: registros sobre manutenção do quadro, melhora ou resolução.

Os resultados de enfermagem propostos pela NOC são compostos por título, definição, indicadores e suas respectivas magnitudes. Dão ideia de um *continuum*, com magnitudes em forma de escala Likert de 1 a 5, em que 1 é a pior condição e 5, a melhor. Os resultados, avaliados por meio de escala Likert, favorecem o acompanhamento de uma variação;

já as metas podem ser avaliadas enquanto atingidas ou não. Se uma meta não for atingida, é importante saber se ocorreu algum progresso ou não: o que torna o uso de resultados mais interessante, pois favorece o registro de modificações nos escores, mesmo que discretas⁽¹⁹⁾.

Enquanto linguagem padronizada, um resultado de enfermagem é definido como estado, comportamento ou percepção do indivíduo, família ou comunidade que é medido em um *continuum* em resposta a uma intervenção ou intervenções de enfermagem. Pode ser usado para mensurar o progresso ou a falta de progresso em qualquer tempo do tratamento, em diversas especialidades⁽¹⁹⁾.

Como exemplo, pode-se imaginar um paciente que apresente o diagnóstico de enfermagem “Risco de infecção” em um pós-operatório de cirurgia abdominal, sem complicações ou comorbidades que dificultem a cicatrização da ferida operatória. Para esse paciente, hipoteticamente, foi estabelecido o resultado “Cicatrização de feridas: primeira intenção” como relevante para prevenir infecção. Ao consultar a NOC, diante dos 14 indicadores desse resultado, o enfermeiro pode estabelecer os que melhor representam o que deve ser acompanhado nesse paciente. Ainda como exemplo, considera-se aqui cinco indicadores do resultado mencionado: aproximação das bordas da ferida; drenagem serosa; edema perilesão; temperatura da pele elevada e odor fétido na ferida. Seguindo o que se deve fazer na prática clínica, para cada um desses indicadores deve-se estabelecer em que nível da escala Likert (de 1 a 5) o paciente se apresenta, se é desejável manter como está ou aumentar, bem como para quanto é factível aumentar.

Assim, pode-se identificar, por exemplo, que a condição inicial do indicador “drenagem serosa” está em 2 e que considera possível chegar a 4 ou 5. Para uso dessa classificação, o enfermeiro deverá redigir o título do resultado, os indicadores que se adequam ao paciente em questão e as magnitudes de cada indicador (de 1 a 5), conforme os exemplos abaixo, acompanhando diariamente ou de acordo com o período adequado para reavaliar um determinado fenômeno. O Quadro 4, a seguir, apresenta exemplo de registro de resultado esperado.

Quadro 4 - Resultado e estabelecimento de magnitudes para seus indicadores.

Indicadores	Registro do resultado esperado
Aproximação das bordas da ferida	de 5 (extenso), manter em 5 (extenso)
Drenagem serosa	de 3 (moderado), aumentar para 5 (nenhuma)
Edema perilesão	de 4 (limitado), aumentar para 5 (nenhum)
Temperatura da pele aumentada	de 5 (nenhum), manter em 5 (nenhum)
Odor fétido na ferida	de 5 (nenhum), manter em 5 (nenhum)

O Quadro 5 apresenta exemplo de acompanhamento diário do resultado de enfermagem “Cicatrização de feridas: primeira intenção” e seus indicadores em questão, com registro das variações da escala Likert, demonstrando a melhora do paciente.

Quadro 5 - Registro do acompanhamento diário de um resultado de enfermagem.

Resultado “Cicatrização de feridas: primeira intenção”			
Indicadores	Data: Dia 1	Data: Dia 2	Data: Dia 3
Aproximação das bordas da ferida	5	5	5
Drenagem serosa	3	4	5
Edema perilesão	4	4	5
Temperatura da pele aumentada	5	4	5
Odor fétido na ferida	5	5	5

Alguns serviços optam por não utilizar a escala Likert, mas letras ou siglas que significam “piora”, “melhora”, “inalterado/mantido” ou “resolvido” para acompanhar os resultados. O que leva a um tipo de avaliação mais semelhante àquela que se faz em relação às metas, devido à dificuldade de identificar o nível de variação.

Considerando diagnósticos e resultados esperados, o enfermeiro documenta a prescrição de enfermagem, que se trata de cuidados específicos para auxiliar o cliente a atingir os resultados esperados: são atividades necessárias para eliminar ou amenizar os fatores que contribuem (fatores relacionados ou fatores de risco) para a presença do fenômeno (diagnóstico de enfermagem).

A prescrição de enfermagem trata-se da documentação das decisões acerca das condutas a serem implementadas, objetivando assistência individualizada e de qualidade, liderada pelo enfermeiro⁽²⁰⁾. Deve contemplar:

- Atividades a serem desempenhadas pelo paciente;
- Atividades e avaliações a serem realizadas pela equipe;
- Documentação do cuidado prestado.

Os itens a serem considerados abrangem: controles (como sinais vitais e balanço hídrico); alimentação (necessidades de estímulo, auxílio e registro da aceitação), higiene; sinais, sintomas e comportamentos a serem observados, avaliados; tratamentos (cuidados específicos para pele e feridas, e outros); orientações; informações a serem ofertadas ou colhidas; atividades educativas; assistência às necessidades sociais e emocionais; encaminhamento a outros profissionais; família/acompanhante.

A prescrição de enfermagem deve seguir algumas diretrizes⁽²⁰⁾:

- É uma atividade privativa do enfermeiro;
- Deve ter um impresso próprio, com coluna para descrição das condutas e outra coluna para o registro de horários/períodos de realização das mesmas;
- A sequência dos itens pode ser flexível, variando conforme diretrizes institucionais e especificidades da clientela;
- Deve ser atualizada em 24 horas ou em menor tempo, conforme mudanças das necessidades do paciente, ou seja, elaborada e revalidada diariamente;
- Os verbos utilizados evidenciam grau de dependência do cliente. Alguns exemplos são: ajudar, fazer, orientar, supervisionar, encaminhar;

- Após a avaliação de enfermagem, o enfermeiro pode rever a continuidade de uma conduta e/ou sua periodicidade;
- Deve conter a identificação do enfermeiro que a elaborou: assinatura/ rubrica e Coren do enfermeiro;
- Deve ser cumprida por todas as categorias de enfermagem;
- A checagem e rubrica das condutas prescritas devem ocorrer logo após execução;
- Qualquer conduta não executada deverá ter seu horário circulado e escrita uma justificativa correspondente no impresso de Anotação de Enfermagem;
- Em caso de suspensão de uma conduta por enfermeiro, deve-se colocar traço na coluna de horário correspondente (ou escrever “suspensão”)“ e justificar na *Avaliação de enfermagem*;
- A prescrição deve ser subsidiada pelas etapas do PE.

