

Traduzindo o Processo de Enfermagem

Cartilha para estudantes de
graduação em enfermagem
ficarem por dentro da resolução
COFEN 736/2024.



Traduzindo o Processo de Enfermagem: Cartilha para estudantes de graduação em enfermagem ficarem por dentro da resolução COFEN 736/2024

Autora: Larissa Gonçalves Moreira da Silva

Orientadora: Prof^a Dra. Rosane Barreto Cardoso

Tipo da produção: Material didático

Objetivo da produção: apoiar estudantes de enfermagem na compreensão dos conceitos e etapas do Processo de Enfermagem.

Descrição do produto: Este material integra o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem de Larissa Gonçalves Moreira Silva, intitulado “Elaboração de Cartilha Digital sobre o Processo de Enfermagem: Tecnologia Educacional”, desenvolvido na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Trata-se de uma cartilha digital sobre o Processo de Enfermagem baseada na Resolução COFEN 736/2024.

UFRJ
2025

Este trabalho contou com apoio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (PR-2) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio do Programa de Apoio a Docente Recém-Doutor Antonio Luís Vianna – ALV’2023.

Traduzindo o Processo de Enfermagem: Cartilha para estudantes de graduação em enfermagem ficarem por dentro da resolução COFEN 736/2024

CIP - Catalogação na Publicação

d111t da Silva, Larissa Gonçalves Moreira
Traduzindo o Processo de Enfermagem: Cartilha
para estudantes de graduação em enfermagem ficarem
por dentro da resolução COFEN 736/2024 / Larissa
Gonçalves Moreira da Silva. -- Rio de Janeiro, 2025.
40 f.

Orientadora: Rosane Barreto Cardoso.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto
de Enfermagem, Bacharel em Enfermagem e Obstetria,
2025.

1. Processo de Enfermagem. 2. Resolução Cofen
736/2024. I. Cardoso, Rosane Barreto, orient. II.
Titulo.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

Este trabalho contou com apoio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (PR-2) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio do Programa de Apoio a Docente Recém-Doutor Antonio Luís Vianna – ALV'2023.

Símbolos da cartilha

Na cartilha, você encontrará alguns símbolos que auxiliarão na compreensão do conteúdo e facilitarão a organização das informações apresentadas.

➤ A seguir, confira o significado de cada um deles:



Vamos praticar.

Ao ver este símbolo, você encontrará uma atividade para testar seus conhecimentos sobre os temas abordados no tópico.



Dicas.

Este símbolo indicará materiais adicionais (textos, vídeos, etc.) para aprofundar seu conhecimento sobre o assunto. Ao clicar no ícone, você será direcionado para o local de referência.

Sumário

Apresentação	01
Introdução	02
Origem	03
Etapas do Processo de Enfermagem	04
Caso clínico	05
1. Avaliação de Enfermagem	06
1.1 O que a Resolução diz?	07
1.2 Objetivo da Avaliação	08
1.3 Avaliação	09
1.4 Entrevista direcionada	10
2. Diagnóstico de Enfermagem	11
2.1 O que a Resolução diz?	12
2.2 Tipos de Diagnósticos	13
2.3 Identificando um Diagnóstico	14
2.4 Indicadores diagnósticos	15
2.5 Registro dos diagnósticos	16
2.6 Estrutura	17
3. Planejamento de Enfermagem	18
3.1 O que a Resolução diz?	19
3.2 Priorização	20
3.3 Resultados esperados	21
3.4 Aplicando o Caso Clínico	22
3.5 Traduzindo a prescrição	23
3.6 Classificação das intervenções	24
3.7 Aplicando o Caso Clínico	25
4. Implementação de Enfermagem	26
4.1 O que a Resolução diz?	27
4.2 Registro da Implementação	28
5. Evolução de Enfermagem	29
5.1 O que a Resolução diz?	30
5.2 Avaliação dos Resultados	31
5.3 A Evolução	32
5.4 Evolução e Anotação	33
Gabarito	34
Referências	36

Apresentação



Você já ouviu falar no método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro?

Esse método é o **Processo de Enfermagem (PE)**. Muitos estudantes de enfermagem, ao se depararem com o termo e suas etapas, encontram dificuldades para compreendê-lo.

Essa cartilha apresenta cada etapa do **PE** de forma objetiva, com intuito de apoiar os estudantes em sua jornada de formação e desmistificar o **PE**, conforme sugere o título da cartilha: **“Traduzindo o Processo de Enfermagem”**.

A cartilha foi estruturada em cinco partes, correspondentes às etapas do **PE**. Em cada uma delas, são fornecidas definições e exemplos práticos de como operacionalizar e registrar essas etapas, utilizando classificações de enfermagem reconhecidas internacionalmente.

Vamos traduzir esse conhecimento juntos?
Bons estudos!

Introdução

O **Processo de Enfermagem (PE)** é a base para o raciocínio clínico dos profissionais de enfermagem. Ele deve ser aplicado em todos os cenários de cuidado, pois possibilita uma atuação da enfermagem sistemática e científica (COFEN, 2024).

Em janeiro de 2024, o **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)** publicou a **Resolução 736**, a qual dispõe sobre a **implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental** onde ocorre o cuidado de enfermagem. Esta resolução trouxe mudanças significativas, incluindo atualizações na nomenclatura e definições das etapas do **PE**. **Veja algumas mudanças:**

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

- 1 Coleta de dados →
- 2 Diagnóstico
- 3 Planejamento
- 4 Implementação
- 5 Avaliação →

RESOLUÇÃO COFEN Nº 736/2024

- 1 Avaliação
- 2 Diagnóstico
- 3 Planejamento
- 4 Implementação
- 5 Evolução

A resolução **COFEN 736/2024** enfatiza a importância de fundamentar o Processo de Enfermagem em **suportes teóricos**, como **teorias e modelos de cuidado, sistemas de linguagens padronizadas e protocolos baseados em evidências científicas**.



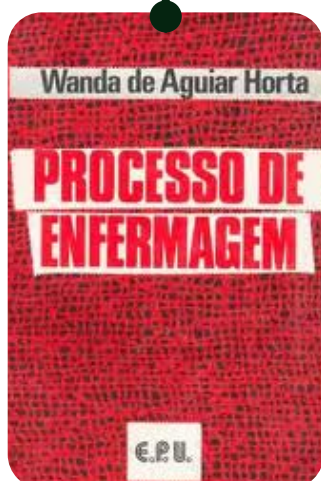
CARDOSO, R. B.; BRANDÃO, M. A. G.; CAVALCANTE, J. C. S. S.; LOPES, R. O. P.; ZACCARO, K. R. L.; PRIMO, C. C. **Teorias de enfermagem brasileiras de situação específica, médio e micro alcances: estudo bibliométrico**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 77, n. 4, e20230520, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0520pt>. Acesso em: 30 jan. 2024.

Origem

O termo **“Processo de Enfermagem”** surgiu na década de 1950 nos Estados Unidos para definir um processo que unia os conhecimentos da prática de enfermagem e sistemas teóricos através do método científico.

O termo, no início, correspondia a uma abordagem interpessoal e um método para resolução de problemas para tomada de decisão em enfermagem. Porém, gradativamente, com sua utilização na prática, suas etapas e métodos foram modificados e aperfeiçoados.

No Brasil, o **PE** foi impulsionado na década de 1970, tendo Wanda Aguiar Horta como a principal influenciadora, com a publicação de seu livro **“Processo de Enfermagem”** em 1979.



“
**Gente
 que cuida
 de gente**”

–Wanda Horta, 1979”



HORTA, Wanda. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

BARROS, A. L. B. L.; LUCENA, A. F.; MORAIS, S. C. R. V.; BRANDÃO, M. A. G.; ALMEIDA, M. A.; CUBAS, M. R. et al. **Processo de enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre seu conceito e legislação**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 6, e20210898, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>. Acesso em: 30 jan. 2024.

Etapas do processo de enfermagem

1

Avaliação de enfermagem

2

Diagnóstico de enfermagem

3

Planejamento de enfermagem

4

Implementação de enfermagem

5

Evolução de enfermagem



As etapas do Processo de Enfermagem, segundo a Resolução COFEN 736/2024, são “inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas”.

Caso clínico

Para auxiliar na compreensão das etapas do **PE**, utilizaremos como referência um caso clínico fictício, descrito a seguir:

Leia atentamente, pois ao longo da cartilha as atividades para aplicar os conhecimentos serão baseadas neste caso clínico!



Senhora Anna Nery, 87 anos de idade, viúva, católica, acompanhada pela filha. Acamada há dois anos em decorrência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Queixa-se de dor e incômodo na região sacral. A filha relata que sua mãe permanece várias horas na mesma posição devido à dificuldade de movimentação no leito. Durante a avaliação, a enfermeira observa eritema na região sacral que não desaparece à digito pressão.



Avaliação de enfermagem



O que a resolução diz?

*Avaliação de Enfermagem – compreende a **coleta de dados** subjetivos (**entrevista**) e objetivos (**exame físico**) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante **auxílio de técnicas** (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática*

(COFEN, 2024).

Objetivo da avaliação



A Avaliação não se resume à simples coleta de dados, mas à transformação desses **dados em informações**.

Nosso objetivo na Avaliação é obter informações úteis para identificar Diagnósticos e Intervenções de enfermagem.

Dados —————> Informações

▶ Glicemia capilar 66 mg/dL.

▶ Lesão não branquiável em região sacral.

▶ Escala Braden: 14 pontos.

▶ Frequência Cardíaca: 110 bpm.

▶ Hipoglicemia.

▶ Lesão por pressão estágio I.

▶ Risco de Lesão por Pressão.

▶ Taquicardia.

Para essa transformação, é necessário ter uma **bagagem nos estudos**. Nesse exemplo, era necessário saber:

- Valores normais para glicemia capilar e frequência cardíaca
- Classificação, tratamento e prevenção de Lesão por Pressão

Avaliação

TIPOS DE DADOS



Objetivos

São os dados obtidos através do Exame Físico, por exemplo:

- Edema
- Frequência cardíaca



Subjetivos

Relatado pelo paciente, o que ele diz para você.

- Incômodos
- Medos

MÉTODOS DE COLETA



Indireta

São os dados que você coleta através de prontuários, exames, familiares, vizinhos, entre outros.



Direta

São os dados que você coleta diretamente com o paciente, seja na anamnese ou no exame físico.



Vamos praticar?

Identifique os elementos correspondentes aos **tipos de dados** (subjetivos ou objetivos) e os **métodos de coleta de dados** (diretos ou indiretos) presentes no caso clínico da Senhora Anna Nery.



CHELONIL, G.; DE SOUZA, C.; DA SILVA, J. V. S.; SALGADO, P.; CHIANCA, T. C. M. **Construção e validação de instrumento para coleta de dados de enfermagem em ambulatório de quimioterapia.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, Campinas, v. 13, n. 2, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5676.2021>. Acesso em: 23 jan. 2025.



Entrevista direcionada

Uma **coleta de dados** eficaz fornece as informações essenciais para identificar os diagnósticos com precisão. **Alfaro-Lefevre (2014)**, enfermeira e especialista em raciocínio clínico, indica **seis passos** para auxiliar na **obtenção dos dados** necessários para um diagnóstico preciso:

1

Coleta de dados: reunir informações sobre o estado de saúde.

4

Agrupamento dos dados relacionados: Ajudar a identificar padrões.

2

Identificação dos indícios e realização de inferências.

5

Identificação dos padrões e verificação das primeiras impressões.

3

Validação dos dados: confirmar se os dados são precisos e completos.

6

Comunicação e registro dos dados no prontuário do paciente



Vamos praticar?

Retornando ao caso clínico da Senhora Anna Nery, reflita sobre as seguintes questões:

- Quais **aspectos** do relato e do exame físico você considera **anormais**?
- Como você **confirmaria os dados** apresentados?

Diagnóstico de enfermagem



O que a resolução diz?

***Diagnóstico de Enfermagem** –
compreende a identificação de
problemas existentes, condições de
vulnerabilidades ou disposições para
melhorar comportamentos de saúde.*

*Estes representam o **juízo clínico**
das informações obtidas sobre as
necessidades do cuidado de
Enfermagem e saúde da pessoa, família,
coletividade ou grupos especiais*

*(**COFEN, 2024**).*

Tipos de diagnóstico

A Resolução do **COFEN 736/2024** não especifica uma **terminologia padronizada em enfermagem** para fundamentar os Diagnósticos de Enfermagem. Aqui, utilizaremos a **Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I)**.

Foco no problema

Resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida (inclui diagnósticos de síndrome*)

↳ Dor Crônica (00133)

Potencial para deteriorar

Suscetibilidade de desenvolver uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos da vida

↳ Risco de aspiração (00039)

Potencial para melhorar

Motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana

↳ Disposição para ingestão nutricional melhorada (00419)

*Os enfermeiros também podem **diagnosticar síndromes**. Uma síndrome consiste em um julgamento clínico sobre um **agrupamento específico de diagnósticos de enfermagem** com foco no problema que ocorrem juntos e requerem intervenções semelhantes.

Exemplo: Síndrome da dor crônica (00342).

Identificando um diagnóstico

Caso opte por utilizar a classificação **NANDA-I** como referencial para os diagnósticos, utilize o passo a passo ao lado para encontrar o diagnóstico correto:

- 1 Agrupe os dados obtidos na avaliação.
- 2 Identifique o Domínio, depois a Classe.
- 3 Encontre o Título do diagnóstico.
- 4 Confira os indicadores diagnósticos.

Promoção da saúde	Percepção da saúde	Controle da saúde				
Nutrição	Ingestão	Digestão	Absorção	Metabolismo	Hidratação	
Eliminação e troca	Função urinária	Função gastrointestinal	Função tegumentar	Função respiratória		
Atividade/reposo	Sono/reposo	Atividade/exercício	Equilíbrio de energia	Respostas cardiovasculares/pulmonares	Autocuidado	
Cognição/percepção	Atenção	Orientação	Sensação/percepção	Cognição	Comunicação	
Auto percepção	Autoconceito	Autoestima	Imagem corporal			
Papéis e relacionamentos	Papéis do cuidador	Relações familiares	Desempenho de papéis			
Sexualidade	Identidade Sexual	Função Sexual	Reprodução			
Enfrentamento/Tolerância ao estresse	Respostas pós-trauma	Respostas de enfrentamento	Estresse Neurocomportamental			
Princípios da vida	Valores	Crenças	Coerência entre valores/crenças/atos			
Segurança/proteção	Infecção	Lesão Física	Violência	Riscos ambientais	Processos defensivos	Termorregulação
Conforto	Conforto físico	Conforto social	Conforto ambiental	Conforto psicológico		
Crescimento/desenvolvimento	Crescimento	Desenvolvimento				

Na NANDA-I os diagnósticos são organizados em **13 Domínios** (esferas do conhecimento) e 48 classes (atributos comuns).

Classes: agrupamentos com atributos comuns. Cada classe tem seus próprios diagnósticos.

(Herdman, Kamitsuru e Lopes, 2024)

Indicadores diagnósticos

Os **Diagnósticos de Enfermagem na Classificação NANDA-I** apresentam **indicadores** que auxiliam na identificação e distinção entre os diferentes diagnósticos (Herdman, Kamitsuru e Lopes, 2024). Esses indicadores são:



Características Definidoras:

Pista/inferência observável



Fatores de risco: Fator antecedente que aumenta a suscetibilidade/risco



Fatores relacionados:

Fatores etiológicos



População em risco: Grupos de pessoas que compartilham características comuns.



Condições associadas:

Procedimentos, diagnósticos médicos...



Vamos praticar?

Considerando o caso clínico da Senhora Anna Nery:

Em qual **domínio da NANDA-I** a situação de saúde se enquadra? E em qual **classe**?



Registro dos diagnósticos



Existem várias formas de **documentar os diagnósticos** identificados. Uma sugestão para descrevê-lo é utilizando o **formato de três partes**.

(Herdman, Kamitsuru e Lopes, 2024).

Diagnóstico com foco no **problema**



Título do diagnóstico, **relacionado a** (etiologia/fatores relacionados) **conforme evidenciado por** (pistas/características definidoras).

Ex.: Confusão aguda relacionada a hipertermia conforme evidenciada por desorientação.

Diagnóstico de **risco**



Título do diagnóstico, **relacionado a** (fatores de risco).

Ex.: Risco de quedas no adulto relacionado a equilíbrio postural prejudicado.

Diagnóstico de **promoção da saúde**



Disposição para Título do diagnóstico **conforme evidenciado por** (sinais/características definidoras).

Ex.: Disposição para envelhecimento saudável melhorado conforme evidenciada por desejo de melhorar o engajamento social.

(Herdman, Kamitsuru e Lopes, 2024)

Estrutura

Domínio II – Segurança/proteção

Classe 2 – Lesão Física | Código do diagnóstico 00312

Lesão por pressão no adulto

Aprovado em 2020 – Revisado em 2023 – Nível de evidência 3.4

Definição:

Dano localizado na pele e/ou tecido subjacente de um indivíduo com > 18 anos de idade, como resultado de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento.

[European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019]

Foco primário: integridade física

Foco secundário: Trauma tissular

Sujeito do cuidado: indivíduo

Julgamento: Prejudicado

Local anatômico: Sistema Tegumentar

Limite inferior de idade: 19 anos

Limite superior de idade: -

Curso clínico: -

Categoria do diagnóstico: com foco no problema

Restrição situacional: -

Características definidoras

- Área arroxeadada em pele intacta e descorada
- Bolha preenchida de sangue
- Calor localizado em comparação ao tecido adjacente
- Dor em pontos de pressão
- **Eritema**

Fatores relacionados

Fatores externos

- Acesso inadequado a equipamentos apropriados
- Acesso inadequado a serviços de saúde apropriados
- **Mobilidade física prejudicada**
- Carga mecânica contínua

Fatores internos

- Abuso de substâncias
- Adesão inadequada a plano de prevenção de lesão por pressão
- Adesão inadequada a regime terapêutico para incontinência

Populações em risco

- Idosos
- Indivíduos com deficiência física
- Indivíduos com história de lesão por pressão
- Indivíduos em unidades de terapia intensiva
- Indivíduos recebendo cuidados domiciliares

Condições associadas

- Anemia
- Circulação prejudicada
- Deficiência intelectual
- Diabetes mellitus
- Dispositivos médicos
- Doença crítica

O diagnóstico acima enquadra-se no caso da Senhora Anna Nery. O registro dele utilizando o **formato de três partes:**

- *Lesão por pressão no adulto relacionada a mobilidade física prejudicada e evidenciada por eritema.*

Planejamento de enfermagem



O que a resolução diz?

Planejamento de Enfermagem:

*Compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver (**COFEN, 2024**):*

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

Priorização



Para planejar as **intervenções de enfermagem**, bem como as ações, é fundamental **priorizar os diagnósticos** identificados para estabelecer quais serão as prioridades de cuidado.

Como estabelecer uma **priorização** para os diagnósticos de enfermagem encontrados?

1

URGÊNCIA:

Instabilidades fisiológicas urgentes ou emergenciais que representem risco à vida do paciente.

2

PREFERÊNCIAS DO PACIENTE:

Considere a opinião do paciente e alinhe as prioridades, mantendo uma comunicação aberta, mesmo em caso de divergências.

3

INTERAÇÕES ENTRE DIAGNÓSTICOS:

Avalie como os diagnósticos influenciam uns aos outros, priorizando aqueles que agravam outros problemas, permitindo que a resolução de um diagnóstico possa aliviar vários.

4

HIERARQUIA DE NECESSIDADES DE MASLOW:

Utilize a hierarquia de Maslow para priorizar, começando pelas necessidades fisiológicas e avançando para as de ordem superior.

Resultado esperado

Para cada **diagnóstico de enfermagem**, é necessário traçar um **resultado esperado** (exequível) e, em seguida, selecionar as **intervenções de enfermagem** adequadas para alcançá-lo.



“Um **resultado do paciente sensível à enfermagem** é um estado, comportamento ou percepção individual, familiar ou comunitária que é medido ao longo de um continuum em resposta a uma ou mais intervenções de enfermagem”

(Sue, Swanson e Johnson, 2024).

Sugerimos utilizar a **Classificação de Resultados de Enfermagem** ou Nursing Outcomes Classification (**NOC**).

A estrutura da **NOC** tem **5 níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e medidas**.

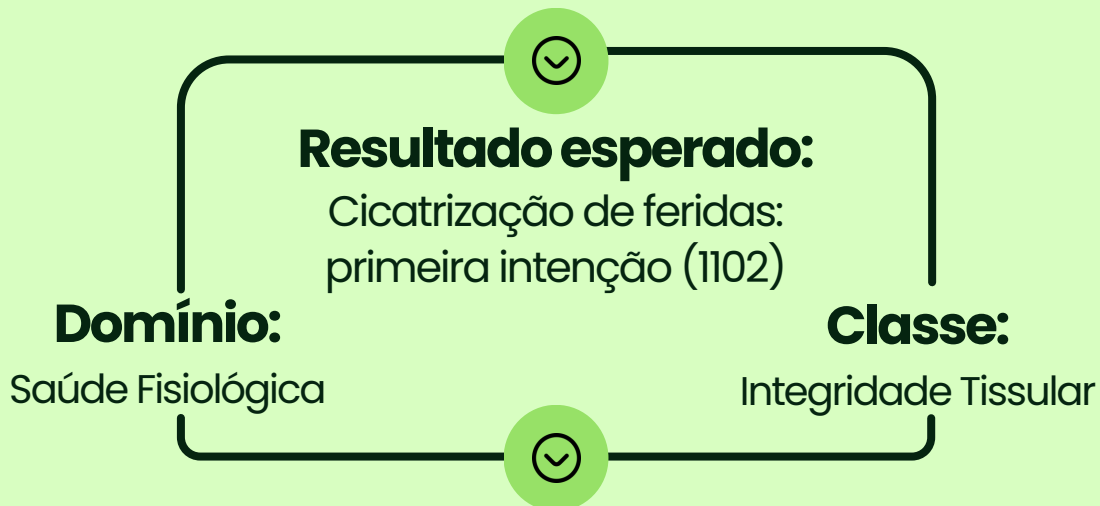
Domínios da NOC:

- Saúde Funcional
- Saúde Fisiológica
- Saúde Psicossocial
- Conhecimento em Saúde e Comportamento
- Saúde e Qualidade de vida
- Saúde Familiar
- Saúde Comunitária



Aplicando o caso clínico

Conforme já vimos, a Senhora Anna Nery possui o diagnóstico “Lesão por pressão no adulto (00312)”. A seguir, confira um exemplo de resultado esperado relacionado a esse diagnóstico:



Indicadores de resultado:

- Eritema na pele adjacente.
- Temperatura da pele aumentada.
- Edema perilesão.
- Drenagem serosa.
- Drenagem sanguinolenta a partir do dreno.
- Formação de cicatriz.



Vamos praticar?

Considerando o caso clínico da Senhora Anna Nery, quais **indicadores de resultado**, associados ao resultado esperado “**Cicatrização de feridas: primeira intenção (1102)**”, devem ser avaliados para monitorar o progresso do cuidado e a evolução da condição da paciente?

