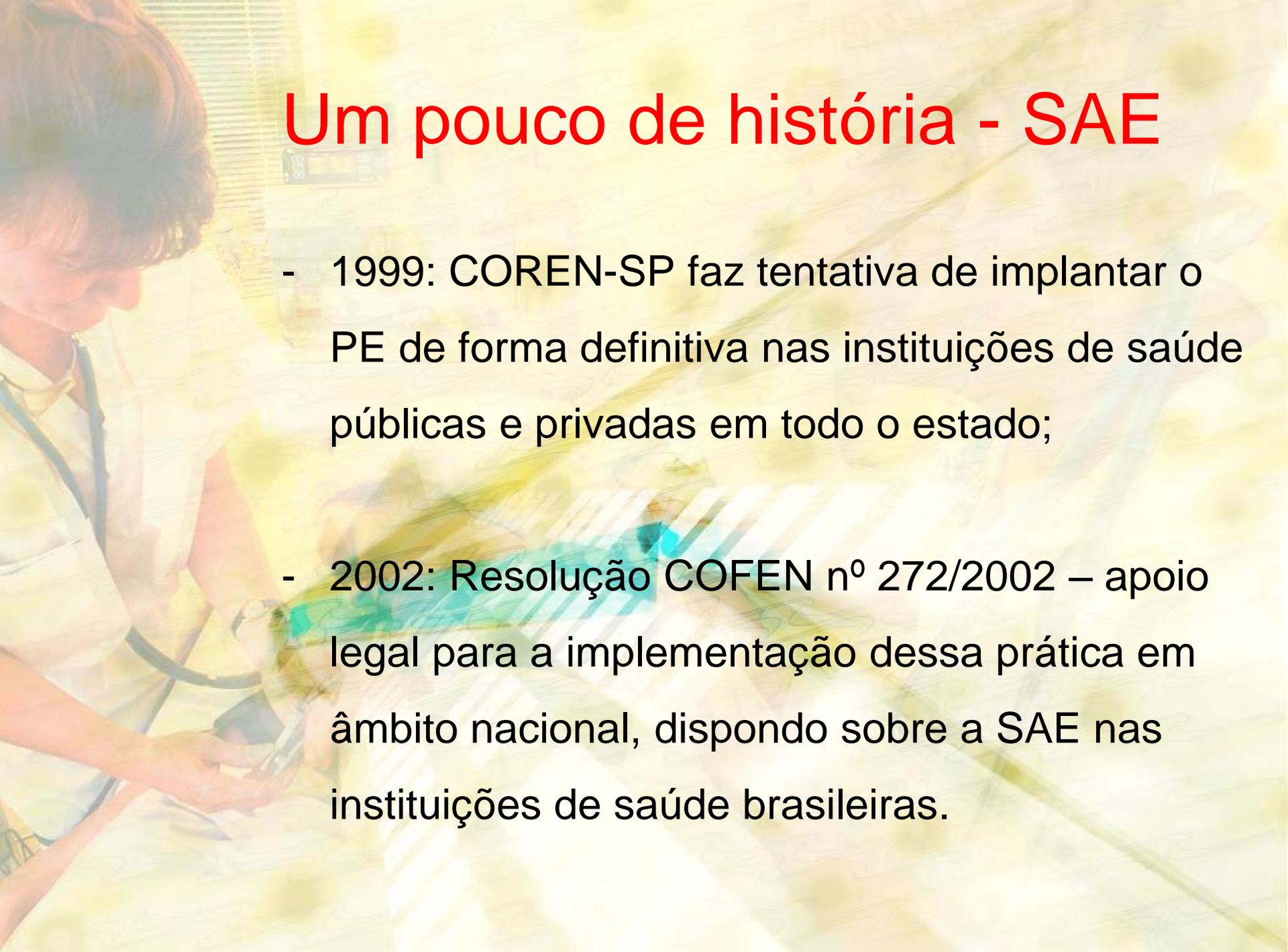


***“Sistematização da Assistência de Enfermagem”***

***Prof. Roberto Albuquerque***

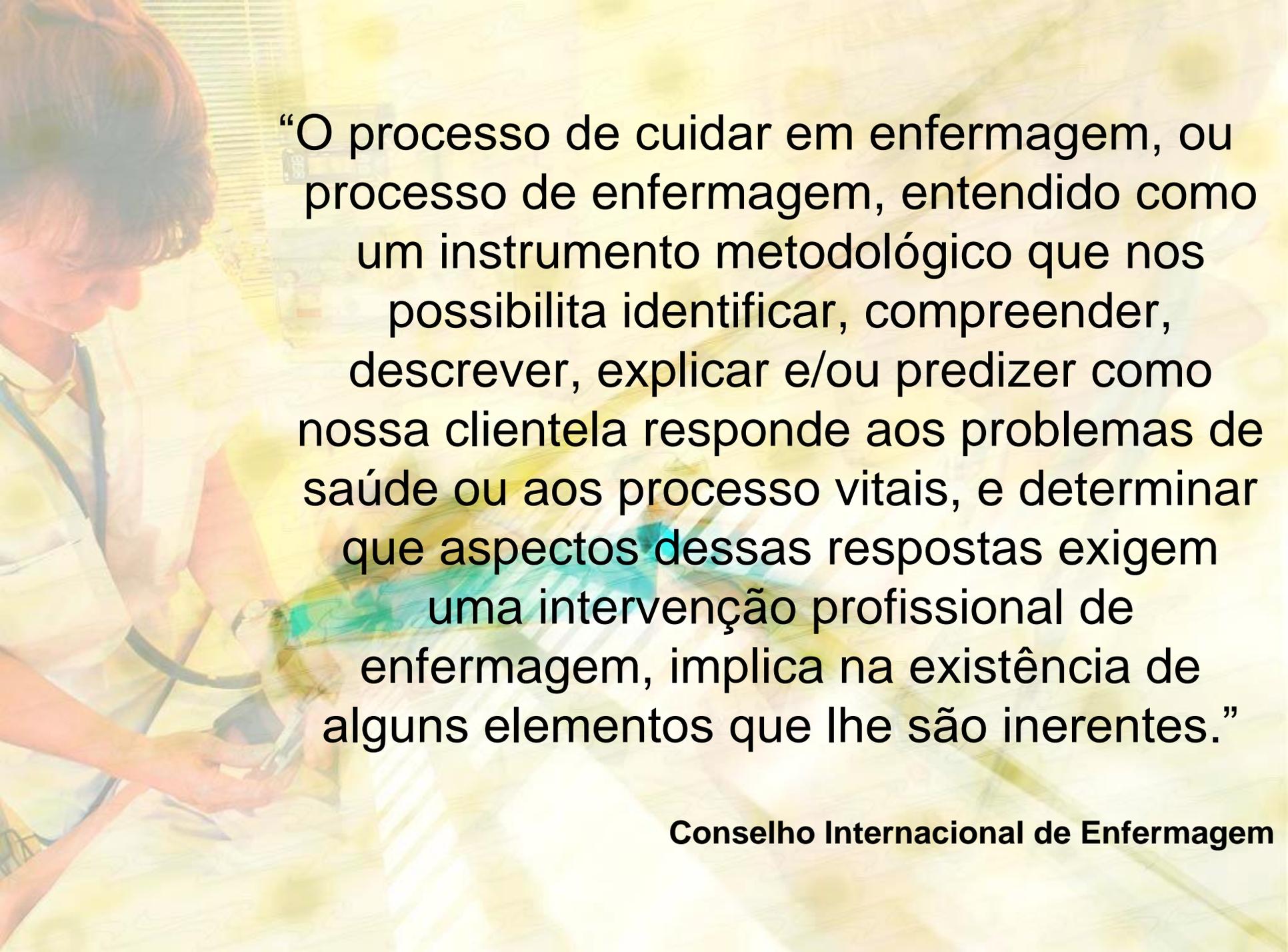
# Um pouco de história - SAE

- A partir dos anos 50: construção de um corpo de conhecimento próprio da Ciência do Cuidado;
- Anos 70: preocupação das enfermeiras com o desenvolvimento de teorias de enfermagem, como um meio de estabelecer a enfermagem como profissão;
- Surgimento do Processo de Enfermagem;
- Década de 70: chegada do PE ao Brasil, contribuindo para a teoria de Enfermagem de Wanda Aguiar Horta;



# Um pouco de história - SAE

- 1999: COREN-SP faz tentativa de implantar o PE de forma definitiva nas instituições de saúde públicas e privadas em todo o estado;
- 2002: Resolução COFEN nº 272/2002 – apoio legal para a implementação dessa prática em âmbito nacional, dispondo sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras.



“O processo de cuidar em enfermagem, ou processo de enfermagem, entendido como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processo vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem, implica na existência de alguns elementos que lhe são inerentes.”

**Conselho Internacional de Enfermagem**

# Benefícios da SAE

## **Para a equipe de Enfermagem:**

- Fornecer uma base a partir da qual todas as ações sistemáticas de enfermagem podem ser levadas a efeito;
- Tomar decisões esclarecidas quanto às situações de cuidados;
- Elaborar intervenções baseadas num juízo crítico próprio da Enfermagem em vez de num processo de tentativas e erros;

# Benefícios da SAE

## **Para a equipe de Enfermagem:**

- Proporcionar um roteiro para o raciocínio crítico;
- Prover uma estrutura sistemática e propositada que habilite o enfermeiro a organizar e a administrar os cuidados de enfermagem;
- Fornecer uma estrutura para ser utilizada no trabalho com o paciente.

# Benefícios da SAE

## **Para o paciente:**

- Identificar e tratar dos problemas do cliente;
- Promover o bem-estar do cliente;
- Atender aos problemas de saúde e às necessidades de enfermagem da pessoa;
- Diagnosticar e tratar as respostas humanas à saúde e à doença;
- Melhorar ou manter um nível de saúde do cliente;