A elaboração da prescrição de enfermagem requer do enfermeiro experiência e capacidade de julgamento para prescrever o cuidado adequado às necessidades do paciente/família. Essa tomada de decisão é auxiliada pela documentação das respostas obtidas a partir de condutas já implementadas. Além disso, estudos científicos sobre intervenções e seus resultados podem trazer subsídios para mudanças nos cuidados prestados.

Assim como para diagnósticos e resultados de enfermagem, pode-se utilizar linguagem padronizada de enfermagem para a elaboração da prescrição. Dentre algumas possibilidades, tem-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*)⁽²¹⁾, que define a intervenção de enfermagem como qualquer tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimento, que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente⁽²⁰⁾. Nessa classificação, cada intervenção é composta por um título, sua definição e um conjunto de atividades, além da bibliografia recomendada. As atividades explicitam a ação concreta, condutas ou ações específicas que implementam a respectiva intervenção.

Enquanto a prescrição de enfermagem e seus itens recebem diferentes denominações (ação, atividade, conduta, intervenção, plano de cuidados, tomada de decisão), a linguagem padronizada proposta pela NIC tem nomenclatura específica para seus elementos, em que cada intervenção é composta por uma lista de atividades. Salienta-se que nem todas as atividades de uma intervenção específica são aplicáveis a um determinado paciente e/ou contexto de assistência. Por se tratar de uma classificação internacional, o enfermeiro deverá considerar quais atividades se adequam às necessidades do paciente, segundo diagnósticos e resultados esperados, bem como ao contexto de assistência local.

11.2.5- Registro da Implementação

A implementação é a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Nesse contexto, há tipos de intervenção: cuidados diretos, cuidados indiretos, intervenções comunitárias, tratamentos iniciados pelos enfermeiros e tratamentos iniciados por médicos⁽²¹⁾.

A legislação brasileira, por meio da Lei nº 7498/1986⁽⁵⁾, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, prevê que cabe ao enfermeiro, privativamente, a prescrição da assistência de enfermagem e é por meio dela que este assegura os cuidados de enfermagem. Entretanto, todos os membros da equipe de enfermagem devem registrar o cuidado que realizaram.

Os registros das intervenções de enfermagem no prontuário do paciente se tornam prioritários a cada implementação realizada, uma vez que essa documentação possibilita a comunicação entre a equipe de saúde, além de ser um documento legal, devendo portanto, estar imbuído de autenticidade e de significado. Tais registros refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando assim suas ações, a segurança do paciente e da equipe⁽²⁾. Devem explicitar os cuidados que foram realizados, por meio da checagem das condutas prescritas, bem como anotações relacionadas.

Para acessar, de forma detalhada, os aspectos legais concernentes ao registro da assistência de enfermagem e exemplos de registros dos diferentes tipos de intervenções de enfermagem, vide “Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem”, disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>

11.2.6- Registro da Avaliação de enfermagem: a evolução do enfermeiro

Embora seja identificada como a etapa final, a avaliação está presente em todas as etapas do PE, assim como em todas as interações do enfermeiro com o paciente. Nessa relevante etapa, a enfermeira compara o estado em que o paciente se encontra com os resultados esperados que foram estabelecidos no planejamento. Assim, determina se o plano de cuidados está apropriado ou se necessita de mudanças⁽²¹⁾. Considerando a análise dos dados do paciente, os diagnósticos de enfermagem priorizados são revisados, mantidos, modificados ou refutados, assim como os resultados esperados e as intervenções prescritas. Também pode-se identificar a necessidade de coletar mais dados, de forma a compreender melhor o contexto do paciente.

Em outras palavras, o enfermeiro avalia o progresso dirigido à obtenção dos resultados, devendo percorrer todas as outras etapas do PE. Assim, a questão final a ser respondida durante a avaliação é: “o paciente atingiu os resultados determinados durante o planejamento?”⁽¹⁵⁾.

A avaliação do paciente também é definida como um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade em um dado momento; desempenhada para determinar se as intervenções/atividades de enfermagem alcançaram o resultado esperado, bem como investigar a necessidade de mudanças ou adaptações, no caso de resultados não alcançados ou necessidades adicionais serem evidenciadas⁽¹⁴⁾.

A avaliação e seu registro remetem à ideia de evolução visto que se refere ao processo de mudança do paciente de um estado a outro. De acordo com a legislação brasileira, a evolução constitui atribuição privativa do enfermeiro, além de um dever, conforme o Código de Ética de Enfermagem. Deve ocorrer o registro do conjunto de dados do paciente, devidamente processados e contextualizados, a cada 24 horas⁽¹⁵⁾, com ou sem mudanças no estado dele. Pode ocorrer também em qualquer período menor que 24 horas, desde que haja mudanças no estado de saúde do paciente. A evolução registrada pelo enfermeiro deve se pautar na análise e reflexão dos dados do paciente advindos das etapas percorridas do PE. O plano de cuidados deve sofrer modificações a depender da análise realizada na etapa de avaliação ou evolução.

Portanto, salienta-se que a evolução de enfermagem pode ser feita a intervalos de tempo menores que 24 horas, especialmente em locais de assistência em que o estado de saúde do paciente muda frequentemente, como unidades de terapia intensiva, centros obstétricos, entre outros. Intervalos de tempo maiores que 24 horas (uma semana, um mês ou mais) poderão ocorrer 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 nos contextos de transferência, alta e óbito⁽¹⁴⁾.

De maneira geral, as regras para a elaboração da evolução de enfermagem⁽²⁾ são:

1. Constar, obrigatoriamente, data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem, assinatura e número do Coren;
2. Discriminar, sequencialmente, o estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;
3. Especificar procedimentos invasivos aos quais o paciente foi submetido, considerando: intubações orotraqueais, traqueostomias, sondagens nasogástrica e enteral, cateterizações venosas, drenos, cateteres;

4. Incluir cuidados prestados aos pacientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudanças de decúbito, apoio psicológico e outros;
5. Descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, consistência, odor e coloração;
6. Deve ser realizada diariamente;
7. A evolução deve ser realizada referindo-se às últimas 24 horas, baseando-se nas respostas diante das intervenções preestabelecidas por meio da prescrição de enfermagem, bem como quanto aos protocolos em que o paciente está inserido, mantido ou sendo excluído;
8. Deve ser refeita, em parte ou totalmente, na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;
9. Deve apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes;
10. Deve constar os problemas novos identificados;
11. Utilizar-se de linguagem clara, concisa e exata, com ausência de códigos pessoais e abreviaturas desconhecidas.

