ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Joice da Silva[1], Julia Janaina da Silva[1],Márcia Féldreman Nunes Gonzaga[2]

Resumo: Este documento apresenta um levantamento de dados sobre ações sistematizadas e inter-relacionadas mostrando a assistência prestada ao ser humano, focando em seus cinco passos principais onde se pode ver a individualização sobre as soluções dos problemas, trata-se de um estudo de revisão literatura com inclusão de referências no idioma português. Como resultado apresentamos o embasamento teórico que nos descreve que o Processo de Enfermagem está dividido em fases que representam decisões importantes para o cuidado do indivíduo, da família ou da comunidade, as quais devem ser baseados em teorias ou modelos conceituais da própria enfermagem ou outras ciências.

Palavras – Chave: COREN, SAE, Enfermagem.

1. Graduandos do 4° semestre de Enfermagem do Centro Universitário Amparense - UNIFIA

2. Docente e Coord. do curso de Enfermagem no Centro Universitário Amparense – UNIFIA

Desenvolvimento do texto

Processo de Enfermagem é uma ferramenta que quando utilizada torna a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases, tendo como objetivo orientar o profissional a ter o cuidado de promover uma qualidade melhorada ao cuidado prestado ao cliente.

A ideia de Processo de Enfermagem não é totalmente nova em nossa profissão. Ela reforma o surgimento da Enfermagem Moderna, quando Florence Nightingale realçou que os enfermeiros deveriam ser capazes de fazer alegações e deliberações. De fato, o termo Processo de Enfermagem não existia na época, mas a orientação de Nightingale expressa esse conceito que cerca o procedimento do trabalho de hoje em dia.

No Brasil o Processo de Enfermagem foi ingressado pela Professora Wanda de Aguiar Horta, por volta dos anos 60, que considerou esse processo como "*a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistência ao ser humano. Caracteriza – se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos"* (Horta, 1979). Para Horta o ser humano ou cliente está dizendo respeito a um indivíduo cuja família, grupo e comunidade carecem dos cuidados de enfermagem.

Desde então, contatou a anexação progressiva do Processo de Enfermagem nas disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem, assim como sua pratica assessorial.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº7.498 decretou que *a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem* e que a consulta e a prescrição eram atividades privativas dos enfermeiros. Assegurando ao enfermeiro a prescrição de precauções durante a consulta de enfermagem.

A partir da fundamentação da Decisão do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN – SP) – DIR/008/1999, ratificada pelo Conselho Federal de Enfermagem, por intermédio da Decisão Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 001/2000, deu-se obrigatoriamente a instalação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as corporações de saúdes, públicas ou privadas, no Estado de São Paulo. Em termos de legislação o Processo de Enfermagem apresenta-se pela primeira vez na Resolução COFEN 272/2002.

Ao mais tardar, o COFEN comunicou a Resolução COFEN 358/2009, que desfruta sobre a SAE, e a implementação do Processo de Enfermagem em cenários em que ocorre a precaução do profissional de enfermagem, abrangendo serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. Em conformidade com essa Resolução, o Processo de Enfermagem de ser exercido de modo decidido e sistemático, e organizado em cinco etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes, a saber: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

É exclusivamente na Resolução COFEN 358/2009 que se estipula um discernimento entre SAE e Processo de Enfermagem. A mencionada Resolução conceitua que SAE organiza o trabalho do profissional quando ao recurso, pessoal e instrumental, convertendo a possível operacionalização do Processo de Enfermagem. Este, por sua vez, é compreendido como um dispositivo metodológico que esclarece o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional.

A declaração empregada de Processo de Enfermagem será a seguinte: um dispositivo culto de ocupação do enfermeiro que orienta o processo de raciocínio clinica, e a conquista de providencias clinica e diagnostica, de resultados e intervenções. A aplicação deste dispositivo possibilita a documentação dos dados pertencente às etapas do processo.

Tendo em conta tal declaração, alguns conhecimentos importantes em relação ao Processo de Enfermagem podem ser destacados:

1 - O Processo de Enfermagem serve ao desempenho culto do enfermeiro, assim sendo, se dá durante, e depende da relação enfermeiro – pessoa/família/comunidade que está sobre seus cuidados.

2 - Se o Processo de enfermagem serve o desempenho culto não é aceitável defini-lo como a própria documentação. A documentação é um ponto de vista importante do Processo de Enfermagem; é também uma determinação legal e ética dos profissionais de enfermagem, mas não é do Processo de Enfermagem em si. Além de que, os dados documentados podem auxiliar para avaliar a contribuição individual da enfermagem para a saúde das pessoas.

