



“Sistematização da Assistência de Enfermagem”

Prof. Roberto Albuquerque

A importância da Enfermagem na atualidade

Ano do Centenário da morte da fundadora da Enfermagem moderna – Florence Nightingale (1820-1910).



A Organização das Nações Unidas (ONU) propôs que 2010 fosse considerado o **ANO INTERNACIONAL DA ENFERMAGEM**, como reconhecimento da contribuição da Enfermagem em nível global e envolver os enfermeiros na promoção da saúde no mundo, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MINÊNIO DA ONU



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;



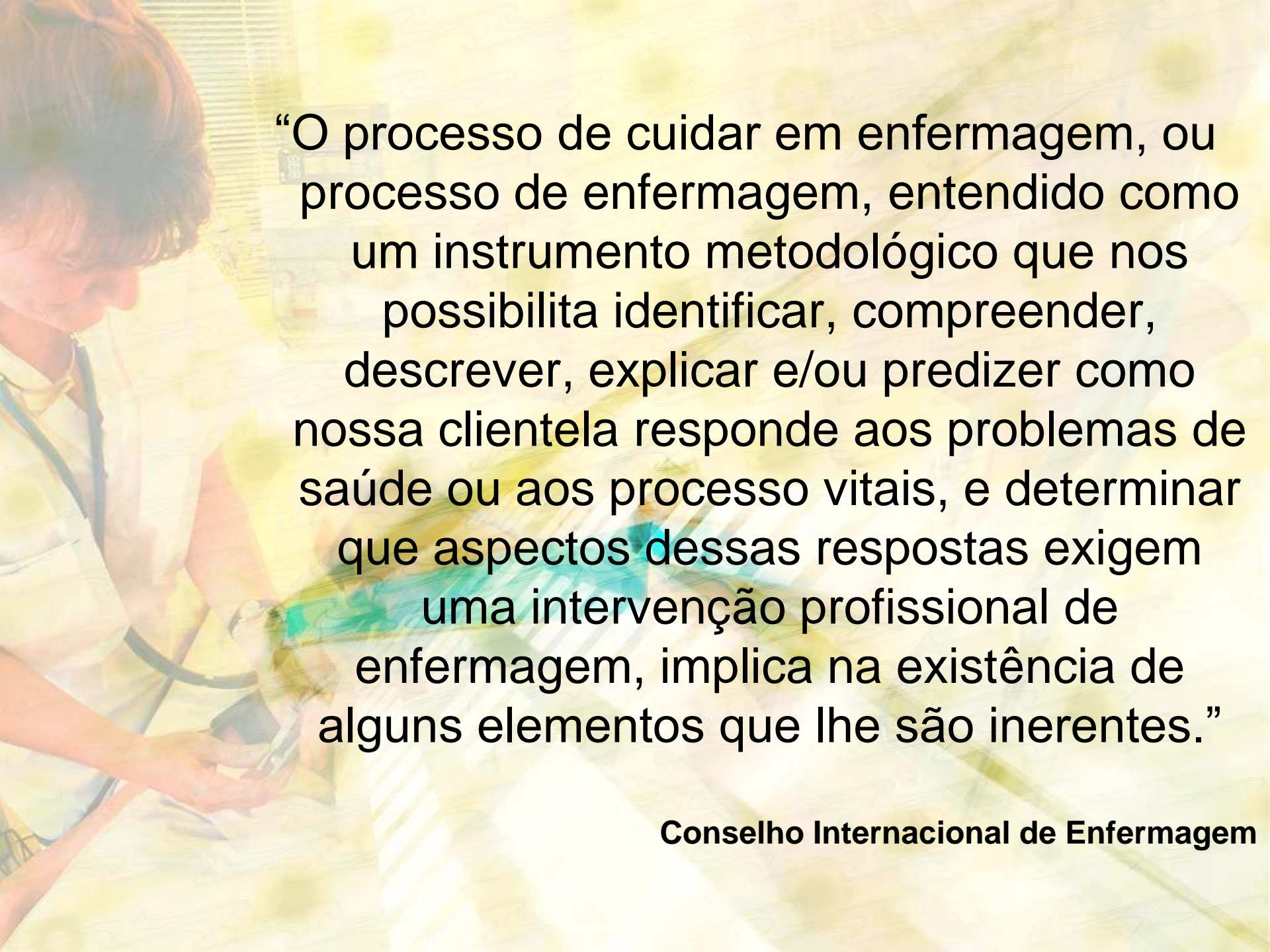
Um pouco de história - SAE

- 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.



Percepção do Conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem

Vamos para o Impresso 01



“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

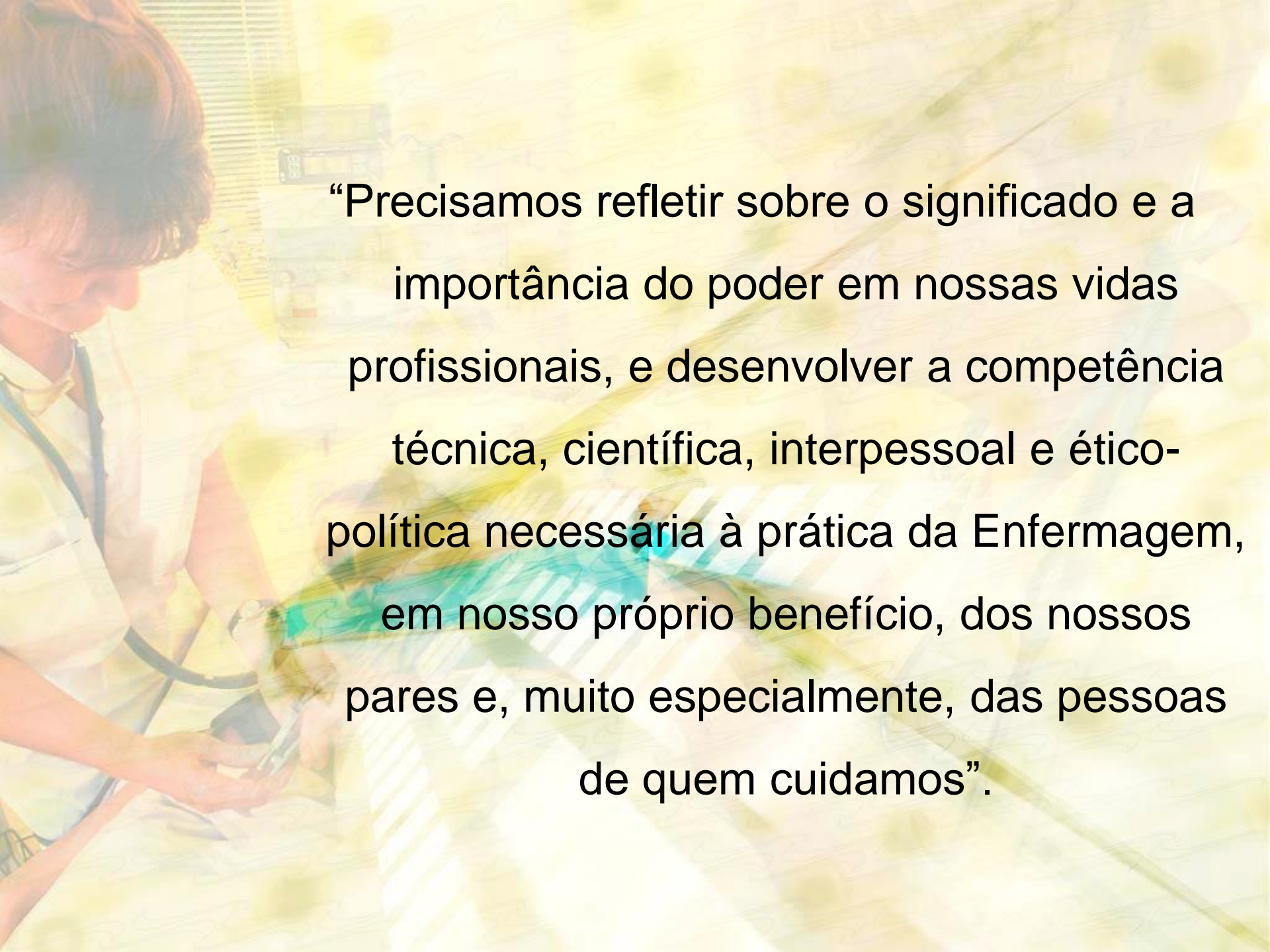
Para o paciente:

- 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;