Algumas atividades dão subsídios para a realização da evolução ou avaliação de enfermagem. Dentre elas estão avaliar o paciente (exame físico e entrevista), ler as anotações da equipe multiprofissional das últimas 24 horas, ler o plano de cuidados e seus resultados e consultar resultados de exames. Portanto, verifica-se aqui a relevância dos registros, pois fornecem informações relevantes para o raciocínio clínico do enfermeiro que irá fazer a avaliação de enfermagem. O que corrobora com a relevância do registro adequado de todas as etapas do PE no prontuário do paciente.

Em instituições nas quais o PE não está plenamente implantado e apenas algumas etapas são registradas na forma eletrônica, é necessário que as demais etapas sejam registradas em papel, de forma que exista coerência entre elas⁽¹³⁾.

11.3- Relevância dos registros no cuidado e nos avanços do conhecimento da enfermagem

As exigências atuais para atuação profissional em enfermagem requerem, além da flexibilidade técnico-instrumental, a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de trabalho para que se ofereça assistência integral, segura e de qualidade.

Estas exigências vêm ao encontro do uso de linguagens padronizadas de enfermagem, que propiciam a comunicação e o uso de sistemas informatizados, dando suporte ao raciocínio clínico e a representação do conhecimento clínico e científico de enfermagem.

Registros de enfermagem devem garantir a qualidade das informações, bem como propiciar o compartilhamento das mesmas, permitindo a continuidade da assistência, o monitoramento contínuo por meio de relatórios, além de gerar evidência legal sempre que necessário e subsidiar base de dados para o ensino e a pesquisa.

Problemas referentes ao conteúdo do registro de enfermagem têm sido apontados pela literatura, tais como: ausência de data, hora ou identificação do profissional, bem como erros, uso de terminologia incorreta ou de expressões genéricas que não demonstram avaliação individualizada do paciente (expressões como “paciente encontra-se bem, no leito, e sem queixas”), presença de rasuras, uso de corretivos líquidos ou adesivos, letra ilegível, uso de abreviaturas e siglas não padronizadas, espaços em branco e ausência de sequência lógica. Todos esses são exemplos de inconsistências que devem ser evitadas. Outrossim, os itens não realizados das prescrições médicas ou de enfermagem devem ser justificados. Também deve-se lembrar que, caso vários eventos registrados tenham ocorrido ao longo de um determinado turno, em diferentes horários, as anotações não devem ser efetuadas em um só momento, em forma de resumo. Em todas as situações, o registro deve ser claro, conciso e objetivo⁽¹³⁾.

Considerando que as anotações de enfermagem servem de subsídios para o PE, é premente que os enfermeiros tenham visão crítica sobre a qualidade desse tipo de registro em seus locais de trabalho. Para tanto, podem utilizar *checklists* para verificação de porcentagem de conformidade das anotações de enfermagem, conforme recomenda o Cofen⁽²⁾. Ao identificar baixa porcentagem de conformidade, é premente utilizar estratégias de educação permanente para abordagem da equipe em prol de melhorias nos registros, aprimorando assim a qualidade do PE.

Ainda para avaliação da qualidade do PE, um instrumento de auditoria chamado *Quality of documentation of nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes* (Q-DIO) foi adaptado culturalmente para o português do Brasil por Linch *et al.* (2012)⁽²³⁾. O propósito das autoras foi disponibilizar um instrumento capaz de medir a qualidade e a conexão coerente entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem registrados na documentação do paciente.

Esse instrumento permite avaliar a qualidade de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados documentados, com e sem uso de base teórica ou linguagens de enfermagem padronizadas. No entanto, os resultados da avaliação das propriedades psicométricas do instrumento implicitamente dão suporte ao uso de classificações de enfermagem, como Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, NIC e NOC.

Quanto mais os registros forem aprimorados mais terão potencial para subsidiar estudos de prevalência sobre diagnósticos, bem como projetos de qualidade quanto a resultados e intervenções de enfermagem, além de ofertar dados que podem ser utilizados em estudos sobre custos da assistência à saúde, carga de trabalho e dimensionamento de pessoal.

11.4- Considerações finais

O presente capítulo ressaltou a relevância dos registros de enfermagem, porém não se pode deixar de mencionar desafios envolvidos na documentação do PE, que precisam ser reconhecidos para serem transpostos. Dentre eles estão: questões operacionais, como falta de

pessoal e de capacitação da equipe; sobrecarga de trabalho; modelo de divisão de trabalho baseado em tarefas e alta rotatividade da equipe. Outros desafios referem-se ao alcance de um nível de atuação reflexiva e fundamentação teórica, às políticas institucionais sobre o dimensionamento do quadro de enfermagem, à necessidade de adoção intencional e deliberada de um modelo de assistência de enfermagem compatível com o PE, à valorização deste modelo de trabalho pelos enfermeiros, ao uso de linguagem padronizada e às condições de trabalho adequadas. Entretanto, tais desafios não são intransponíveis e não suprimem a busca pela excelência no cuidado de enfermagem.

Bibliografia consultada

1. Azevedo OA, Guedes ES, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALM. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53: e03471. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
2. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN; 2016. 52p.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.
4. Brasil. Leis e Decretos. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 26 de junho de 1986.
5. Brasil, Leis e Decretos. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 9 de junho de 1987.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 567, de 6 de Novembro de 2017. Rio de Janeiro: COFEN, 2017.

7. Brasil. Leis e Decretos. Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. Brasília: Diário Oficial da União de 17 de janeiro de 1973.
8. Brasil. Leis e Decretos. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil, Brasília: Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 2002.
9. Brasil. Leis e Decretos. Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal Brasileiro, Brasília: Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1940.
10. Brasil. Leis e Decretos. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras providências.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde. Brasília: MS, 2009.
12. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Brasília, 2019, Acessado em: 12 de julho de 2021 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709compilado.htm>.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 429/20108. aprovada em 30 de maio de 2012. Brasília: COFEN, 2012.
14. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para prática. 1.ed. São Paulo: COREN-SP; 2015. 113p.
15. Alfaro-LeFevre R. Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009 aprovada em 15 de outubro de 2009. Brasília: 2009.
17. HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação. 12a edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.