3 - A aplicação deste dispositivo, por si só, não pode assegurar a qualidade do serviço prestado. Entretanto, a qualidade da assistência poderá ser manifestada com o uso do Processo de Enfermagem, mas necessita de competências intelectuais, interpessoais e técnicas do enfermeiro. O bom uso deste dispositivo observa a cientificidade da profissão, reforça a visibilidade às ações de enfermagem e sobressai seu valor na sociedade.

Propriedades

O Processo de Enfermagem tem como finalidade para o cuidado, disponibilizar um sistema no qual as necessidades individualizadas da pessoa (individuo, família, grupo, comunidade), possam ser resolvidas. Para tanto, deve ser:

- *Intencional*: desenvolvido para uma meta a ser alcançada

- *Sistemático*: uma aproximação organizada em fases para atingir o seu objetivo. Proporciona a qualidade do cuidado, pois interrompe os problemas correlacionados somente à intuição, ou à produção de cuidados costumeiros.

- *Dinâmico*: compreende mudanças continuas, de acordo com o a condição da pessoa, detectadas na relação enfermeiro – pessoa, é um processo contínuo.

- *Flexível*: pode ser aplicado em dois contextos: em indeterminado local e contribuição do cuidado e para qualquer especialidade; suas fases poder ser usadas de modo sequenciado ou coincidente.

- *Baseado em teoria (s)*: teorias ou modelos teóricos da área de enfermagem e outras áreas devem aguentar a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Teorias e Modelos Teóricos

O Processo de Enfermagem instrumento que carece suporte teórico para a sua utilização. Segundo estudos existem diferentes teorias e modelos teóricos e todos eles refletem os quatro conceitos centrais da Enfermagem:

- *Pessoa*: indivíduos, família, comunidade e outros grupos.

- *Ambiente*: ambiente ou mesmo o local onde a enfermagem ocorre.

- *Saúde*: bem-estar da pessoa, quando a enfermagem ocorre que pode ser medido do alto nível de bem-estar à doença terminal.

-

- *Enfermagem*: a prática do enfermeiro em realizar em conjunto com a pessoa e as metas ou resultados das ações de enfermagem. Ações de enfermagem são vistas tradicionalmente como processo sistemático de coleta de dados nomeando, planejando, intervindo e avaliando.

A disciplina de Enfermagem está relacionada com a convicções e leis que controlam processos de vida, o bem-estar e o funcionamento ótimo das pessoas saudáveis ou doentes. Está referente com os padrões de comportamento humano em convívio com o meio ambiente em eventos de vida normal ou situações críticas. Além de que, também está relacionada com ações de Enfermagem ou processos pelas quais alterações positivas no estado de saúde são consequências, bem como a saúde do ser humano, acreditando que eles estão em continua interação com o ambiente.

Os modelos teóricos conceituais de enfermagem têm áreas de assentimento, apresentando uma linguagem comum sobre o receptador dos cuidados de enfermagem, ser biopsicossocioespiritual, holístico, com necessidades que precisam ser atendidas, os cuidados terão significado se sua singularidade e universalidade forem consideradas.

Estes modelos devem ser eficientes, examinados, comentados e reestruturado, se necessário, pois não existe saber acabado, definitivo; não é possível executar teorias permanentes sobre a realidade que é contínua.

Nas instituições os modelos de cuidados dever ser adotados de maneira que posse ser construído coletivamente por toda a equipe, sustentado nos referenciais de enfermagem, e por demais referencias que se aplicam devem estar refletidos nas etapas do Processo de Enfermagem.

Nos serviços prestados, o modelo a ser adotado constituirá ao cuidado humano e cientifico que se espera da enfermagem. Compreendido e aplicado pela equipe, se tornará visíveis os fenômenos da prática referidos ao saber os diagnósticos, as intervenções e os resultados.

Em meados das décadas de 1970 e 1990, o aparecimento das categorizações de enfermagem (diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem), já que a Enfermagem precisava de uma linguagem própria para ajudar com os elementos de sua pratica.

Os diagnósticos, as intervenções e os resultados divulgam conceitos que podem ser cistos no mundo real. Todos têm uma base de pesquisa, admissível na prática clínica e suscetível de desenvolvimento de teorias de média dimensão, próprias das ciências aplicadas como a Enfermagem.