# Benefícios da SAE

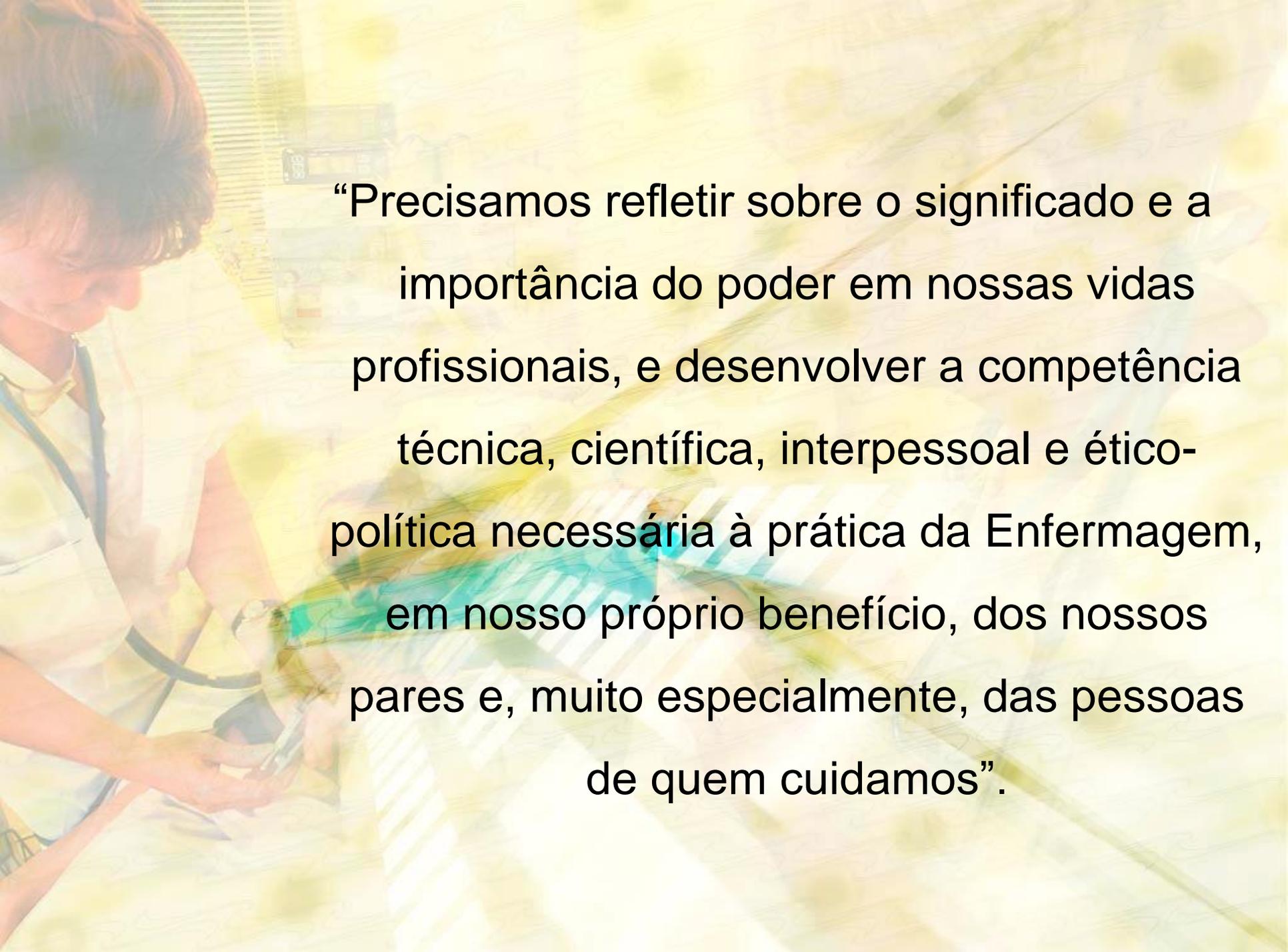
## **Para o paciente:**

- Identificar as necessidades de cuidados de saúde do cliente;
- Determinar as prioridades, estabelecer as metas e os resultados esperados;
- Estabelecer e comunicar um plano de cuidados centrados no cliente;

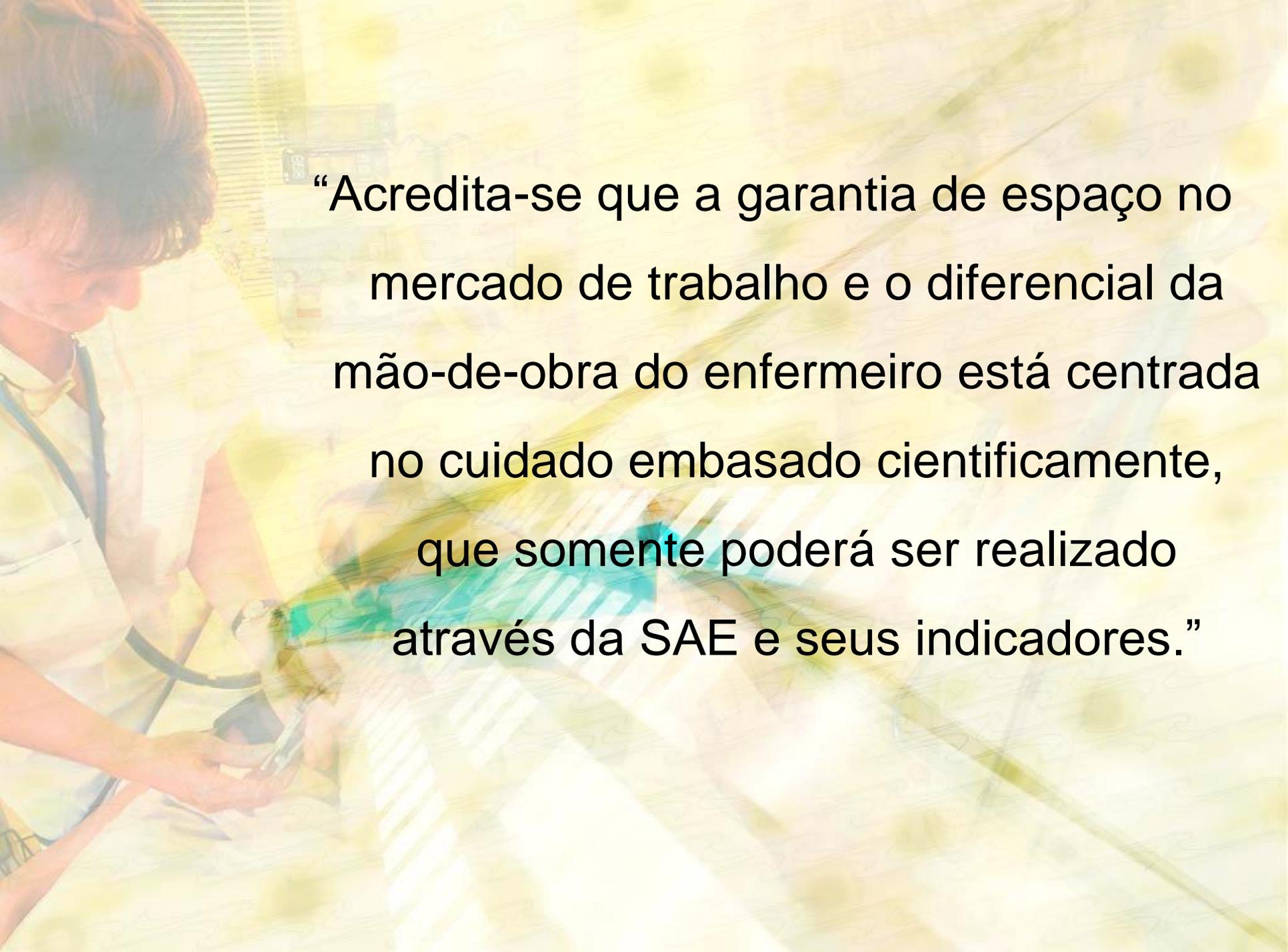
# Benefícios da SAE

## Para o paciente:

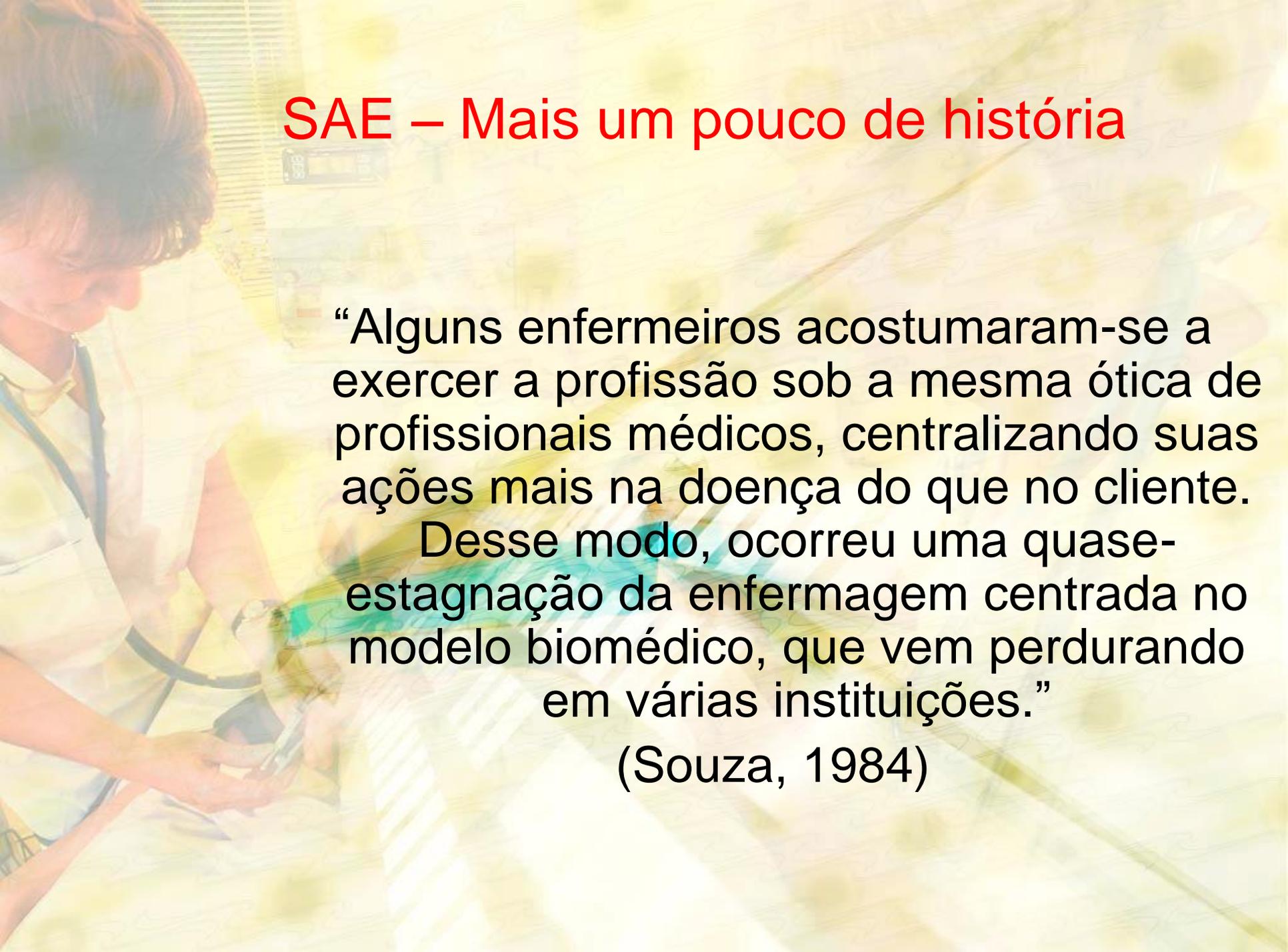
- Proporcionar prescrições de enfermagem designadas para atender às necessidades do cliente e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem em alcançar os resultados esperados e as metas para os clientes;
- Satisfazer as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade proporcionando cuidados de qualidade, centrados no cliente;



“Precisamos refletir sobre o significado e a importância do poder em nossas vidas profissionais, e desenvolver a competência técnica, científica, interpessoal e ético-política necessária à prática da Enfermagem, em nosso próprio benefício, dos nossos pares e, muito especialmente, das pessoas de quem cuidamos”.



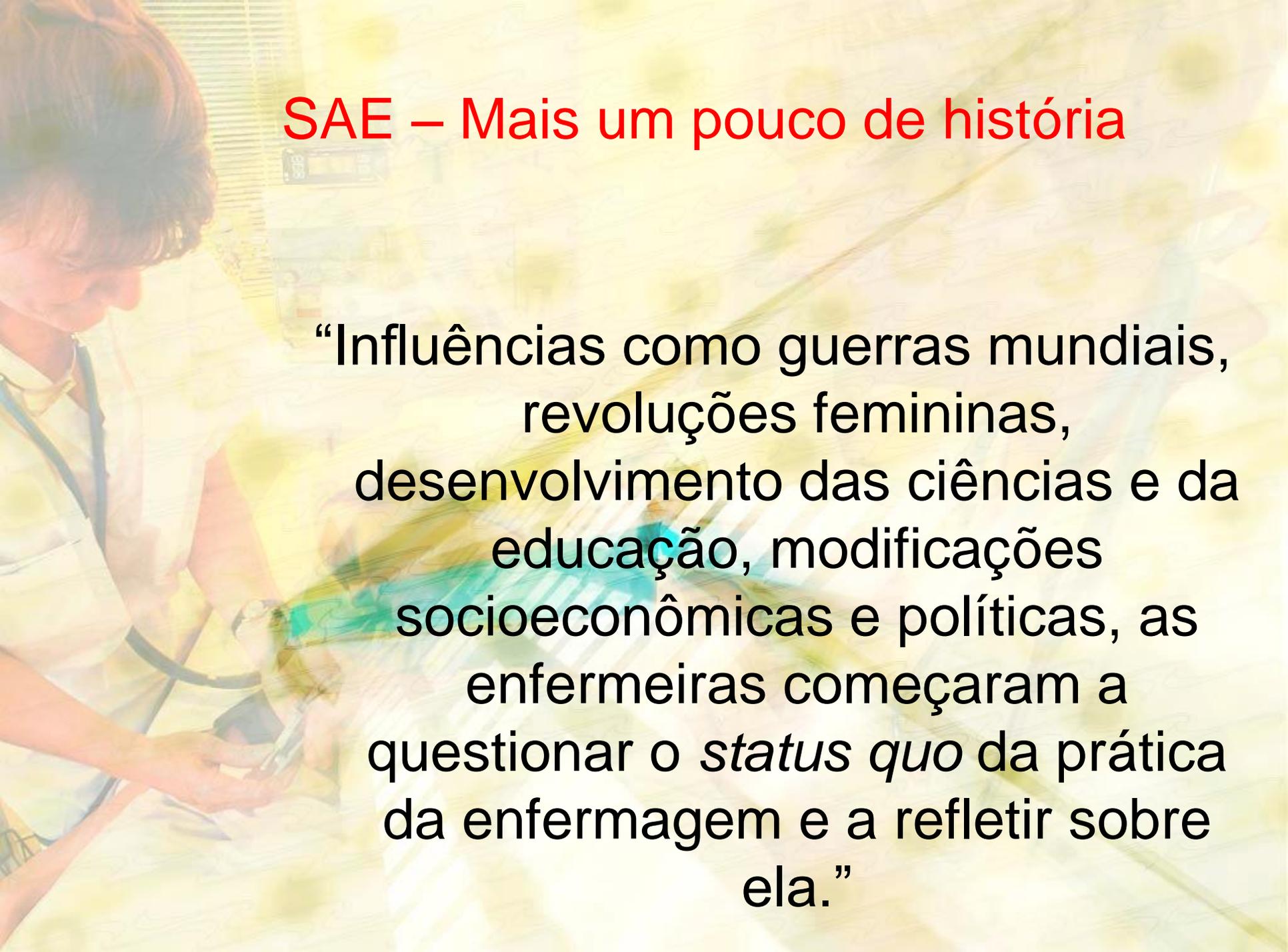
“Acredita-se que a garantia de espaço no mercado de trabalho e o diferencial da mão-de-obra do enfermeiro está centrada no cuidado embasado cientificamente, que somente poderá ser realizado através da SAE e seus indicadores.”



## SAE – Mais um pouco de história

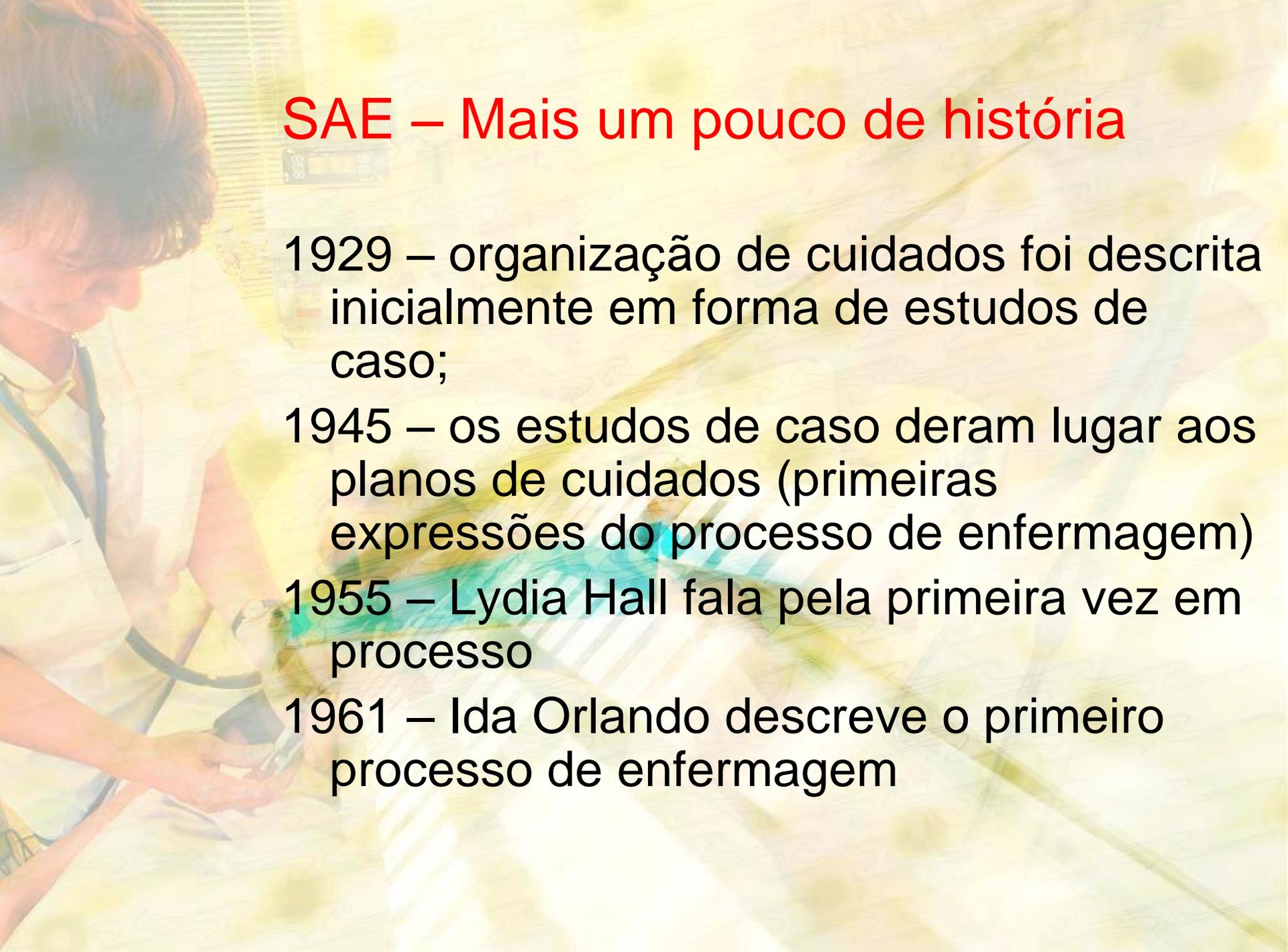
“Alguns enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão sob a mesma ótica de profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no cliente. Desse modo, ocorreu uma quase-estagnação da enfermagem centrada no modelo biomédico, que vem perdurando em várias instituições.”

(Souza, 1984)



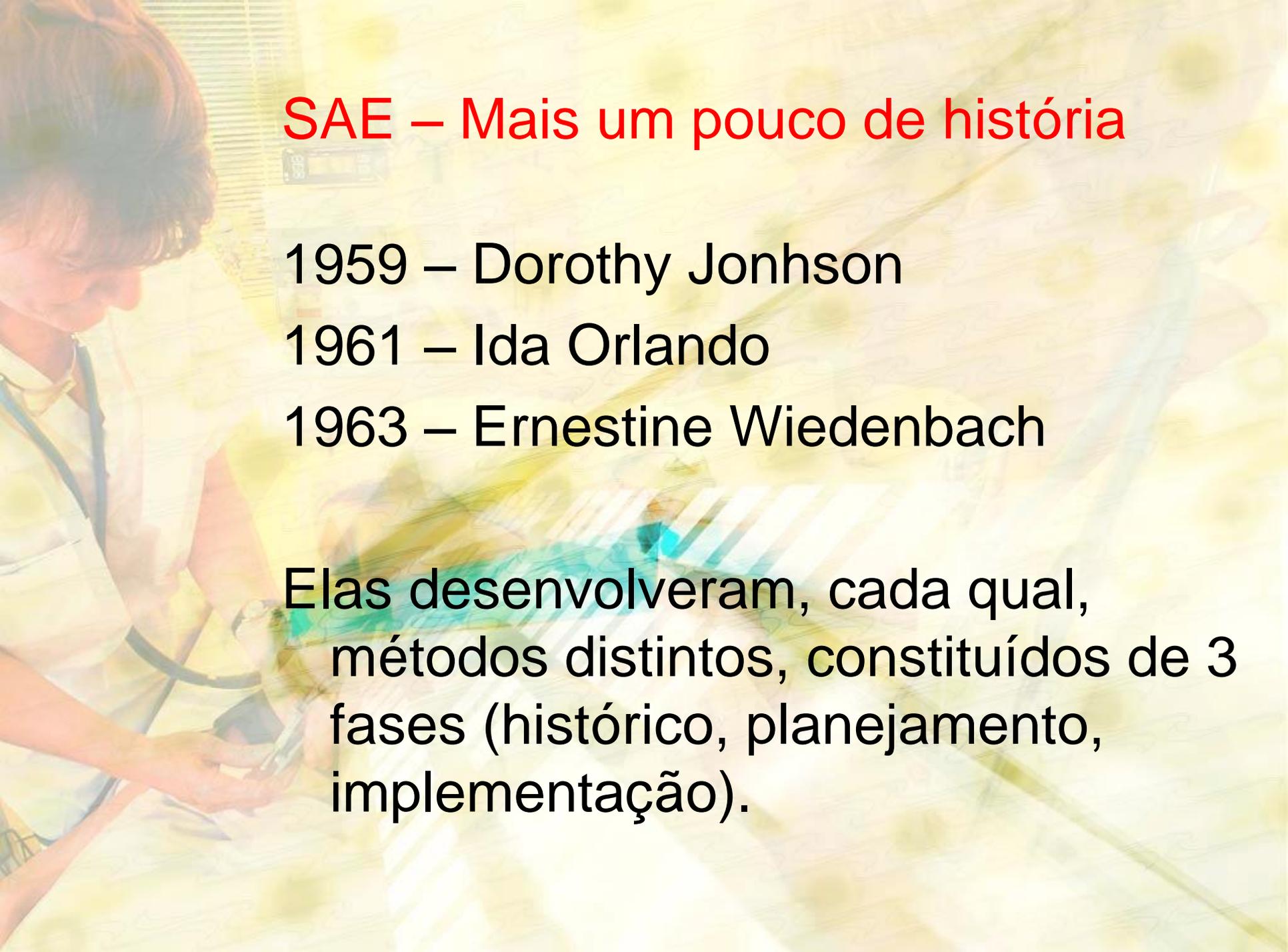
## SAE – Mais um pouco de história

“Influências como guerras mundiais, revoluções femininas, desenvolvimento das ciências e da educação, modificações socioeconômicas e políticas, as enfermeiras começaram a questionar o *status quo* da prática da enfermagem e a refletir sobre ela.”



## SAE – Mais um pouco de história

- 1929 – organização de cuidados foi descrita inicialmente em forma de estudos de caso;
- 1945 – os estudos de caso deram lugar aos planos de cuidados (primeiras expressões do processo de enfermagem)
- 1955 – Lydia Hall fala pela primeira vez em processo
- 1961 – Ida Orlando descreve o primeiro processo de enfermagem



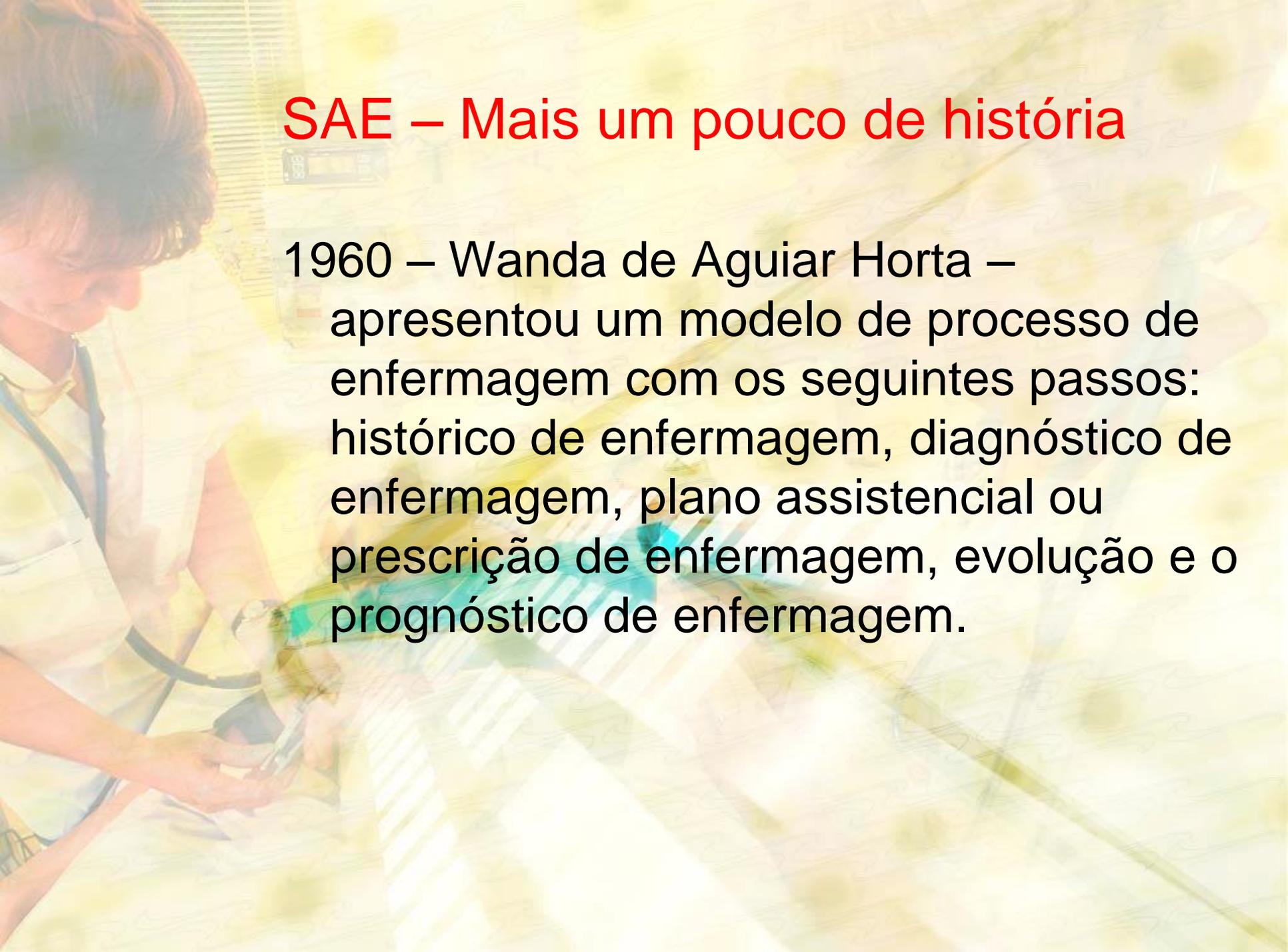
## SAE – Mais um pouco de história

1959 – Dorothy Johnson

1961 – Ida Orlando

1963 – Ernestine Wiedenbach

Elas desenvolveram, cada qual, métodos distintos, constituídos de 3 fases (histórico, planejamento, implementação).



## SAE – Mais um pouco de história

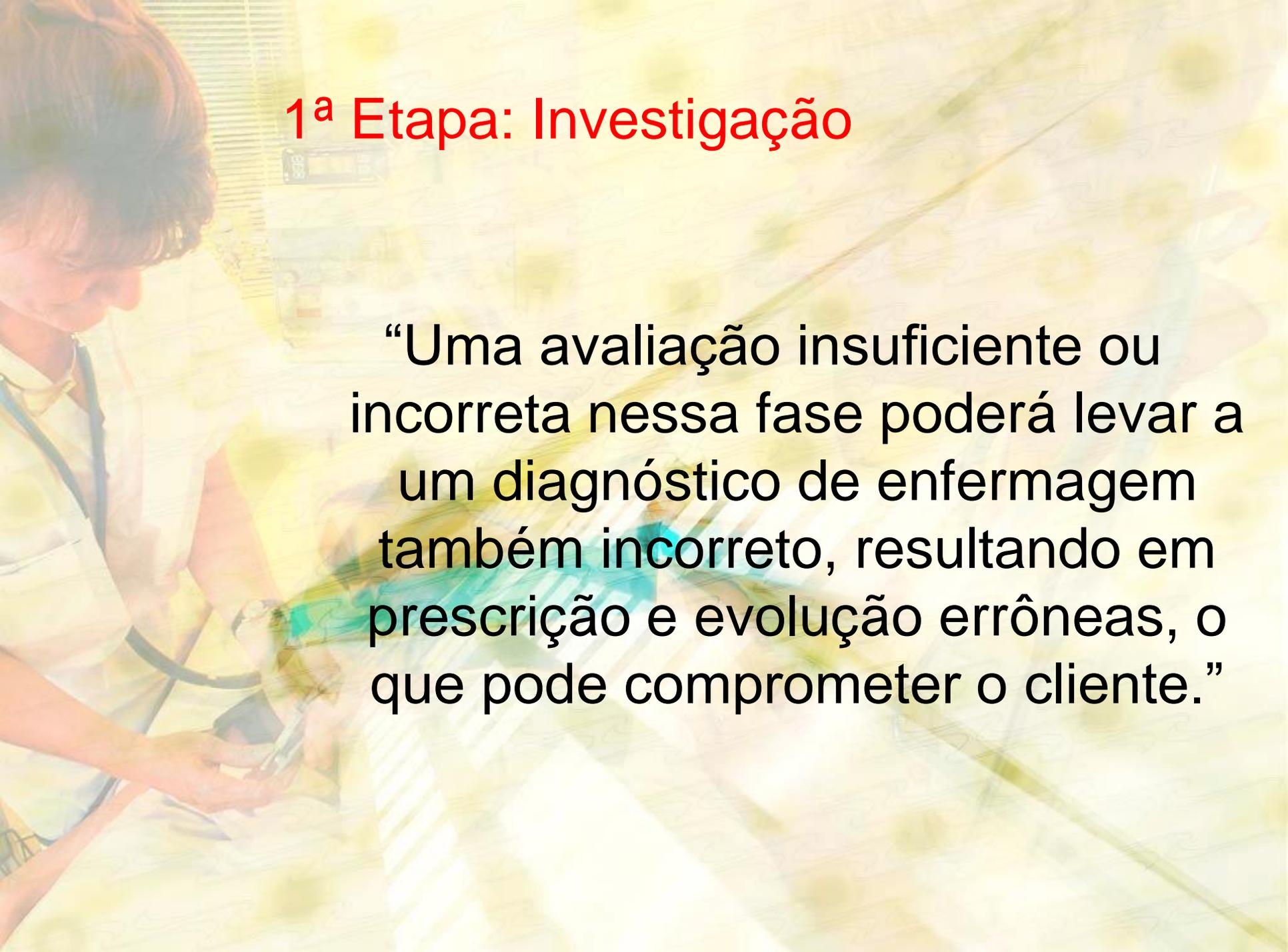
1960 – Wanda de Aguiar Horta –  
apresentou um modelo de processo de  
enfermagem com os seguintes passos:  
histórico de enfermagem, diagnóstico de  
enfermagem, plano assistencial ou  
prescrição de enfermagem, evolução e o  
prognóstico de enfermagem.