Traduzindo a prescrição

Para elaborar a **prescrição de enfermagem**, é importante que o enfermeiro se baseie nos **indicadores diagnósticos** que levaram a identificação dos diagnósticos de enfermagem na etapa anterior.

A prescrição deve refletir ações específicas para cada diagnóstico de enfermagem identificado.

Uma **prescrição de enfermagem** deve ser completa e clara.

Para garantir isso, é útil verificar se as **cinco perguntas** ao lado estão esclarecidas:

- 1 O que fazer?
- 2 Quem irá fazer?
- 3 Como irá fazer?
- 4 Quando irá fazer?
- 5 Onde irá fazer?

Nem sempre os cinco itens são aplicáveis.

(Tannure e Gonçalves, 2017)

Veja um **exemplo** de uma prescrição de enfermagem:

Prescrição de Enfermagem

Execução: equipe de enfermagem

Realizar mudança de decúbito do paciente no leito a cada 2 horas, utilizar coxins para aliviar as áreas de pressão, conforme o protocolo do “relógio de decúbito”.

Data

Nome completo, número do COREN e assinatura do(a) profissional responsável.



SCHMIDT, M. H.; STHANGARLIN, D.; PEREIRA, A. D.; FERREIRA, C. L. de L. **A implementação de relógio de troca de decúbito e sua importância na prática assistencial**. *Disciplinarum Scientia | Saúde*, Santa Maria, v. 17, n. 3, p. 507–513, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.37771/2150>. Acesso em: 23 nov. 2024.

Classificações de intervenções

Como sugestão para a seleção das **Intervenções de Enfermagem**, indicamos o uso da **Classificação de Intervenções de Enfermagem/nursing interventions classification (NIC)**.

Intervenção de Enfermagem

“Qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para melhorar os resultados do paciente”

(Butcher et al., 2020)

A estrutura da NIC tem **4 níveis**:

Domínios, classes, intervenções e atividade.

Domínios da NIC

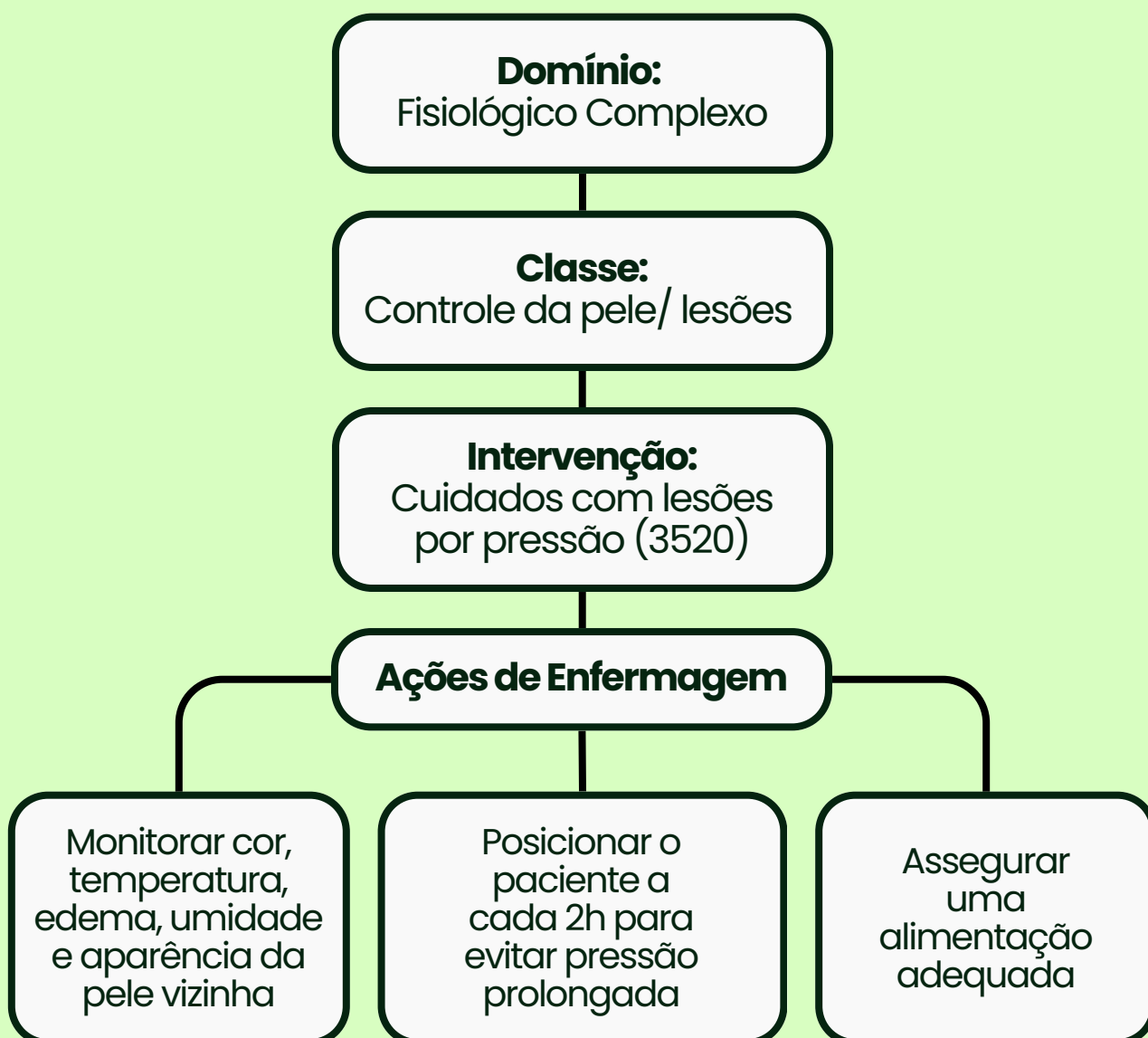
- Fisiológico básico
- Fisiológico complexo
- Comportamental
- Segurança
- Família
- Sistemas de Saúde
- Comunidade