18. Garcia TR, Cubas MR, Galvão MCB, Nobrega MML. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): Versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020.
19. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 6.ed. Rio de Janeiro: Gen; 2020.
20. Souza TM, Spir EG, Nomura FH, Queiroz GA, Hashimoto MRK, Sportello EF et al. Prescrição de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH Sistema de Assistência em Enfermagem evolução e tendências. 5. ed. São Paulo: Ícone; 2012. p. 191-231
21. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman J, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 7.ed. Rio de Janeiro: GEN; 2020.
22. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo de enfermagem. Porto Alegre: Artes médicas; 1993.
23. Linch GF, Müller-Staub M, Moraes MA, Azzolin K, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation of the quality of diagnoses, interventions and outcomes (Q-DIO) instrument into Brazilian Portuguese. *Int J Nurs Knowl.* 2012; 23(3):153-8. doi: 10.1111/j.2047-3095.2012.01210.x

Anexo 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM ADMISSÃO DO PACIENTE

NOME: _____ DATA NASCIMENTO ____/____/____

DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____ LEITO: _____

UNIDADE: _____ PRONTUÁRIO: _____

Motivo da internação: _____

Diagnóstico médico: _____

Profissão/ocupação: _____

Estado civil: _____

Doença crônica: Não Sim - HAS DM Outras

Internações anteriores: Não Sim Cirurgias já realizadas: _____

Alergia: Desconhece Não Sim – especificar _____

Medicamentos em uso: _____

Tabagista _____

Álcool/drogas _____

Reside com familiares: Sim Não. Identificação do cuidador (nome, grau de parentesco): _____

Religião: _____ Praticante: Não Sim

Informações adicionais: _____

Menstruação: () Não se aplica () DUM ____/____/____ () Ausente Tempo _____

SINAIS VITAIS/OUTROS : Temp. _____ °C Pulso _____ bat/min Sat O² _____ %

Freq. Respiratória _____ mov/min PA _____ x _____ mmHg

Glicemia _____ mg/dl Peso _____ Kg Altura _____ cm IMC _____

Necessidade de sono / repouso e conforto:

Dorme _____ horas por noite. Dorme _____ h durante o dia Insônia Medicamento para dormir. Qual(is) _____

Necessidade de Integridade cutânea

Pele íntegra Lesões da pele: Hematomas Petéquias Equimoses Escoriações Prurido

Outras _____

Úlceras - pressão varicosa – grau/local(is)/tamanho/profundidade: _____

Necessidade de Nutrição

Alimentos que costuma ingerir: _____

Alteração do apetite recente Não Sim Perda de peso recente Não Sim

Perda de peso _____ Kg, em quanto tempo _____

Refeições que costuma fazer: desjejum almoço lanche jantar lanche noite

Mucosa oral: Íntegra Alterações: _____

Sangramento gengival Não Sim

Higiene: Satisfatória Regular Ruim

Arcada dentária: Completa Incompleta

Dificuldade de mastigação Disfagia

Uso de prótese dentária superior inferior

Cateteres - CNG CNE Gastrostomia outras _____

Necessidade de Regulação Neurológica/Sensorial

Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular (4) Espontânea (3) A voz (2) À dor (1) Nenhuma

Resposta Verbal (5) Orientada (4) Confusa (3) Palavras inapropriadas (2) Sons incompreensíveis (1) Nenhuma

Resposta Motora (6) Obedece comandos (5) Localiza dor (4) Movimento de retirada

(3) Flexão anormal (2) Extensão anormal (1) Nenhuma **Escore** _____

Reatividade pupilar

(2) Nenhuma reatividade em ambas pupilas

(1) Sem reação em apenas uma das pupilas

(0) Caso as duas pupilas não estejam funcionando **Escore** _____

Dor ausente presente - crônica aguda. Intensidade/local: _____

Acuidade visual: satisfatória diminuída à direita diminuída à esquerda

óculos lentes de contato cegueira

Acuidade auditiva: satisfatória diminuída direita diminuída esquerda

surdo surdo/mudo uso de aparelho auditivo implante coclear

Avaliação membros

MSD Força Motora - presente diminuída ausente

Movimentação presente diminuída ausente

MSE Força Motora - presente diminuída ausente

Movimentação presente diminuída ausente

MID Força Motora - presente diminuída ausente

Movimentação presente diminuída ausente

MIE Força Motora - presente diminuída ausente

Movimentação presente diminuída ausente

Outras informações _____

Necessidade de Locomoção

- Deambula** com firmeza e segurança Alteração equilíbrio Com auxílio de outros
 Com equipamento auxiliar _____
 Não deambula tempo/motivo _____

Movimentação no leito sozinho com auxílio de outro

Histórico de quedas/há quanto tempo _____

Necessidade de Comunicação

- Comunicação verbal clara dificuldades para comunicar-se verbalmente.
 Surdo Linguagem libra. Especificar _____

Necessidade de Oxigenação

- Uso de O2** Domiciliar Nesta internação Cateter nasal ____l/min
 Dispneia Leve Moderada Grave Em repouso Aos pequenos esforços:
 ortopnéia Cheyne-Stokes Outros _____
 Palidez Lábios Extremidades **Cianose** Lábios Extremidades
 Tosse Não Sim Seca Produtiva Sem expectoração Com expectoração
Características expectorado _____

Expansibilidade pulmonar Presente Diminuída **Tiragem** **Retração fúrcula**

Batimento asa narinas **Alterações tórax** _____

Murmúrios vesiculares Presentes Diminuídos

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estertores Atrito pleural Estridor

Outros _____

Necessidade de Hidratação

Ingesta hídrica habitual _____/dia hidratado sinais de desidratação. Quais:

Necessidade de Eliminação

Urinária – frequência/características habituais _____

- Disúria Polaciúria Nictúria Urgência Retenção Hesitação Hematúria
 Incontinência Outras alterações SVD (motivo/data) _____
 Cateterização intermitente. Motivo/Quem realiza: _____
 Sinais de bexigoma - Percussão região vesical – som: _____

Intestinal - frequência/características _____/dia e _____

- diarreia constipação odor alterado cor alterada incontinência

Ostomia – Condições do estoma e pele _____ Quem realiza cuidados e obs: _____

Abdome - normotenso distendido

RHA - presentes/normais aumentados

diminuídos/ausentes **Som** timpânico Macicez _____

Palpação Indolor Doloroso – Intensidade e local _____

Necessidade de Circulação

Ausculta cardíaca Não identificado alterações Alterações identificadas Estases venosas _____

Pulso- D ou E/características (cheio-C, fino-F, simétrico-S, assimétrico-A)

Carotídeo: D () E () ; Radial: D () E () ; Femoral: D () E () ; Poplíteo: D () E () ;