Os modelos conceituais não são respondidos, mas transcendidos. A noção do esforço de organização teórica intervém na compreensão da necessidade de terminologias, de dialeto, da especificação de fenômenos convenientes a área de enfermagem. Para uma ciência como a Enfermagem, a catalogação representa uma contribuição para a construção do conhecimento e acúmulo deste conhecimento. As classificações são dispositivos necessários para a comunicação da equipe.

Enfermeiros não podem diferenciar eventos para os quais não tem palavra ou frases para pensar e o uso dos conceitos NNN (Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANA – Internacional, Classificação de resultados NOC e Classificação de intervenções NIC) assessora os enfermeiros a gerar pressuposições, imaginar possibilidades, e usar a dúvida reflexiva, favorecendo a precisão do diagnóstico.

Fases ou Etapas

Enfermagem refere-se a disciplina cientifica com que seus métodos próprios de cuidado e teorias que apoiam este cuidado.

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o COREN – SP, a Resolução 358/2009 esclarece que a execução do Processo de Enfermagem não é uma atividade privativa do enfermeiro.

Esta Resolução afirma que o Processo de Enfermagem está dividida em cinco etapas: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem. Em casos acadêmicos as etapas são contadas separadamente e em uma ordem sequencial. Mas Horta propôs que as etapas são inter-relacionadas sendo que uma depende da outra. Além disto, essas etapas se sobrepõem, conhecido que o Processo de enfermagem é contínuo.

Coleta de Dados ou Investigação

Embora descrita como primeira etapa do Processo de Enfermagem, ela é contínua. O enfermeiro obtém dados subjetivos e objetivos do cliente que está cuidando, de uma forma definida e regularizada

A coleta de dados precisa tem propósito e direção baseada em:

1) Consciência do enfermeiro sobre seu domínio profissional e no âmbito de suas responsabilidades;

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 interpelação sistemática significa que a coleta de dados é pautada e tem uma continuidade lógica de perguntas e observações. O enquadramento onde as características interpessoais e físicas e a estruturação da coleta de dados, a natureza da informação e as competências cognitivo – preceituais do enfermeiro influenciam está etapa do Processo de Enfermagem.

Gordon (1993), refere-se a coleta de dados em quatro tipos:

- *Avaliação Inicial*: avalia o estado de saúde da pessoa, identificando os problemas e estabelece um relacionamento medicamentoso.

- *Avaliação Focalizada*: verifica a existência ou privação de um diagnóstico particular.

- *Avaliação de Emergência*: utiliza-se em situações que há rico a vida do cliente.

- *Avaliação de Acompanhamento*: realiza-se em um período determinado, após uma avaliação prévia.

-

A avaliação é realizada no recebimento do cliente, seja no hospital, no ambulatório, na instituição de longa permanência, ou outro. Entretanto, dependendo do estado de saúde do cliente, não é possível completar a avaliação em um certo momento. Por conta disso, é muito importante que os sistemas de saúde estabeleçam em seus manuais o quanto tempo de espera que o enfermeiro completa a avaliação, considerando as características do cliente atendido, a procura das unidades, dentre outros fatores que podem interferir e influenciar a coleta de dados.

O enfermeiro para a coleta de dados necessita de um instrumento de coleta que sirva de guia e reproduza a pessoa a ser cuidada e o ambiente onde foi prestado o cuidado. Independentemente do tipo de coleta de dados, o fundamental é que o enfermeiro tenha clareza do (s) modelo (s) teórico (s) que dá (dão) sustentação sabendo qual está usando para organizar sua coleta de dados.

Na prática clínica, a aplicação de um dispositivo de coleta, segundo os Padrões Funcionais de Saúde, possibilita uma coleta de dados do cliente nas dimensões biopsicossocioespiritual, favorecendo o raciocínio clinico e o julgamento diagnóstico quando se utiliza a classificação da NANDA – Internacional (NANDA – I).

Os fundamentos que apoiam os dispositivos devem permitir a identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados a causas tratáveis pelos enfermeiros, por meio de intervenções ou ações de cuidado, tendo em vista a obtenção de resultados. Para isto, o enfermeiro carece de conhecimentos científicos, de habilidade técnica, de habilidade interpessoal, e de raciocínio clínico e pensamento crítico para realizar a coleta de dados, que consta de entrevista e exame físico.

Distingue-se que ao longo da coleta o enfermeiro deve avaliar dois tipos de dados: objetivos e subjetivos. Os dados objetivos são avaliados pelo enfermeiro por meio de seus órgãos dos sentidos com ou sem auxílio dos instrumentos específicos como esfigmomanômetro, balança, estetoscópio, termômetro, dentre outros. Os dados subjetivos, no que lhe diz respeito são obtidos por meio de questionamentos ou dispositivos validados cientificamente e que necessitam da confirmação do cliente. Para tal, a coleta de dados deve ser feita em um ambiente calmo, iluminado e sem interrupções e traçada em princípios éticos que conduzem a profissão.