Aplicando o caso clínico

Para **alcançar o resultado esperado “Cicatrização de Feridas: primeira intenção” (NOC 1102)**, traçado para o diagnóstico de enfermagem **“Lesão por pressão no adulto” (NANDA-I 00312)** da senhora Anna Nery, encontramos a intervenção **“Cuidados com lesões por pressão” (NIC 3520)**.

Confira abaixo os detalhes dessa intervenção de enfermagem:



Implementação de enfermagem



O que a resolução diz?

Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

- I – Padrões de cuidados de Enfermagem:** cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;
- II – Padrões de cuidados Interprofissionais:** cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;
- III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde:** cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

(COFEN, 2024).

Registro da implementação



A checagem da prescrição consiste em utilizar um símbolo padronizado pela instituição para indicar que o item prescrito foi executado. Ressalta-se que a checagem, isoladamente, não atende aos requisitos legais, é necessário também um registro escrito, especificando se o item da prescrição foi realizado ou, em caso negativo, justificando o motivo.

São os registros realizados pela equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) organizados de forma cronológica, incluindo cuidados prestados e fatos observados.

EXEMPLO DE ANOTAÇÃO:

30/11/2024, às 14h:

Realizada mudança de decúbito do lateral esquerdo para o lateral direito. Foram utilizados coxins posicionados na região lombar e entre os joelhos para alinhamento corporal. Procedimento realizado sem intercorrências.

Nome completo, número do COREN e assinatura do(a) profissional responsável.



Evolução de enfermagem



O que a resolução diz?

***Evolução de Enfermagem –
compreende a **avaliação dos
resultados alcançados** de
enfermagem e saúde da pessoa,
família, coletividade e grupos
especiais.***

*Esta etapa permite a análise e a
revisão de todo o Processo de
Enfermagem*

***(COFEN, 2024)**.*

Avaliação dos resultados

Consiste na ação de acompanhar as **respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados**, por meio da análise do prontuário, investigação clínica, bem como o relato do paciente.

Mantenho os mesmos diagnósticos? Há algum a acrescentar?

Os resultados esperados foram alcançados?

As intervenções e ações de enfermagem estão sendo eficazes?



Registro da Evolução

Existem diversas formas de registrar uma **Evolução de Enfermagem**, um modelo amplamente utilizado é o Modelo **SOAP**:

Evolução de Enfermagem

SUBJETIVO: informações relatadas pelo paciente. → **S**

OBJETIVO: achados da observação, do exame físico e dos exames laboratoriais. → **O**

AVALIAÇÃO: estado de saúde do paciente baseado nos dados coletados → **A**

PLANO: plano de cuidados → **P**

+ Nome completo, número do COREN e assinatura do(a) profissional responsável.



Vamos praticar?

Em qual das etapas do Modelo SOAP encaixam-se:

- Diagnósticos de Enfermagem.
- Prescrição de Enfermagem.



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer conjunto de Câmara Técnica nº 004/2022 – CTLN/CTAS/COFEN: Processo de Enfermagem na Atenção Primária. Prontuário Eletrônico do E-SUS, utilizando o método SOAP. Brasília, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-conjunto-de-camara-tecnica-no-004-2022-ctlm-ctas-cofen/>. Acesso em: 30 nov. 2024.

Evolução x Anotação

Anotação e Evolução são frequentemente confundidos, porém possuem diferenças importantes, veja abaixo algumas delas:

Anotação de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Dados brutos• Elaborada por toda equipe de enfermagem• Referente a um momento• Dados pontuais• Registra uma observação	<ul style="list-style-type: none">• Dados analisados• Privativo do enfermeiro• Referente ao período de 24h• Dados processados e contextualizados• Registra a reflexão e análise de dados

COFEN, 2023. Adaptado.