Tibial posterior: D () E () ; Pedioso: D () E ()

Tempo de Enchimento Capilar (<) 3 segundos ou (>) 3 segundos

MSD () MSE () ; MID () MIE () Alterações _____

Coloração extremidades (R) Rósea (P) Pálida (C) Cianótica

MSD () MSE () ; MID () MIE () _____

Temperatura extremidades (A) adequada (D) diminuída

MSD () MSE () ; MID () MIE () _____

Rede venosa

MMSS sem alterações aparentes difícil visualização/acesso

MMII sem alterações aparentes veias varicosas _____

Edema – Local/Intensidade _____

Outras _____

Escala _____

Fugulin: _____

Escala Braden: _____

Escala Morse: _____

Escala Glasgow-reação pupilar: _____

Observações não contempladas em outros itens: _____

Enfermeira(o) responsável/Carimbo

Data ____/____/____

CAPÍTULO 12

TELEATENDIMENTO EM ENFERMAGEM

Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes
Isabel Cristine Fernandes

Neste capítulo apresentaremos primeiramente alguns conceitos relacionados ao teleatendimento em saúde e que consolidam cientificamente e historicamente os atendimentos realizados virtualmente por profissionais da área da saúde às populações específicas. A tele-enfermagem surge como um recurso utilizado para acompanhamento e consulta de pacientes durante a pandemia da Covid-19.

A seguir, apresentaremos duas experiências exitosas recentes com a utilização da tele consulta de enfermagem no Brasil e uma breve conclusão sobre essa modalidade de atendimento.

Os primeiros relatos sobre uma doença desconhecida surgiram na China e médicos chineses começaram a alertar a comunidade científica sobre uma doença desconhecida que levava a uma pneumonia. Em 3 de fevereiro de 2020, tem início a construção de hospitais na cidade de Wuhan para atender um grande número da população chinesa com esta doença, que se alastrou rapidamente para outros países⁽¹⁾.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e no dia 11 de março de 2020 foi caracterizada como pandemia⁽²⁾.

Todos os países passaram a tomar medidas de restrições para conter esta doença, denominada Covid-19 e causada pelo vírus Sars-CoV-2. O Brasil passou a tomar medidas segundo as orientações internacionais, como por exemplo o distanciamento social, períodos de quarentenas, uso obrigatório de máscaras em ambientes, uso de álcool em gel, fechamento dos estabelecimentos para evitar as aglomerações, enfim, medidas que o mundo inteiro aderiu para evitar a transmissão e mortes ocasionadas pela Covid-19 ou por suas complicações.

Em relação ao estado atual da pandemia da Covid-19 no mundo, uma prospecção relatada por Kissler *et al*⁽³⁾ refere que as medidas de distanciamento e isolamento social deverão ainda perdurar até maio de 2022, assim como, medidas de expansão dos cuidados críticos intensivos, além de outras intervenções pelos sistemas de saúde. Segundo Wilder-Smith Fredman, o distanciamento social é uma evidência científica comprovada⁽⁴⁾.

Houve uma necessidade de adaptação para as atividades remotas em tempo recorde; empresas que atuavam no mercado somente com atendimento presencial passaram a utilizar o teleatendimento como uma alternativa adaptada para a pandemia. Na atenção à saúde humana, ressalta-se que a clientela com comorbidades necessita de um acompanhamento constante e, para isso, deve existir uma legislação específica voltada para a utilização de consultas em saúde por meio do teleatendimento. Essa modalidade de atendimento assegura a continuidade da assistência e evita agravos à saúde.

O Conselho Federal de Medicina autorizou a teleconsulta de acordo com a Resolução nº 2.227/2018, assim como outros conselhos estabeleceram as mesmas medidas. Em 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou em caráter emergencial, de acordo com o Ofício de nº 1756/2020⁽⁵⁾ – COJUR, as modalidades de atendimentos como a teleorientação; telemonitoramento e tele-interconsulta, definidas como:

- **Teleorientação:** Os profissionais da medicina realizam à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes.
- **Telemonitoramento:** Orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.
- **Tele-interconsulta:** Exclusiva para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

Corroborando para a compreensão dessas modalidades, apresentar a definição de Telemedicina, de acordo com a OMS:

“a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico e os serviços são providos por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de provedores de cuidados com a saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliação; tudo no interesse de melhorar e preservar a saúde das pessoas e de suas comunidades”⁽⁶⁾

A telemedicina pode ser utilizada praticamente em todas as áreas da medicina, como dermatologia, cardiologia, traumatologia, situações emergenciais, patologia, cirurgia, psiquiatria, radiologia, entre outras. Contribui de maneira significativa na quebra de barreiras em áreas rurais, prisões, obstáculos geográficos tais como ilhas, montanhas, geleiras e desertos; situações de guerras, de desastres naturais, em estações espaciais e, principalmente, nas pandemias⁽⁶⁾.

12.1- A Enfermagem no teleatendimento

A Resolução Cofen nº 634/2020, de 26 de março de 2020, autoriza o teleatendimento como uma medida de combate à pandemia, no qual os estabelecimentos de saúde permaneceram fechados para evitar a disseminação do vírus nos deslocamentos dos usuários e possíveis aglomerações⁽⁷⁾.

De acordo com a referida resolução, os dados relacionados à identificação do paciente, o registro adequado das informações e seu devido acompanhamento devem ser resguardados. Os modelos eletrônicos para esse fim são criados para padronizar o atendimento e evitar discrepâncias e divergências entre as informações obtidas e ressalta-se que o sigilo do cliente deve ser assegurado.

A teleconsulta de enfermagem é uma tecnologia que oferece benefícios ao usuário: diminuição do tempo de atraso ou faltas para os clientes, diminuição dos custos relacionados ao transporte do cliente para o atendimento, uso de tecnologias e ferramentas disponíveis nas

residências adaptadas à nova realidade, e uma possibilidade de escolha pelo cliente em receber atendimento presencial ou virtual.

Em relação às instituições, pontos positivos podem ser citados: diminuição dos custos relacionados a aluguel de imóveis para atendimento presencial; padronização de um modelo de atendimento.

A teleconsulta de enfermagem compreende: orientação, esclarecimentos, coleta de dados sobre a saúde do usuário, com base em métodos tecnológicos e científicos. Estabelece que o meio eletrônico de atendimento deve possuir segurança digital, autorização do usuário para a teleconsulta, termo de consentimento, senha e *login* eletrônicos e intransferíveis.

O modelo de teleatendimento de enfermagem deve ser atrelado às inovações tecnológicas, a fim de promover assistência e educação em saúde aos usuários do sistemas de saúde público e/ou privado. Projetos inovadores foram implementados e podem ser exemplificados a seguir.

12.2- Experiências Exitosas com a teleconsulta de enfermagem

Destacam-se duas experiências com a teleconsulta de enfermagem, respaldadas pela Resolução Cofen nº 634/2020⁽⁷⁾.

12.2.1- Experiência A

A Rede Virtual Multidisciplinar de Apoio à Saúde foi construída por uma equipe de docentes e técnicos administrativos da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp, para proporcionar teleatendimentos por profissionais da área da saúde, constituída por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos.

O acesso à plataforma virtual se dá pelo endereço <https://www.ecaresentinela.com.br>. A plataforma foi implementada em maio de 2021 pela reitoria da UNESP para atender usuários em todos os 33 campi da Unesp no estado de São Paulo e suas respectivas 24 unidades acadêmicas.

A finalidade é proporcionar a teleorientação, o telemonitoramento e a tele-interconsulta, em relação à Covid-19, para toda a comunidade unespiana e seus familiares: docentes, discentes, servidores técnicos administrativos e gestores.

A enfermagem desempenha um papel primordial nesse contexto de cuidado e vigilância à saúde e os enfermeiros que executam a teleconsulta nessa plataforma virtual possuem um sistema informacional e com interoperabilidade, construído por tecnólogos da informação, e que registra e armazena eletronicamente os dados coletados. Dessa maneira, os enfermeiros realizam a teleconsulta de enfermagem ao usuário que acessa a plataforma e aceita ser atendido, após concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O planejamento de enfermagem na teleconsulta está baseado nas etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Os enfermeiros utilizam os termos padronizados das classificações de enfermagem da NANDA-I⁽⁸⁾, da NIC⁽⁹⁾ e da NOC⁽¹⁰⁾ para registrar eletronicamente o teleatendimento. O sistema permite a gravação e armazenamento dos dados coletados, assim como as propostas de ações e resultados a serem alcançados. As especificidades dessa modalidade de atendimento é a individualização e a continuidade das orientações realizadas ao usuário, e a possibilidade de novos acessos na plataforma para esclarecimento de dúvidas e novas orientações.

12.2.2- Experiência B

A teleconsulta de Enfermagem realizada por uma instituição privada localizada na Região do Grande ABC, contextualiza o teleatendimento exitoso. Na instituição, o ambulatório especializado em atendimento a idosos e longevos possui uma equipe de residentes multiprofissionais, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e nutricionistas. Todos os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional são acompanhados por preceptores e tutores da instituição e os casos são discutidos.

No início da pandemia, o número de atendimentos tornou-se restrito a 5 atendimentos/dia para evitar aglomerações. Com essa redução e restrição, houve a necessidade de realizar uma triagem dos pacientes para selecionar os casos mais graves que deveriam continuar sendo atendidos. O teleatendimento de enfermagem facilitou essa triagem para um acompanhamento presencial. Além disso, o teleatendimento de enfermagem permitiu: esclarecimento de dúvidas; ajustes de doses de medicação; avaliação de lesões de pele e vasculares por meio de fotos enviadas pelos mesmos; suporte aos familiares de idosos, promovendo uma qualidade de vida durante o período de pandemia.

12.3- Considerações Finais

Os atendimentos viabilizados pelo acesso à *internet* retomaram uma discussão já iniciada no passado, e devido à demanda de atendimento da população na busca de informações e orientações sobre o cuidado à saúde humana, tornam-se viáveis no presente momento e diante das experiências exitosas atuais, poderão permanecer no período pós-pandemia como modalidade de atendimento.

A possibilidade de realizar remotamente a assistência e a educação em saúde da população é uma perspectiva de grande motivação para a prática científica profissional na área da saúde, especificamente para a enfermagem.

A necessidade de implementação de atendimentos virtuais pode facilitar e abranger a população em geral e evitar aglomerações e filas, que sempre caracterizaram o atendimento presencial. Além disso, preserva a qualidade e a individualidade do atendimento, estendendo-o à família de forma acolhedora.

Bibliografia consultada

1. Marques RC, Silveira AJT, Pimenta DN. A pandemia de covid-19: intersecções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. Coleção história do tempo presente: Volume III. <https://portal.fiocruz.br>.

2. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publi-ca-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus.
3. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad Y. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science* 2020; 368 (6493): 860-868
4. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine* 2020; 27(2): 1-4
5. Brasília. 2020. Conselho Federal de Medicina (CFM). Ofício do nº 1756/2020.
6. Soirefmann M, Blom M, Leopoldo L, Cestari TF. Telemidina: uma revisão integrativa. *Revista HCPA – UFRGS* 2020; 28(2): 116-119
7. Brasília. 2020. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 634/2020 de 26 de março de 2020.
8. HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação. 12a edição. Porto Alegre: Artmed, 2021.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1409 p.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1037 p.

Bibliografia recomendada

Caetano, R; Silva, A.B.; Guedes, A.C.M; Paiva, C.C. N; et all. Desafios e oportunidades para telesaúde em tempos de pandemia pela COVID: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contesto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(5):e00088920. doi: 10.1590/0102-311X00088920.

Catapan, S. de C; Calvo, M.C.M. Teleconsulta: uma Revisão integrativa da Interação Médico-Paciente mediada pela tecnologia. Revista Brasileira de Educação Médica. 44(1): e003;2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>.

Khouri, Sumaia Georges El. Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil. Orientador: György Miklós Böhm. 2003. 247 f. Dissertação (Mestrado em Ciências - Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CAPÍTULO 13

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.

13.1- 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, à 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 prazos.

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 díade 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-I, CIPE, ou outras).

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

1. Controle ineficaz do regime terapêutico:

Característica definidora: escolhas da vida diária ineficazes 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. Interações social e familiar prejudicadas:

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 ser 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.

13.2- 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 higidez. 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 foca 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-I, 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.

13.3- 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 necessita 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 autorrealização.

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. Realizada a 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 identificados, 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).

13.4- Aplicação do processo de enfermagem em estratégia da saúde da família (ESF/PSF) e unidade básica de saúde (UBS)

Caso 1 - Para este 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 PSF, 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 da 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 Educación. 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.

ORÍÁ, 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.

CAPÍTULO 14

PARECERES E ORIENTAÇÕES FUNDAMENTADAS RELACIONADOS AO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Vinicius Batista Santos,
Wilza Carla Spiri
Rosana Borrasca

As Câmaras Técnicas do Coren-SP foram regulamentadas por meio da aprovação do Regimento Interno (Decisão Coren-SP/DIR/02/2014). Essa decisão foi fundamentada na necessária discussão para ampliar e elucidar a importância da profissão e do conhecimento técnico científico, fortalecer o compromisso ético, e contribuir para a qualidade do exercício profissional no aspecto assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa.

Por meio do trabalho estruturado das Câmaras Técnicas, propõe-se a intensificação do compromisso com a enfermagem paulista, bem como promover a aproximação dos profissionais no sentido de contribuir com tais ações, em busca da união, participação e o avanço da profissão diante da sociedade brasileira.

As Câmaras Técnicas do Coren-SP são compostas por enfermeiros com notório saber em sua área de atuação e por um enfermeiro fiscal do quadro da Gerência de Fiscalização.

As finalidades das atividades realizadas nas Câmaras Técnicas são:

- I. Propor estratégias para resolução de problemas, decorrentes da prática profissional, com vistas a orientar, contribuir e assegurar a qualidade das ações de enfermagem e o cumprimento da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as Resoluções designadas pelo Conselho Federal de Enfermagem – Cofen e demais legislações e normatizações vigentes no país;

- II. Assessorar o Plenário do Coren-SP e emitir pareceres relacionados ao exercício profissional de Enfermagem com responsabilidade social;
- III. Implantar e desenvolver projetos devidamente fundamentados técnica e legalmente.

Os procedimentos que desencadeiam as atividades das Câmaras Técnicas são:

1. As solicitações de consultas, proposições ou avaliações, são recebidas por escrito, mediante requerimento ao serviço de protocolo do conselho ou via *online*, por meio do *site* do conselho pelo sistema “Fale Conosco”;
2. Caso necessário, mediante avaliação da coordenação geral da câmara técnica, será requerida a abertura de um processo administrativo (PA), com encaminhamento ao Gabinete da Presidência;
3. O coordenador geral ou o fiscal, após recebimento da demanda, farão os devidos encaminhamentos para o regular atendimento da solicitação requerida que consiste na distribuição dos *tickets* ou PA para os membros das Câmaras Técnicas emitirem respostas;
4. As deliberações acerca de consultas, proposições ou avaliações, serão apresentadas na forma de Parecer, Revisão de Parecer, Manifestação Técnica ou Orientação Fundamentada, a depender do teor da solicitação requerida;

A **Orientação Fundamentada** consiste da verificação e análise de documentos (Lei do Exercício Profissional, Resoluções, Pareceres, CEPE e legislação correlata ao tema) e elaboração da resposta que é enviada ao profissional. Contempla resposta aos *tickets* de fato enviado pelo profissional que após entrada no sistema “Fale Conosco” recebe uma numeração. Em seguida a elaboração, a Orientação Fundamentada é discutida na Câmara Técnica, revisada, se necessário, e enviada ao requerente.

Parecer: refere-se à manifestação especializada sobre determinado assunto. Na sua elaboração há necessidade de um levantamento bibliográfico minucioso em diversas fontes, para o embasamento

técnico, científico, ético e legal; análise do material; e a elaboração propriamente dita, abrangendo conteúdo, redação (objetividade, clareza, sequência lógica e referências bibliográficas) e formatação. Após a elaboração, o Parecer é discutido, sequencialmente, na Câmara Técnica, submetido à revisão, ao Plenário e publicado após revisão final do texto pela Gerência de Comunicação (Gecom).

Revisão de Parecer: refere-se à atualização de parecer já publicado, mediante mudanças nos aspectos técnicos, científicos, éticos e legais da prática profissional. Contempla o levantamento bibliográfico, a análise do material e a elaboração, considerando o Parecer existente. Após a sua atualização, é discutido na Câmara Técnica, submetido à revisão, ao Plenário e publicado após revisão final do texto pela Gerência de Comunicação (Gecom).

Manifestação Técnica: usualmente demandada por solicitação do Ministério Público ou outros órgãos governamentais. Consiste na elaboração de matéria técnica referente a atuação da Enfermagem. Na sua elaboração, há necessidade de um levantamento bibliográfico minucioso em diversas fontes, para o embasamento técnico, científico, ético e legal; análise do material; e a elaboração propriamente dita, abrangendo conteúdo, redação (objetividade, clareza, sequência lógica e referências bibliográficas) e formatação. Após a elaboração, a Manifestação Técnica é discutida na Câmara Técnica e encaminhada ao demandante.

É de competência do coordenador geral das câmaras técnicas ou do fiscal a designação de um parecerista e revisor sobre a matéria em análise.

A seguir, listam-se os principais pareceres relacionados à realização do Processo de Enfermagem, principalmente no que tange à avaliação clínica por meio de instrumentos, modelos assistenciais de enfermagem e realização de tele-enfermagem. Para acessar, clicar no *link* do parecer.

14.1- Principais Pareceres

2021

Nº 005/2021 - Aplicação do escore de Mehran, de CHA2DS2-VASC, de HAS-BLED e cálculo de Cockcroft-Galt por enfermeiro

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Parecer-005-2021.pdf>

Nº 009/2021 - Competência para aplicação e avaliação de escalas, escores e índices pediátricos na equipe de enfermagem

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Parecer-009-2021.pdf>

2020

Nº 005/2020 - Administração de medicamentos durante a pandemia da Covid-19 por meio de prescrição médica digital

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Parecer-005.2020-Administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos-por-meio-de-prescri%C3%A7%C3%A3o-m%C3%A9dica-digital-2020-jun-rev.pdf>

Nº 006/2020 - Classificação de risco de pacientes em hospital de referência para Covid-19 e responsabilidade do enfermeiro em se tratando de dispensar paciente

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Parecer-006.2020-Possibilidade-de-dispensa-de-paciente-com-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-risco-nas-cores-azul-e-verde-pelo-Enfermeiro-2020-jun-rev.pdf>

Nº 009/2020 - Aplicação pelo enfermeiro de escalas de avaliação pré-operatória

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Parecer-009.2020-Aplica%C3%A7%C3%A3o-pelo-enfermeiro-de-escalas-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-pr%C3%A9-operat%C3%B3ria.pdf>

Nº 019/2020 - Responsabilidades e condições no procedimento de alta hospitalar

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Parecer-Coren-SP-019.2020-Alta-Hospitalar.pdf>

Nº 023/2020 - Aplicação de escala de avaliação CARS e metodologia ABA em pessoa com Transtorno do Espectro Autista por enfermeiro

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Parecer-Coren-SP-023.2020-Aplica%C3%A7%C3%A3o-de-escala-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-CARS-e-metodologia-ABA-em-TEA-por-enfermeiro.pdf>

Nº 024/2020 - Enfermeiro navegador

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Parecer-Coren-SP-024.2020-Enfermeiro-Navegador.pdf>

2019

Nº 004/2019 - Cálculo de consultas de enfermagem e número máximo de atendimentos pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/04-19.pdf>

Nº 007/2019 - Escalas de Wat, *Comfort Behavior*, AAM e Escore de Finnegan

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Parecer-007.-2019-Escalas-UTI-Pedi%C3%A1trica.pdf>

Nº 008/2019 - Cálculo da Classificação de Robson

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/08-19.pdf>

Nº 017/2019 - Possibilidade de profissionais de Enfermagem utilizarem a escala de Maddox e demais escalas para avaliação de flebite

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Parecer-017.2019-Escala-de-Maddox.pdf>

Nº 022/2019 - Competência do Enfermeiro na orientação e prescrição de grupo de caminhada

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Parecer-022.2019-Compet%C3%A2ncia-do-Enfermeiro-na-orienta%C3%A7%C3%A3o-e-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-caminhada.pdf>

Nº 023/2019 - Competência dos profissionais de enfermagem para realização de testes de acuidade visual e exames oftalmológicos

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Parecer-023.2019-Realiza%C3%A7%C3%A3o-de-testes-de-acuidade-visual-e-exames-oftalmol%C3%B3gicos.pdf>

Nº 024/2019 - Enfermeiro perito judicial (insalubridade/periculosidade)

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/Parecer-024.2019-Enfermeiro-perito-judicial.pdf>

Nº 028/2019 - Aplicação do Inventário de Maslach e Burnout

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Parecer-028.2019-Aplica%C3%A7%C3%A3o-Invent%C3%A1rio-de-Maslach-e-Burnout-pelo-Enfermeiro-rev.pdf>

Nº 034/2019 - Avaliação de exames de laboratório por técnicos de enfermagem

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/34.pdf>

Nº 036/2019 - Possibilidade de aplicação pelo enfermeiro e estudantes de enfermagem de testes/escalas na área de saúde mental

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/PARECER-036.2019-Escalas-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>

Nº 038/2019 - Realização de Telenfermagem pelos profissionais de enfermagem

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/PARECER-038.2019-editado.pdf>

2018

Nº 008/2018 - Aplicação de escalas (EAPM/MEWS, SAS, EDIMBURGO, GLASGOW, DELIRIUM) por profissionais de Enfermagem

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/08-18.pdf>

Nº 007/2018 - Aplicação de instrumentos de avaliação (AMPI) e escalas (ASHWORTH, BRADEN, NIPS, AGA) por profissionais de Enfermagem

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/07-18.pdf>

Nº 002/2018 - Aplicação dos escores de Genebra e Wells para a avaliação de Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Parecer-02.2018-Escores-de-Genebra-e-Wells.pdf>

Considerações Finais

Os pareceres, orientações fundamentadas e manifestações elaborados pela câmara técnica dos conselhos regionais e do conselho federal são frutos das indagações dos profissionais de enfermagem que advêm da prática clínica.

Recomenda-se que os profissionais de enfermagem acessem de forma rotineira todos os pareceres que estão disponíveis no *site* do Coren-SP: www.coren-sp.gov.br

ENDEREÇOS E CONTATOS DO COREN-SP

- **Internet**

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

- **Alto Tietê: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Poupatempo: Avenida Vereador Narciso Yague Guimarães, 1000 – Centro Cívico – Mogi das Cruzes – CEP 08780-000

- **Araçatuba:** Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380
Telefones: (18) 3624-8783/3622-1636

- **Botucatu:** Rua Braz de Assis, 235 – Vila do Lavradores
CEP 18609-096 – 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

- **Osasco:** Rua Cipriano Tavares, 130, sala 1 – térreo – Centro
CEP 06010-100 – Telefone: (11) 3681-6814/3681-2933

- **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): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

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 Santa Ângela – CEP 14020-260 – Telefones: (16) 3911-2818 ou 3911-2808

- **Santa Cecília: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Rua Dona Veridiana, 298 – Santa Cecília – São Paulo – CEP 01238-010
Telefone: (11) 3221-0812

- **Santo Amaro: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

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

- **São José do Rio Preto:** Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora – CEP 15015-000 – Telefones: (17) 3222-3171 ou 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

- **São Paulo: Coren-SP Educação (atividades de aprimoramento):**

Rua Dona Veridiana, 298 – Santa Cecília – CEP 01238-010

Telefone/Fax: (11) 3223-7261

- **Sorocaba: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Av. Washington Luiz, 310, sala 36 (3º andar) – Jardim Emília

CEP 18031-000 – Telefone: (15) 3233-0155

CANAIS DE DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO DO COREN-SP

Accesse nosso portal:
www.coren-sp.gov.br



 **Fale Conosco**

www.coren-sp.gov.br/fale-conosco

 **Ouvidoria**

www.coren-sp.gov.br/ouvidoria
0800-77-26736

 **Facebook**

www.facebook.com/corensaopaulo

 **Instagram**

@corensaopaulo

 **YouTube**

www.youtube.com/tvcorensp

 **LinkedIn**

www.linkedin.com/in/corensaopaulo

 **Twitter**

www.twitter.com/corensaopaulo

Tenha acesso ao este e outros livros e manuais produzidos pelo Coren-SP e faça *download* gratuito em: www.coren-sp.gov.br/publicacoes/livros

Processo de Enfermagem: Guia para a Prática

2ª edição - Revisada e ampliada

A segunda edição do livro “Processo de Enfermagem: guia para a prática” traz uma versão revisada e ampliada. Desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Processo de Enfermagem, no âmbito das Câmaras Técnicas do Coren-SP, a publicação tem como objetivo instrumentalizar os profissionais para um cuidado de excelência e, nesta nova versão apresenta capítulos inéditos, que abordam os modelos teóricos de enfermagem e sua aplicabilidade prática, relação do processo de enfermagem com a segurança do paciente, aspectos ético-jurídicos do processo de enfermagem e do prontuário eletrônico, instrumentos de medida como alicerce para a aplicação do processo de enfermagem, prontuário eletrônico do paciente, registros de enfermagem: avaliação/evolução de enfermagem e anotação de enfermagem, telenfermagem e pareceres técnicos relacionados ao Processo de Enfermagem.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

 coren-sp.gov.br

 [/tvcorensp](https://www.youtube.com/tvcorensp)

   [/corensaopaulo](https://www.facebook.com/corensaopaulo)

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