Ao interrogar, o enfermeiro deve demonstrar interesse autêntico pelo cliente a ser examinado, e demais qualidades referidos, á arte de cuidado, como o carinho e a compaixão. Deve realizar um

julgamento sem juízo de valor, respeitando a cultura, condição social, a orientação sexual, o gênero, a idade e o memento enfrentado pelo cliente.

O dado a ser coletado tem de ser provados. Nesse contexto, a qualidade da informação, mais do que a quantidade, é importante para o diagnóstico. Consequentemente os enfermeiros devem estar preocupados com a obtenção de dados:

- *Válidos*: aqueles que representam as prioridades da resposta humana que está sendo julgada.

- *Confiáveis*: obtidos por meio de instrumentos apurados e que estão representativos da resposta humana, neste contexto, pode ser a utilização de uma balança ou esfigmomanômetro que são equipamentos calibrados

- *Relevantes*:são dados válidos, porem leva-se em conta o objetivo a coleta de dados.

Uma outra, concepção durante a coleta de dados é que o enfermeiro deve estar preocupado em conhecer a história precedente e atual da saúde da pessoa. Englobando o estado de saúde, pontos fortes ou a resposta a problemas reais ou possíveis. A história precedente é importante, pois pode servir como linha de raciocínio para a interpretação da história recente.

Em suma, a coleta de dados é uma etapa primordial do Processo de Enfermagem. A validez, a fiabilidade e a significância dos dados poderão ser determinantes para a precisão do diagnóstico de enfermagem e estabelecer o sucesso das etapas diagnósticas, de planejamento, de implementação e de resultados.

Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre respostas humanas reais ou, teóricos apresentados pelo cliente, por sua família e comunidade a problemas de saúde ou processos de vida. Proporciona uma seleção de intervenções para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é encarregado. Os diagnósticos de enfermagem referem-se a maneira que o cliente, a família, e a comunidade reagem a situações ou a determinados eventos.

Está etapa do Processo de Enfermagem ocorrem duas fases, a de processo e a de produto. A fase de processo envolve um processo em que há raciocínio cientifico. A experiência clínica e a intuição são recordadas de forma complexa pelo pensamento intelectual – razão. Por meio do raciocínio diagnóstico, há o desenvolvimento da habilidade de raciocinar crítica e cientificamente, sobre os dados coletados, permitindo sua obtenção e interpretação, a comparação entre eles, com padrões de normalidade ou podendo denominar um fenômeno. Enquadra-se uma busca de novos dados que estejam faltando, permitindo uma distorção no diagnóstico ou até em uma hipótese de diagnóstico tendo em sua finalização a confirmação ou não dessas hipóteses.

A fase do produto, por seu lado, é da qualificação do diagnóstico escolhido com o seu título, sua definição, a lista de atributos que o caracterizam e os fatores relacionados com os sinais de seu surgimento.

Para comunicar as decisões sobre diagnósticos de enfermagem do cliente, da família ou da comunidade, é importante que recorra em um sistema de linguagem padronizada. Os sistemas de linguagem específicos da enfermagem pode ser dar o exemplo como a Classificação de Diagnóstico da NANDA – I.

Planejamento de Enfermagem

Esta etapa envolve a pessoa sob o cuidado de enfermagem e os procedimentos necessários para sua promoção, cuidado, melhoria e restauração de saúde, ademais do local onde o cuidado ocorrerá. A família, a equipe de enfermagem ou de saúde, os serviços a serem disponibilizados para o cuidado, estão introduzidos neste processo de planejamento.

A instauração de diagnósticos de enfermagem preferencial, a formulação de matas ou a implantação de resultados esperadas e a prescrição das ações de enfermagem, que serão executados na fase de implementação, são componentes que podem ser compreendidos.

Além do mais, a priorização dos diagnósticos deverá levar em conta a habilidades do enfermeiro e de sua equipe, a aceitação da pessoa ao cuidado e os recursos humanos e materiais disponíveis no ambiente onde o cuidado é prestado.

A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) é a mais utilizada para se estabelecer os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem, apesar de que de uma maneira inicial. Deve ser levado em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, apreciáveis e acessíveis.