Gabarito



Página 9

Dados subjetivos: Relato da Senhora Anna Nery sobre dor e incômodo na região sacral. Relato da filha informando que sua mãe permanece várias horas na mesma posição devido à dificuldade de movimentação no leito.

Dados objetivos: Observação clínica pela enfermeira de eritema na região sacral, que não desaparece à digito pressão.

Coleta direta: Informações obtidas diretamente da paciente, como a queixa de dor e incômodo relatada pela Senhora Anna Nery.

Coleta indireta: Relato da filha sobre a mãe permanecer várias horas na mesma posição.



Página 10

Aspectos Anormais Identificados:

Eritema na região sacral que não desaparece à digito pressão: O eritema persistente, que não desaparece com a digito pressão, sugere uma lesão por pressão em estágio inicial (estágio 1).

Imobilidade Prolongada: A paciente está acamada há dois anos devido a um AVC e permanece várias horas na mesma posição, o que aumenta o risco de complicações, como lesões por pressão e outras complicações.

Queixa de Dor na Região Sacral: O desconforto e a dor podem indicar o início de uma lesão por pressão.

Confirmação dos Dados Apresentados

Para confirmar os dados observados, algumas ações poderiam ser realizadas:

Avaliação da Pele: Realizar uma inspeção cuidadosa da pele, especialmente nas áreas de maior pressão (como a região sacral), para identificar sinais adicionais de comprometimento, como alterações na textura, temperatura ou presença de edema.

Avaliação da Sensibilidade e Dor: Utilizar uma escala de dor (por exemplo, Escala Visual Analógica - EVA), para quantificar a dor relatada na região sacral e entender melhor sua localização e intensidade.

Histórico Detalhado da Imobilidade: Confirmar com a filha e a paciente sobre a duração do tempo em que permanece na mesma posição, rotinas de cuidados, frequência de mudanças de posição, uso de dispositivos de suporte (como colchões pneumáticos) e outras práticas preventivas de lesões por pressão.

Gabarito



Página 15

No caso clínico da Senhora Anna Nery, a situação de saúde se enquadra no **Domínio 11 - Segurança/Proteção da NANDA-I**. Este domínio abrange aspectos relacionados à prevenção de perigos e proteção da saúde.

Dentro desse domínio, a situação específica de risco de lesão por pressão devido à imobilidade e ao tempo prolongado na mesma posição se enquadra na **Classe 2 - Lesão Física**. Essa classe engloba diagnósticos relacionados a riscos de lesão, incluindo as lesões por pressão, que são uma preocupação importante no contexto de pacientes acamados e com mobilidade reduzida.



Página 22

Eritema na Pele Adjacente: O eritema persistente observado na avaliação clínica é um indicador crítico. Deve-se acompanhar a evolução do eritema, verificando se há redução ou desaparecimento, indicando melhora.



Página 32

Os **diagnósticos de enfermagem** enquadram-se na **Avaliação**, pois é nela que, a partir dos dados subjetivos e objetivos, iremos realizar inferências sobre o quadro do paciente.

Já a **prescrição de enfermagem** encaixa-se no **Plano**, uma vez que é nele que são estabelecidas as ações e intervenções de enfermagem.

Apoio:



Referências

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283–290, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gZNNrNTftvJFWrWJyvWjRg/?format=pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.
- BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 736, de 17 de janeiro de 2024. **Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 28 out. 2024.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Anotações de enfermagem**. São Paulo: Coren-SP, 2022. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.
- HERDMAN, T.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2024–2026**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024
- HERDMAN, T.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018–2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- HORTA, Wanda. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. **Braden Scale in pressure ulcer risk assessment**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 6, e20190413, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Acesso em: 23 nov. 2024.
- MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. **Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em unidades distintas de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência**. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 51, n. 4, p. 304–308, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/>. Acesso em: 23 nov. 2024.
- MOORHEAD, S.; SWANSON, E.; JOHNSON, M. **NOC: classificação dos resultados de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.
- SOUZA, J. F.; ZACCARO, K. R. L.; BRANDÃO, A. P. C. L.; PRIMO, C. C.; SANTANA, R. F.; BRANDÃO, M. A. G. **Systematization of Nursing Care: how did the concept mature?** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0464pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.
- TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE – sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- TEIXEIRA, A. M.; TSUKAMOTO, R.; LOPES, C. T.; SILVA, R. C. G. **Fatores de risco para glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco relacionados ao diagnóstico de enfermagem**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, n. 0, e2893, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1688.2893>. Acesso em: 23 nov. 2024.