# **Etapas do Processo de Enfermagem**



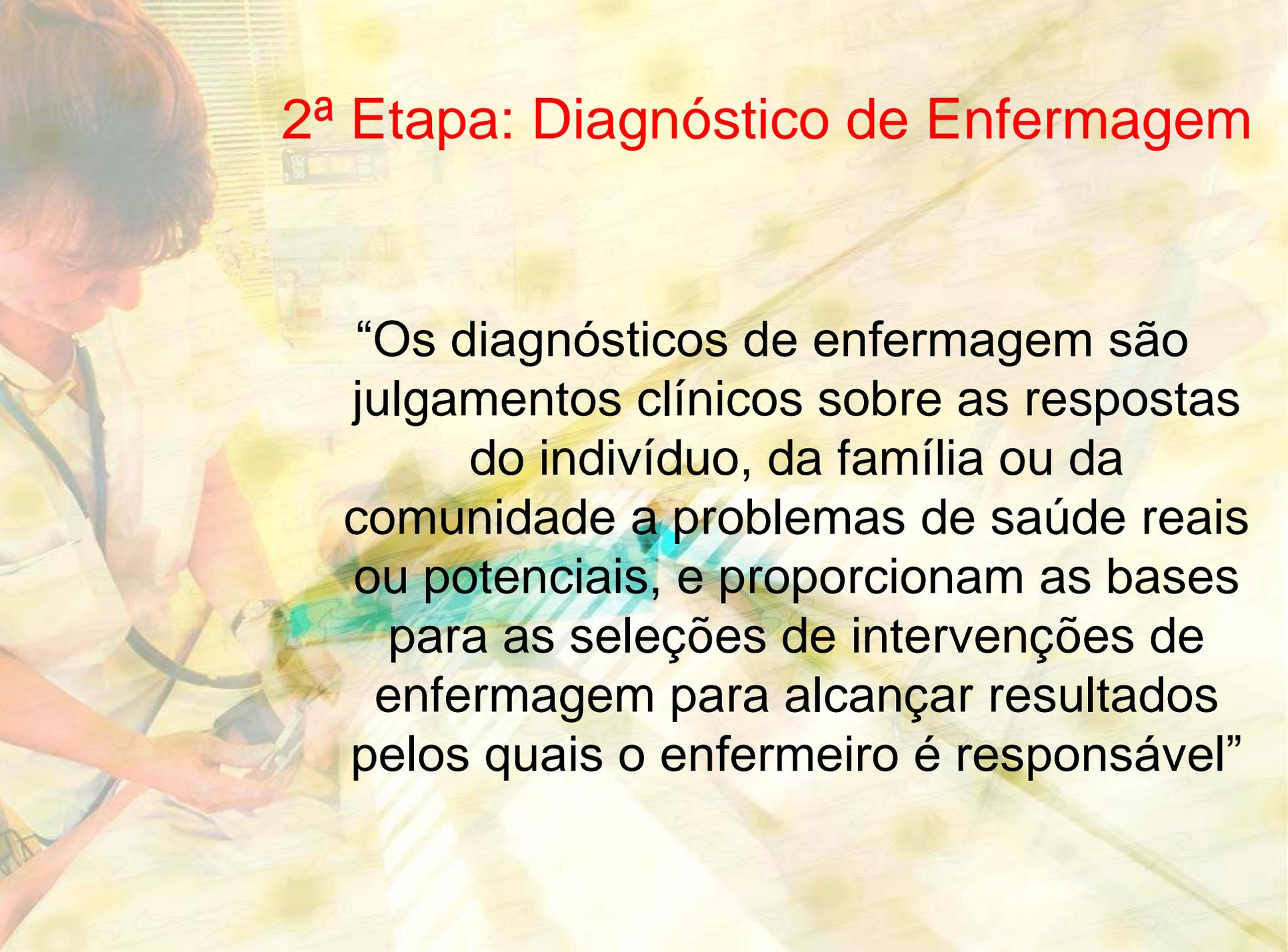
# 1ª Etapa: Investigação





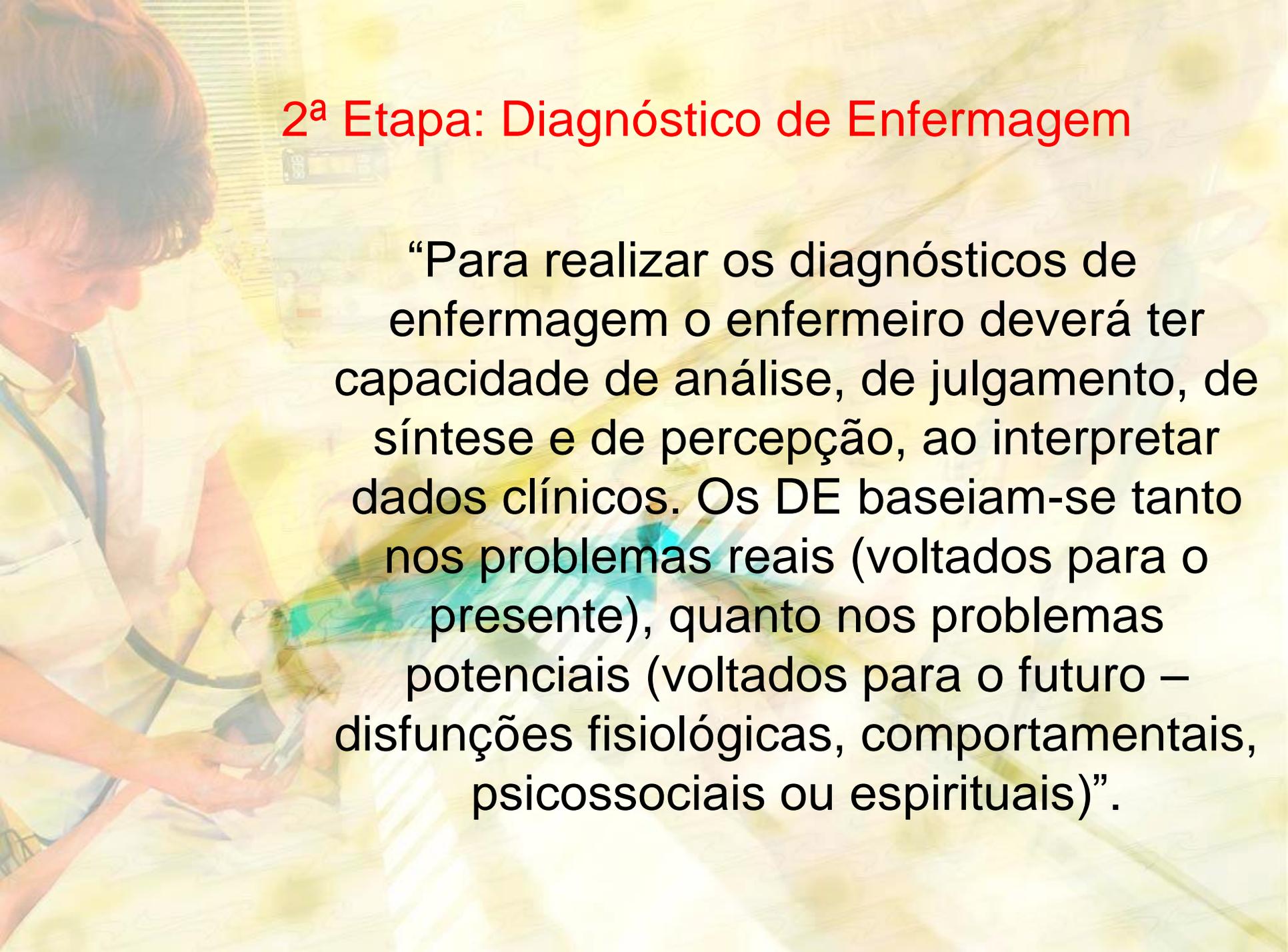
## 1ª Etapa: Investigação

“Uma avaliação insuficiente ou incorreta nessa fase poderá levar a um diagnóstico de enfermagem também incorreto, resultando em prescrição e evolução errôneas, o que pode comprometer o cliente.”



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

“Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

“Para realizar os diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção, ao interpretar dados clínicos. Os DE baseiam-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente), quanto nos problemas potenciais (voltados para o futuro – disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais)”.

# 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

## Componentes Estruturais

**Diagnóstico  
de  
Enfermagem**

**Título**

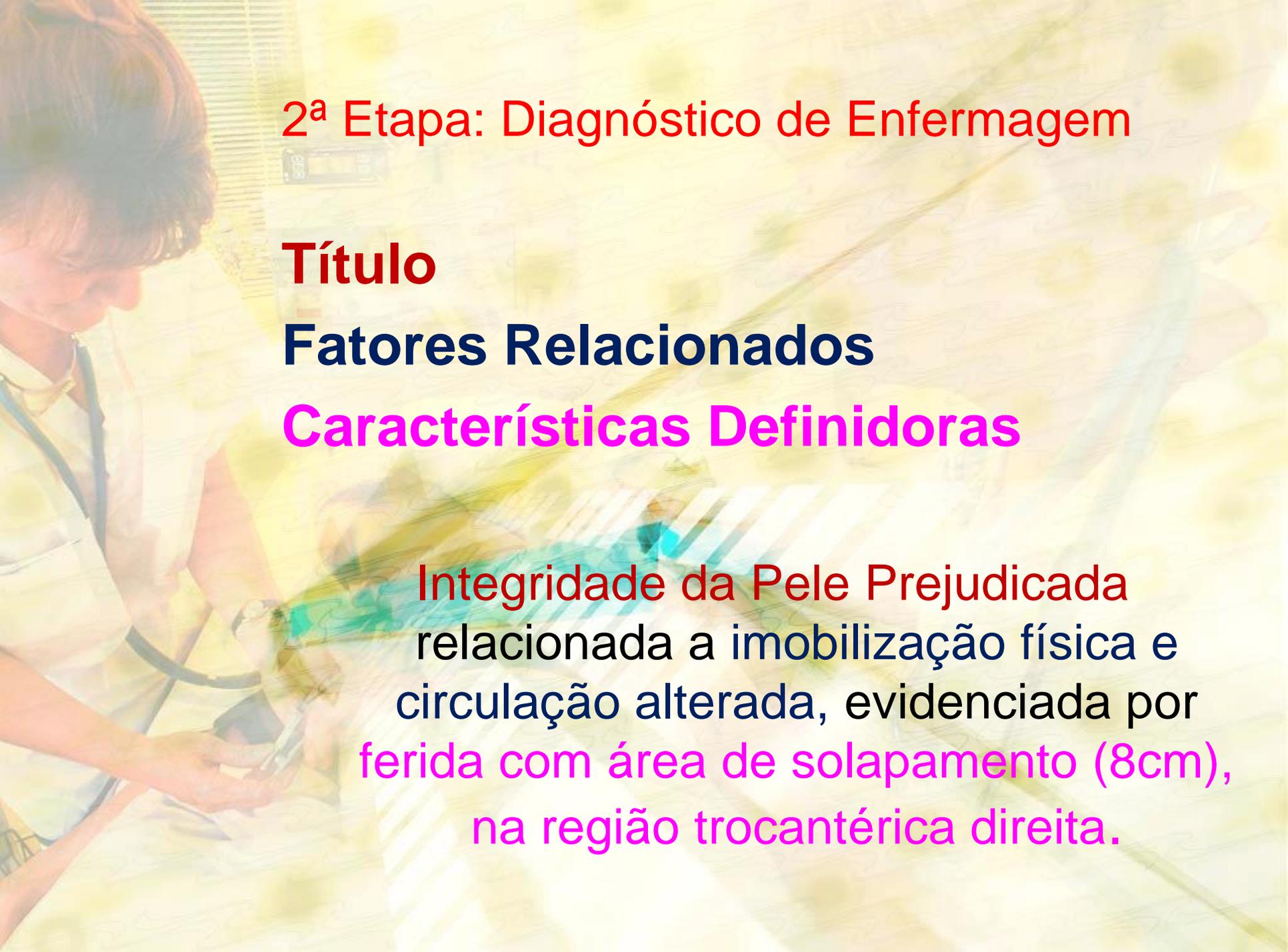
(Diz o que é)

**Fatores  
Relacionados**

(É a etiologia do  
Problema)

**Características  
Definidoras**

(São as manifestações  
clínicas)



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

**Título**

**Fatores Relacionados**

**Características Definidoras**

**Integridade da Pele Prejudicada**  
relacionada a imobilização física e  
circulação alterada, evidenciada por  
ferida com área de solapamento (8cm),  
na região trocantérica direita.



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

**Título**

**Fatores Relacionados**

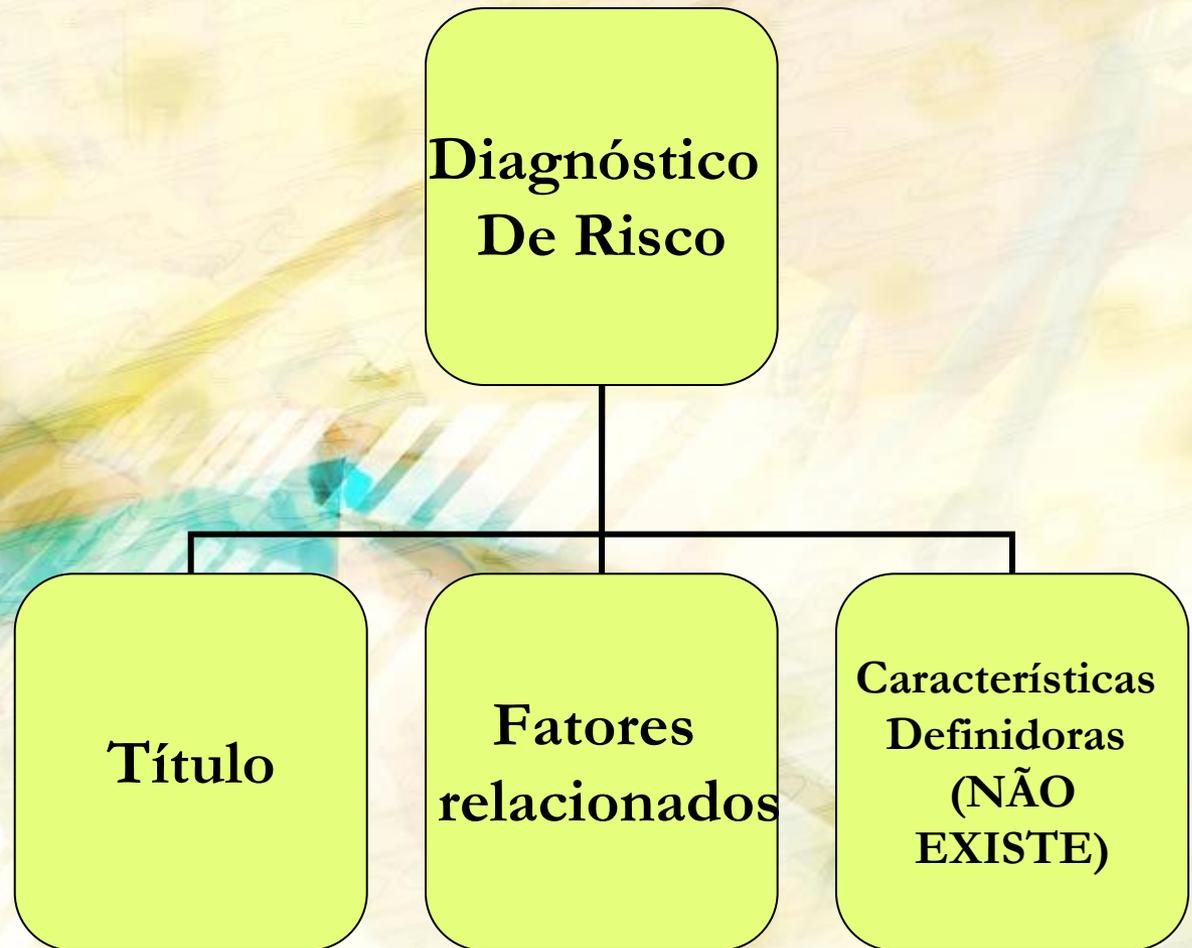
**Características Definidoras**

**Integridade da Pele Prejudicada**  
relacionada a processo cirúrgico  
evidenciada por **presença de dreno de**  
**Penrose e Ferida Operatória em região**  
**abdominal**

# 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

## Diagnósticos de Risco

Os diagnósticos de risco não contêm características definidoras, pois, se tais existissem, seriam problemas reais.



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

**Título**

**Fatores Relacionados**

**Risco de Infecção** relacionado a procedimentos invasivos (SVD, TOT, AVC em SCD).

**Risco de Integridade da Pele Prejudicada** relacionado a imobilização física, idade avançada e proeminências ósseas.



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

**VAMOS TREINAR?**

# Exemplo de diagnóstico de enfermagem na taxonomia (NANDA)

**Título diagnóstico:**

Eliminação  
urinária  
prejudicada

**Definição:**

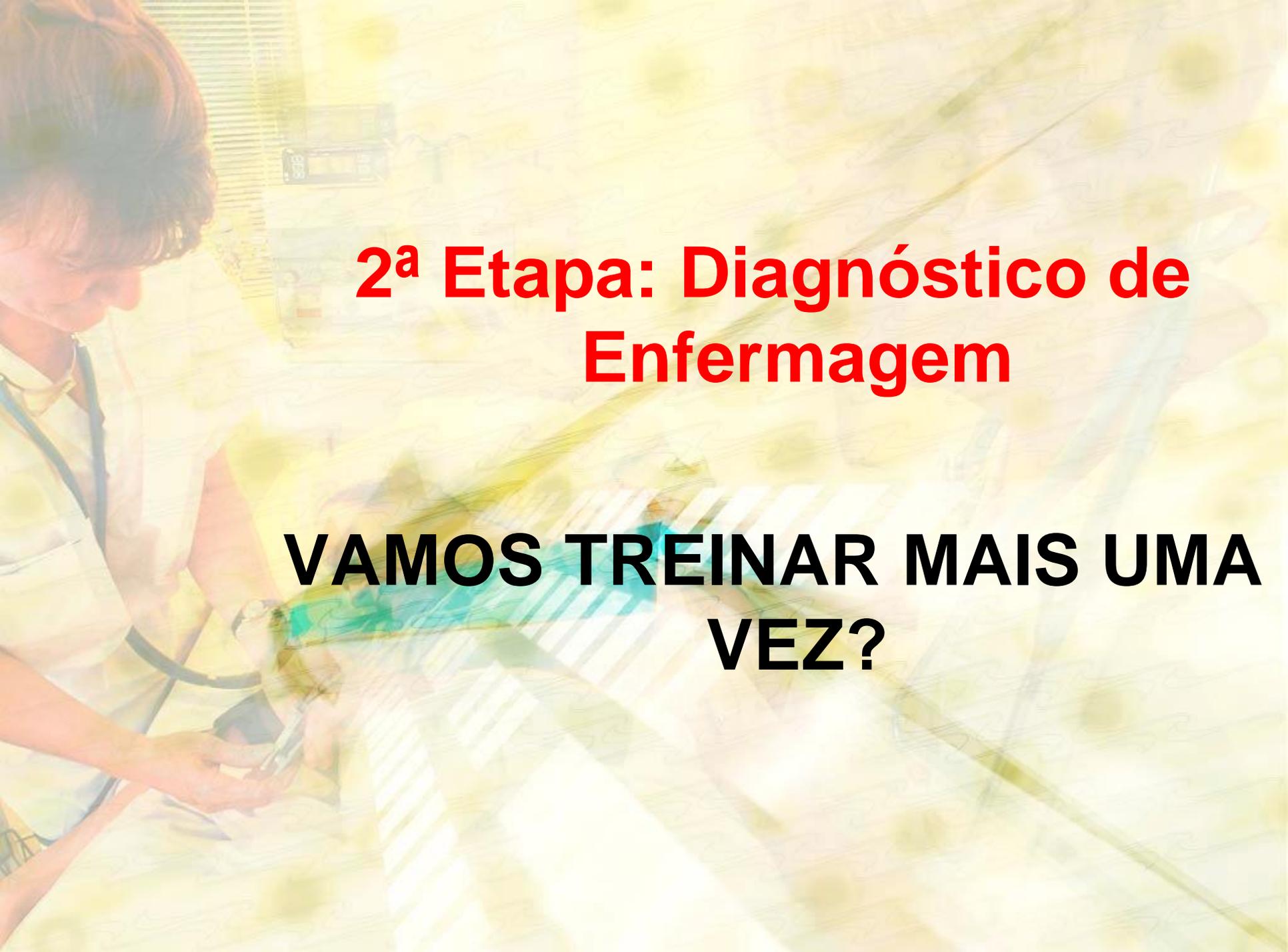
distúrbio na  
eliminação  
de urina

## **Características definidoras**

- Incontinência
- Urgência
- Nictúria
- Hesitação
- Frequência
- Disúria
- Retenção

## **Fatores Relacionados**

- ITU
- Obstrução anatômica
- Múltiplas causas
- Danos sensoriomotor



## **2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem**

**VAMOS TREINAR MAIS UMA VEZ?**



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

**TÍTULO:** Ansiedade relacionada  
a(ao).....evidenciado  
por .....

**TÍTULO:** Dor aguda relacionado (a)  
a.....evidenciado por  
.....



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

### Diagnósticos de Risco

Risco de queda relacionado a

.....

Risco de queda relacionado

a..... evidenciada por

.....



## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

**VAMOS TENTAR  
DIFERENTE?**



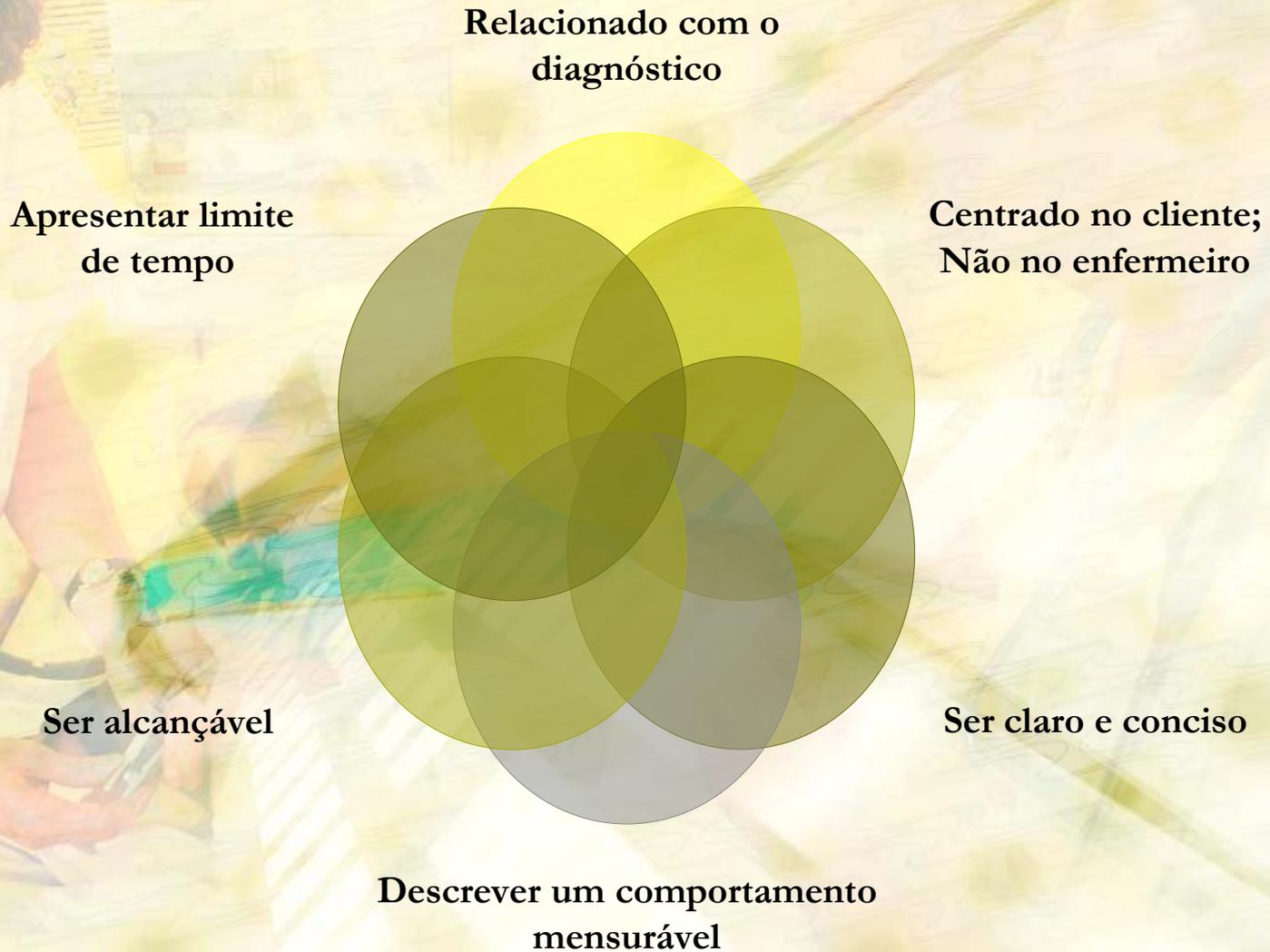
## 2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

### **CERTO OU ERRADO?**

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída, relacionada a lesão cerebral, evidenciada por PIC de 30mmHg.

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída, relacionada à imobilização física, evidenciada por PIC de 30mmHg.

# 3ª Etapa: Planejamento (Resultados Esperados)

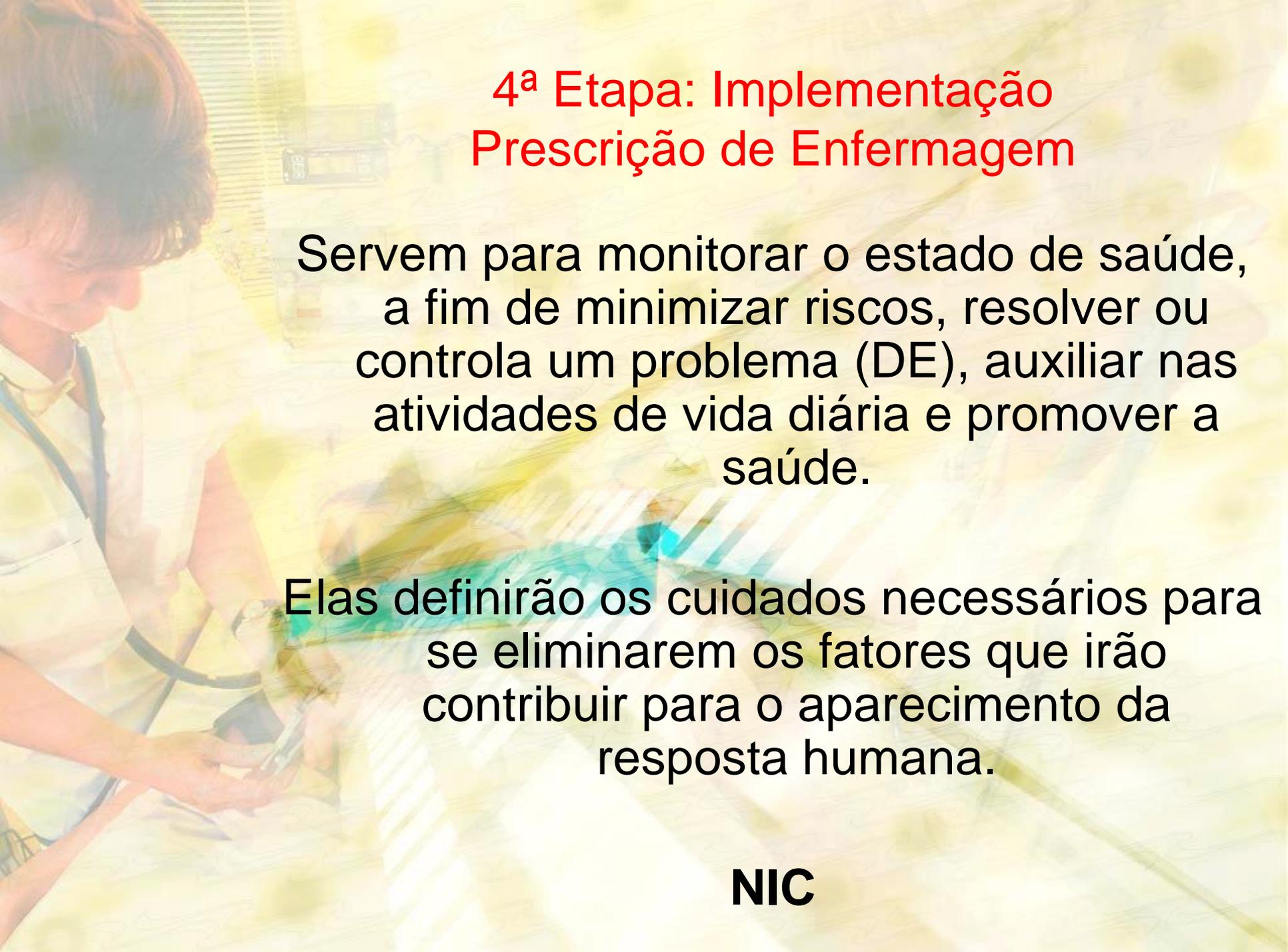


## 3ª Etapa: Planejamento (Resultados Esperados)

Utilizar:

- O cliente irá apresentar melhora do (a).....em até ..... dias/horas.

***“É importante salientar que para cada diagnóstico de enfermagem deverá haver um resultado esperado, ou seja, para cada problema detectado espera-se algo para aquele cliente.”***



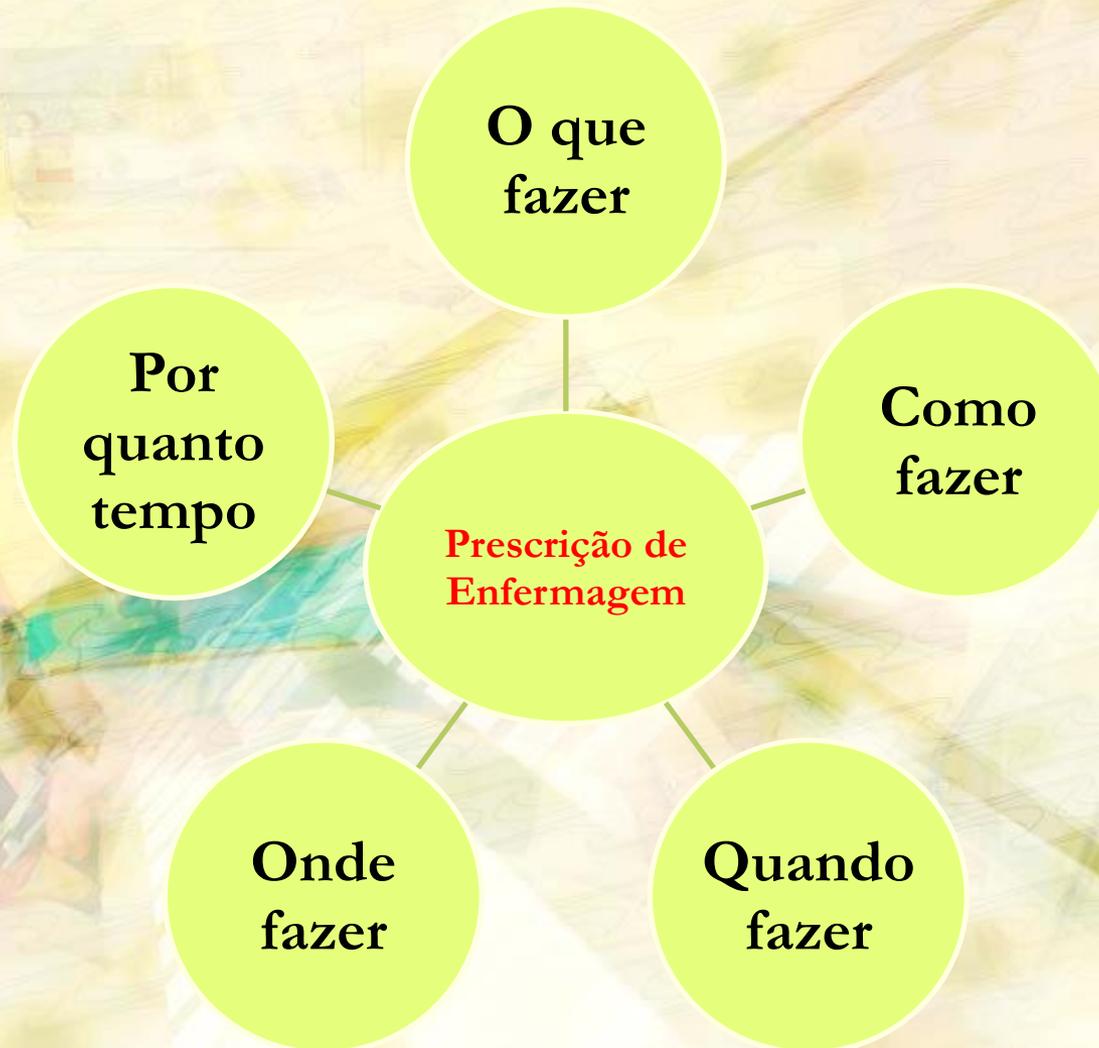
## 4ª Etapa: Implementação Prescrição de Enfermagem

Servem para monitorar o estado de saúde, a fim de minimizar riscos, resolver ou controlar um problema (DE), auxiliar nas atividades de vida diária e promover a saúde.

Elas definirão os cuidados necessários para se eliminarem os fatores que irão contribuir para o aparecimento da resposta humana.

**NIC**

# 4ª Etapa: Implementação Prescrição de Enfermagem



## 4ª Etapa: Implementação Prescrição de Enfermagem

### Exemplos:

- Aspirar vias aéreas de 3/3 h.
- Aspirar secreção do TOT, naso e orofaringe (nesta ordem) quando perceber roncos durante ausculta pulmonar. Hiperoxigenar o cliente aumentando a FiO<sub>2</sub> para 100% antes da aspiração. Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para queda de saturação (Se baixar de 92%, interromper a aspiração e retornar o cliente para a ventilação mecânica.) (Enfermeiro)

## 4ª Etapa: Implementação Prescrição de Enfermagem

### Exemplos:

- Dar banho no leito
- Dar banho no leito uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após autorização do enfermeiro). Chamar o enfermeiro sempre que evidenciar acometimentos na pele e em mucosas. Manter o cliente monitorado durante o banho. Atentar para queda da PAM (menor que 60mmHg) e da saturação de ) O<sub>2</sub> (para menos de 92%), arritmias ou piora do padrão respiratório (uso de musculatura acessória, taquidispnéia e cianose) durante o banho. Comunicar ao enfermeiro caso ocorram.  
(Técnico/Auxiliar de Enfermagem)

## 4ª Etapa: Implementação Prescrição de Enfermagem

### Exemplos:

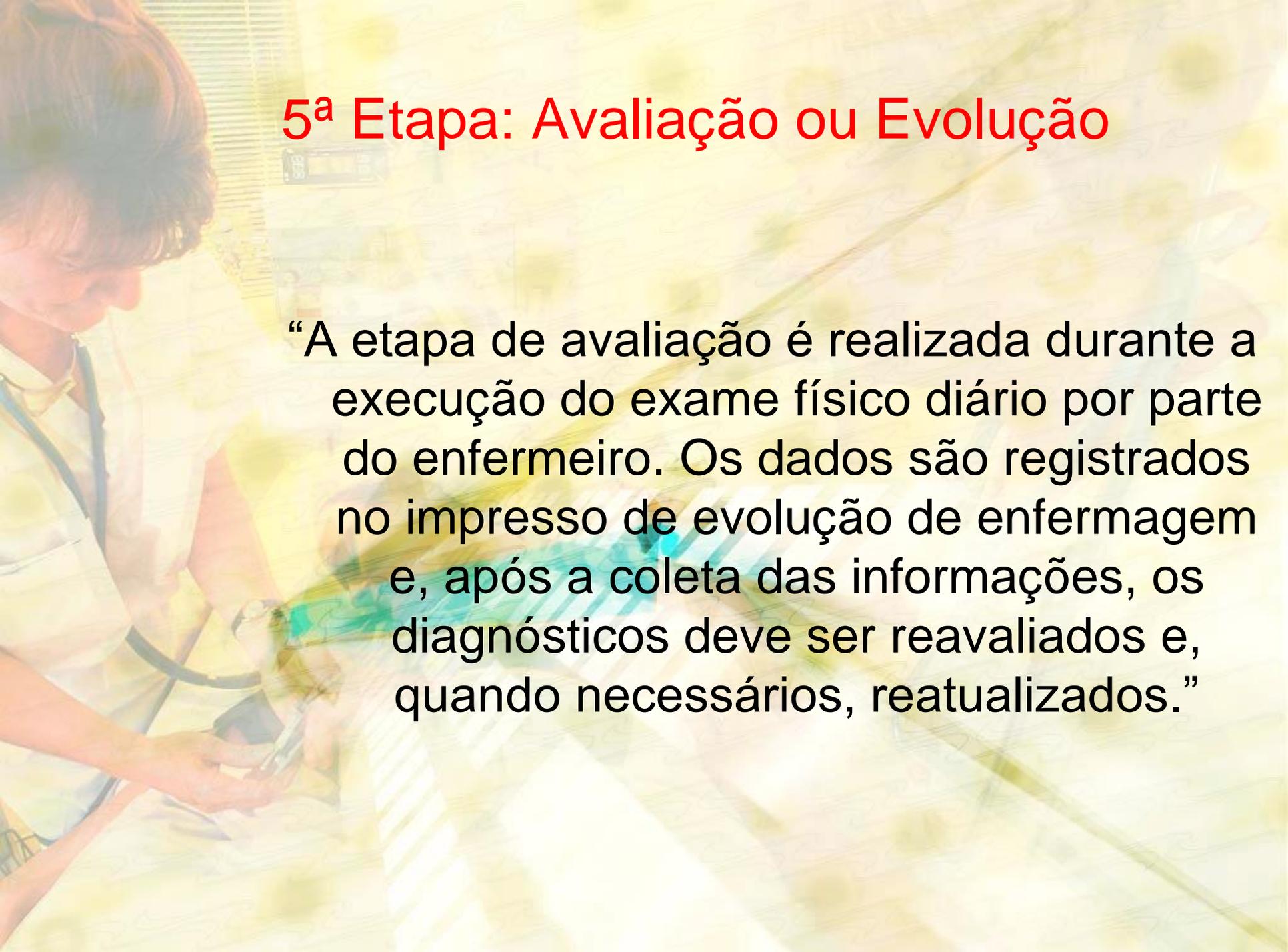
- Realizar troca de curativo 1x/dia
- Aplicar curativo de hidrocolóide – placa – 10x10, na região sacral, hoje. Datar e assinar. Proteger bordas com Micropore. Trocar curativo a cada 7 dias, ou antes, se estiver sujo, úmido ou solto. Registrar aspecto da lesão no prontuário.  
(enfermeiro)

# Exemplo: Prescrição de Enfermagem

**Diagnóstico de Enfermagem:** integridade da pele prejudicada, relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8cm) na região trocantérica D.

**Resultado esperado:** o cliente apresentará melhora no aspecto da lesão da região trocantérica D com redução da área de solapamento em até 30 dias.

Prescrição de Enfermagem	Horário
1) Realizar mudança de decúbito de 2/2 h. Não posicionar o cliente em DLD (Técnico de Enf.)	8,10,12,14,16,18,20,22,24,2,4,6
2) Instalar colchão piramidal, <b>hoje</b> (Téc. Enf)	8h
3) Fazer curativo em lesão trocantérica D com SF 0,9% morno e curativo de alginato de cálcio, ocluindo-o com gaze e Micropore hoje. Avaliar o curativo diariamente e trocá-lo em 3 dias ou antes, se estiver sujo, úmido, solto ou saturado. Realizar registro sobre o aspecto e as dimensões da lesão. (Enfermeiro)	8h 30min



## 5ª Etapa: Avaliação ou Evolução

“A etapa de avaliação é realizada durante a execução do exame físico diário por parte do enfermeiro. Os dados são registrados no impresso de evolução de enfermagem e, após a coleta das informações, os diagnósticos deve ser reavaliados e, quando necessários, reatualizados.”

# Representação esquemática das etapas do processo de enfermagem

**Avaliação**

**Anamnese  
Exame Físico**

**Analisar os dados  
Analisar diagnósticos**

**Desenvolver um  
Plano de Ação e RE**

**Prescrição de  
Enfermagem**

# Suportes para SAE

## **NANDA**

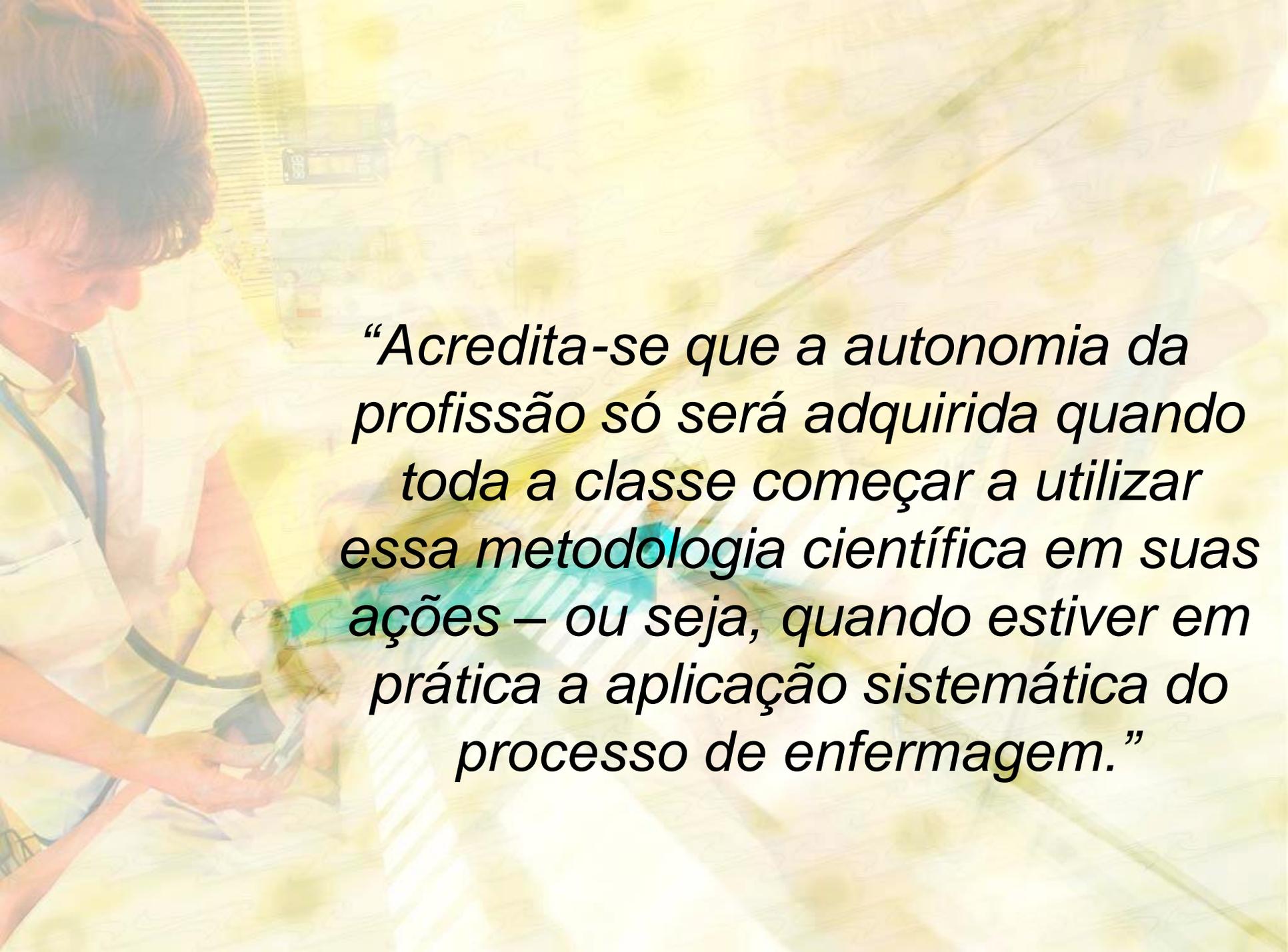
(North American  
Nursing  
Diagnosis  
Association)

## **NOC**

(Nursing  
Outcomes  
Classification)

## **NIC**

(Nursing  
Intervention  
Classification)



*“Acredita-se que a autonomia da profissão só será adquirida quando toda a classe começar a utilizar essa metodologia científica em suas ações – ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do processo de enfermagem.”*

A doctor in a white coat and stethoscope is examining a patient's arm in a hospital setting. The background is a blurred image of a hospital room with a patient lying in a bed.

**MUITO OBRIGADO!!!**

**Prof. Roberto Albuquerque**

[albuquerque.roberto@gmail.com](mailto:albuquerque.roberto@gmail.com)

[gerenciaderiscohucf@gmail.com](mailto:gerenciaderiscohucf@gmail.com)

**(38) 3224-8273**