O resultado sensível às intervenções de enfermagem é importante porque, por intermédio de, poderá ser demonstrada a contribuição específica da enfermagem no cuidado às pessoas. Para ser mensurável, o resultado deve conter indicadores que possam ser vistos e ouvidos, verificando o estado atual do cliente planejando o estado que quer atingir, podendo variar desde a administração do estado atual até a resposta do problema.

Para cada resultado esperado, o enfermeiro deverá recomendar intervenções de enfermagem e prescrever ações de enfermagem que visem reduzir ou eliminar os fatores que cooperam para o diagnóstico, proporcionar níveis mais notáveis de saúde, precaver e/ou monitorar o estado de saúde atual ou o surgimento de novos problemas.

Para eleger as intervenções de enfermagem e atividades de enfermagem, o enfermeiro poderá utilizar a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a CIPE. Mesmo com suas utilizações de classificação, deve-se buscar constantemente evidencias que dêem sustentação às suas intervenções/atividades.

Para a organização da assistência, podem-se utilizar modelos teóricos da administração de acreditação ou mesmo do enfermeiro de referência do paciente, do qual o mesmo coleta os dados,

diagnostica, planeja o cuidado. Podendo oferecer o cuidado, mas prescrevendo ao demais profissionais envolvidos, orientam o paciente e atendo aos seus chamados.

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

Implementação

É a aplicação, pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), das atividades prescritas pela etapa de Planejamento da Assistência, sendo o cumprimento pela equipe de enfermagem da Prescrição de Enfermagem, colocando o plano em ação.

As intervenções/atividades de enfermagem podem ser livres dos demais profissionais da saúde e relacionadas á diagnósticos de enfermagem. Além de tudo, podem ser intervenções/atividades de cuidado direto ou indireto. A intervenções/atividade de cuidado direto se respeitam a aquela realizadas com a presença do cliente; diretamente a mesma. As de cuidado indireto são as realizadas sem a presença do cliente, são intervenções de coordenação e controle do ambiente onde o cuidado é prestado. As intervenções/atividades de cuidado indireto devem ser prescritas como as de cuidado direto, pois mesmo não visando o controle do ambiente do cuidado não são menos importantes que aquelas de cuidado direto.

Toda a equipe deve realizar anotações relacionadas as intervenções/atividades prescritas pelo enfermeiro sejam elas independentes, dependentes ou interdependentes. Estas anotações contribuem na revisão da pessoa cuidada a ser realizada pelo enfermeiro (avaliação/evolução de enfermagem), sendo importante na reavaliação dos profissionais de saúde.

Avaliação

É um processo decidido, organizado, ininterrupto de verificação de mudanças as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, em um determinado momento para determinar se as intervenções/atividades de enfermagem conquistaram o resultado esperado, bem como a necessidade de mudança ou adaptação, se os resultados não foram alcançados ou se novos dados foram apresentados. Sendo assim conhecido como evolução de enfermagem.

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

A avaliação/evolução exige a revisão do plano de cuidado no que respeita aos diagnósticos de enfermagem, os resultados de esperados e alcançados e as intervenções/atividades de enfermagem implementadas.

Considerações Finais

Didaticamente o Processo de Enfermagem está dividido em fases que representam decisões importantes para o cuidado do indivíduo, da família ou da comunidade, as quais devem ser baseados em teorias ou modelos conceituais da própria enfermagem ou outras ciências.

Transformar os desafios presentes em sucesso envolve mais do que a vontade individual de enfermeiros.

Referência Bibliográfica

GONZAGA M F N, Professora Me UNIFIA "**Sistematização da Assistência de Enfermagem**". Ano 2017.

ENFERMEIRO APRENDIZ "**O Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem"**. Ano 2016. Disponível em: http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/o-processo-de-enfermagem-pe-e-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/

SANTOS, Deusa Souza. **"Processo de Enfermagem**" Ano 2013. Disponível em: http://www.ebah.com.br/content/ABAAABkdAAL/processo-enfermagem

BIBLIOTECA DIGITAL DA PRODUÇÃO INTELECTUAL. UIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Departamento de Enfermagem Geral Especializada. "**Processo de Enfermagem: Resultados e Consequências da Utilização Para Pratica de Enfermagem"** Ano 2009. Disponível em:http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3546/art_CARVALHO_Processo_de_enfermagem_resultados_e_consequencias_da_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. SANCHEZ, Cristiane Garcia. LOPES, Juliana de Lima. LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. SILVA, Rita de Cassia Gengo. "**Processo de Enfermagem: Guia Para a Pratica"** Ano 2015. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf