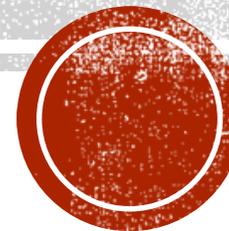


SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM



RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

DISPÕE SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

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



PROCESSO DE ENFERMAGEM

- É um método sistematizado para avaliar o estado de saúde do cliente, diagnosticar suas necessidades de cuidados, formular um plano de cuidados, implementá-lo e avaliá-lo quanto à sua efetividade. (NANDA, 2001)



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

1

**Coleta de dados /
Histórico de Enfermagem**

2

Diagnóstico de Enfermagem

3

Planejamento de Enfermagem

4

Implementação

5

Avaliação de Enfermagem



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

1

Coleta de dados / Histórico de Enfermagem

Processo deliberado, sistemático e contínuo, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

2

Diagnóstico de Enfermagem

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

3

Planejamento de Enfermagem

Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

4

Implementação

Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

5

Avaliação de Enfermagem

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.



RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

DISPÕE SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

- **Art. 4º** - Incumbe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, cabendo-lhe, **privativamente, o diagnóstico de enfermagem**, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas.



SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

- Diagnóstico de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - **NANDA**)
- Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - **NIC**)
- Classificação de resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - **NOC**)
- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - **CIPE**
- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem em Saúde Coletiva - **CIPESC**



HISTÓRICO

- A partir da constatação de que os sistemas de classificação de enfermagem utilizados mundialmente evidenciavam um **direcionamento à área hospitalar**, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), decidiu orientar um projeto internacional voltado para a extra-internação.
- A **Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)** ao assumir o compromisso de desenvolver o projeto no País, em 1996, promoveu uma oficina de trabalho que deu origem ao projeto **Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC**, contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem -CIPE.



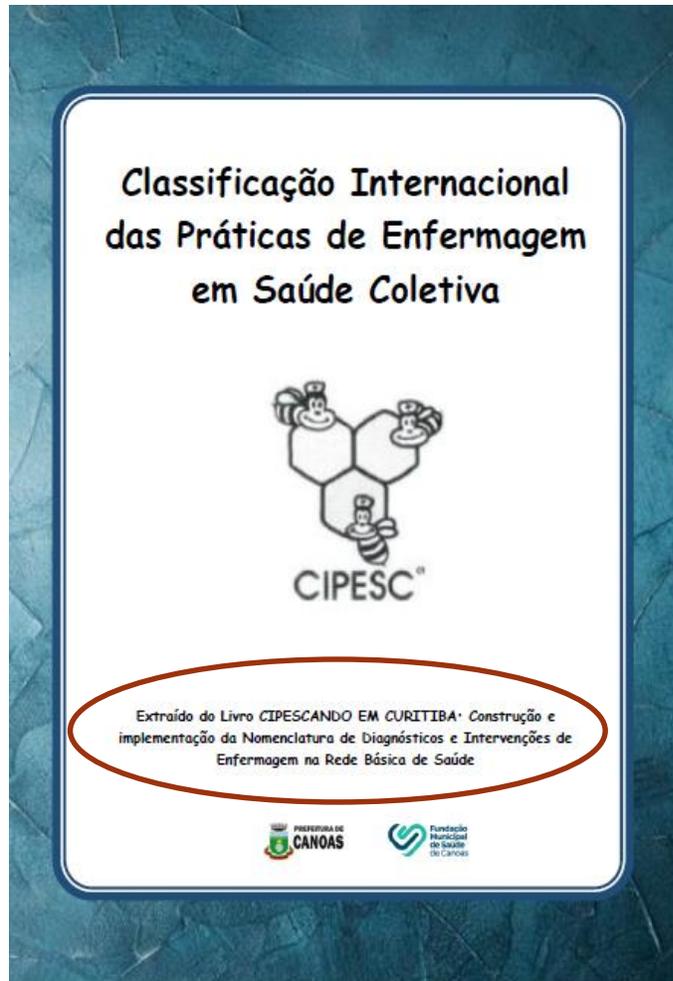
CIPESC

Taxonomia para Padronização da SAE

- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva**



CIPESC



SUMÁRIO

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA.....	65
1 NECESSIDADE: Oxigenação.....	65
1.1 Respiração alterada em suspeito de tuberculose.....	65
1.2 Respiração alterada.....	65
1.3 Risco para dispnéia no idoso.....	65
1.4 Risco para dispnéia na criança.....	66
1.5 Permeabilidade de vias aéreas comprometida.....	66
2 NECESSIDADE: Hidratação.....	67
2.1 Ingestão hídrica adequada.....	67
2.2 Desidratação.....	67
2.3 Edema decorrente de agressão.....	68
2.4 Edema postural de MMII no hipertenso/diabético.....	68
2.5 Edema postural de MMII na gestante.....	68
3 NECESSIDADE: Nutrição.....	69
3.1 Ingestão alimentar adequada do lactente.....	69
3.2 Ingestão alimentar adequada do adolescente.....	69
3.3 Ingestão alimentar inadequada do lactente.....	70
3.4 Ingestão alimentar inadequada do adolescente.....	70
3.5 Ingestão alimentar inadequada da gestante.....	70
3.6 Ingestão alimentar alterada.....	71
3.7 Ingestão alimentar excessiva.....	72
3.8 Desmame precoce do lactente.....	72
3.9 Amamentação adequada.....	73
3.10 Amamentação inadequada.....	73
3.11 Sobrepeso.....	74
3.12 Emagrecimento.....	74
3.13 Desnutrição.....	75
4 NECESSIDADE: Eliminação.....	75
4.1 Eliminação intestinal adequada.....	75
4.2 Diarréia.....	76
4.3 Constipação.....	76
4.4 Eliminação urinária adequada.....	77
4.5 Eliminação urinária inadequada.....	77
4.6 Eliminação urinária comprometida.....	77
4.7 Corrimento vaginal.....	78

*Numeração de páginas segue o documento original - Livro CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde.



▪ **NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA**

- ✓ Oxigenação
- ✓ Hidratação
- ✓ Nutrição
- ✓ Eliminação
- ✓ Sono e Repouso
- ✓ Exercício e Atividade Física
- ✓ Sexualidade
- ✓ Motilidade
- ✓ Cuidado Corporal
- ✓ Integridade Cutâneo Mucosa
- ✓ Regulação Vascular
- ✓ Regulação Imunológica
- ✓ Percepção
- ✓ Ambiente
- ✓ Terapêutica
- ✓ Reprodução

▪ **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

- ✓ Segurança
- ✓ Liberdade
- ✓ Aprendizagem
- ✓ Gregária
- ✓ Recreação
- ✓ Auto-estima
- ✓ Participação
- ✓ Auto-imagem



■ NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA

- ✓ **Oxigenação**
 - Risco para dispneia no idoso
 - Respiração alterada
 - Risco para dispneia na criança
- ✓ **Hidratação**
 - Ingestão hídrica adequada
 - Desidratação
- ✓ **Nutrição**
 - Ingestão alimentar adequada do adolescente
 - Amamentação adequada
 - Desmame precoce do lactente
- ✓ **Eliminação**
 - Eliminação intestinal adequada
 - Diarreia
 - Constipação
- ✓ ...

■ NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

- ✓ **Segurança**
 - Solidão
 - Ansiedade na mulher vítima de violência
- ✓ **Liberdade**
 - Tomada de decisão comprometida
 - Tomada de decisão prejudicada na mulher vítima de violência
- ✓ **Aprendizagem**
 - Compreensão comprometida
 - Conhecimento insuficiente
 - Prevenção da Gravidez: métodos de barreira
- ✓ **Gregária**
 - Apoio familiar prejudicado
 - Relacionamento familiar conflituoso
 - Vínculo familiar presente
- ✓ ...



DIAGNÓSTICOS X INTERVENÇÕES

1 NECESSIDADE: Oxigenação

1.1 Diagnóstico de enfermagem: Respiração alterada em suspeito de tuberculose

Intervenções	Responsável
Beber 2 litros de água de água por dia	Usuário
Esclarecer sobre formas de transmissão da tuberculose	Enfermeiro
Estimular aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Investigar perda de peso e sudorese noturna	Enfermeiro
Investigar tosse: frequência e tipo de expectoração	Enfermeiro
Levantar a cabeceira da cama	Usuário
Manter as janelas da casa abertas	Usuário
Orientar coleta de escarro para exame	Enfermeiro
Orientar o usuário a proteger a boca com lenço ao tossir	Enfermeiro
Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado	Enfermeiro
Orientar repouso com a cabeceira elevada	Enfermeiro
Proteger a boca com um lenço quanto tossir	Usuário
Retornar em dia e horário agendados	Usuário
Solicitar BAAR	Enfermeiro

1.2 Diagnóstico de enfermagem: Respiração alterada

Intervenções	Responsável
Beber 2 litros de água de água por dia	Usuário
Estimular aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Levantar a cabeceira da cama	Usuário
Manter as janelas da casa abertas	Usuário
Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado	Enfermeiro
Orientar repouso com a cabeceira elevada	Enfermeiro
Proteger a boca com um lenço quanto tossir	Usuário
Retornar em dia e horário agendados	Usuário

2 NECESSIDADE: Hidratação

2.1 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão hídrica adequada

Intervenções	Responsável
Investigar ingestão hídrica	Enfermeiro
Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Orientar o retorno à Unidade de Saúde em caso da presença de sinais de alerta para desidratação	Enfermeiro
Orientar ingestão hídrica	Enfermeiro
Retornar à Unidade de Saúde se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

2.2 Diagnóstico de enfermagem: Desidratação

Intervenções	Responsável
Agendar retorno	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Identificar o grau da desidratação	Enfermeiro
Investigar a causa da desidratação	Enfermeiro
Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Oferecer o soro de reidratação oral, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, conforme aceitação	Usuário
Orientar a administração de Terapia de Reidratação Oral –TRO	Enfermeiro
Preparar o soro de reidratação oral conforme orientado	Usuário
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar líquidos várias vezes ao dia em pequena quantidade	Usuário
Tomar soro de reidratação oral, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia	Usuário



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Essencialmente, SAE permite organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistematizado, que proporciona ao enfermeiro estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva.



REFERÊNCIAS

- Resolução COFEN nº 358 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 [internet]. 2009; [citado 2011 mar. 12]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>.
- RESOLUÇÃO COFEN Nº 514/2016 - Aprova o Guia de Recomendações para os registros de Enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.
- Albuquerque LM, Cubas MR, Martins SK. Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem da rede básica de saúde do município de Curitiba. In: Albuquerque LM, Cubas MR, organizadoras. Cipescando em Curitiba: construção e implementação de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2005.