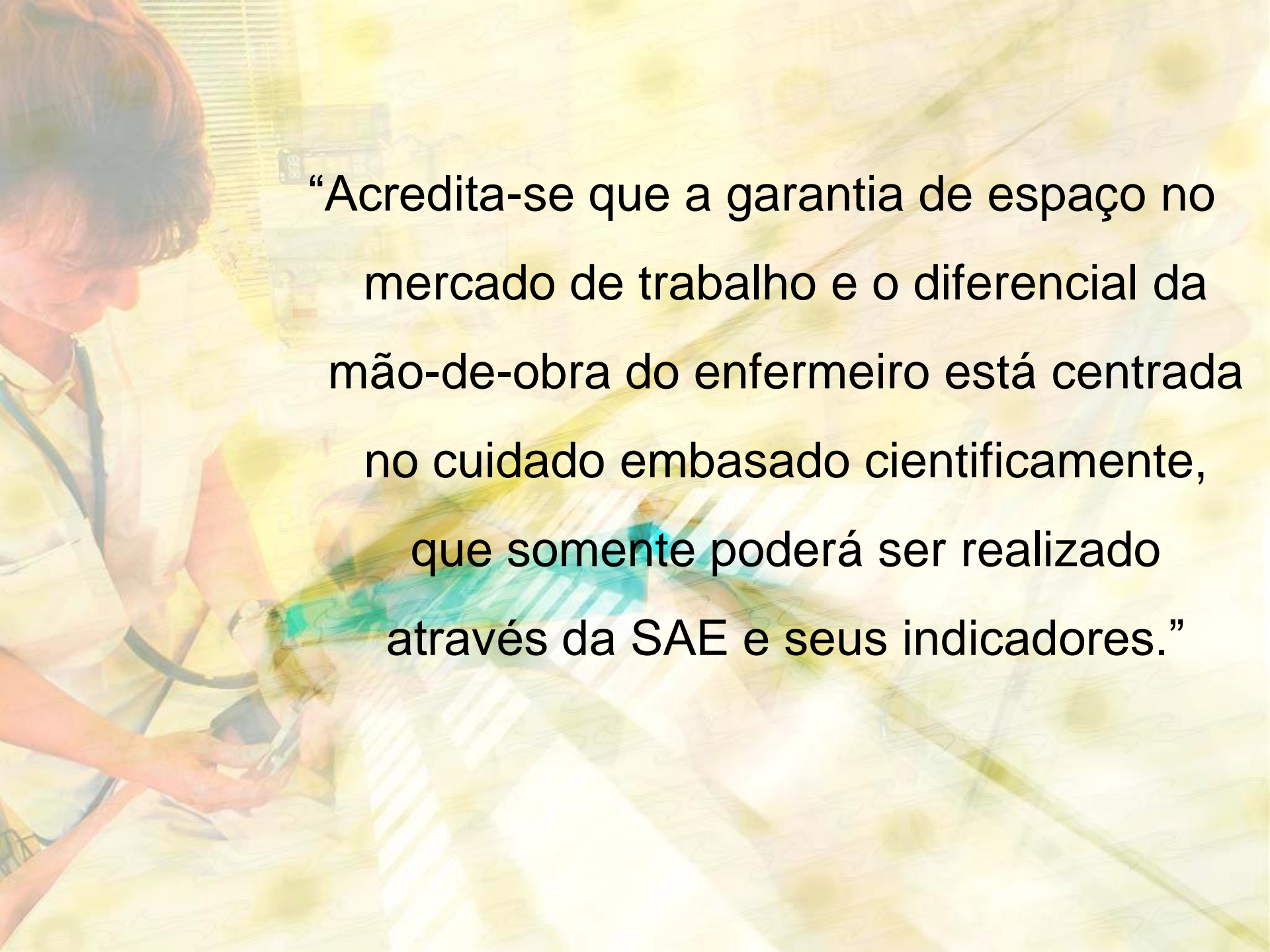
Benefícios da SAE

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.”

A healthcare professional, likely a nurse or doctor, is shown in profile, wearing a white coat and a stethoscope. They are focused on measuring a patient's blood pressure using a manual sphygmomanometer. The patient is lying in a hospital bed, and their arm is extended. The background is a brightly lit hospital room with a window and some medical equipment. The overall scene is presented with a soft, painterly, and slightly blurred aesthetic.

**Acho que está na hora de
desmistificar a SAE...**

**Vamos torná-la “entendível e mais
prática”?**



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



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

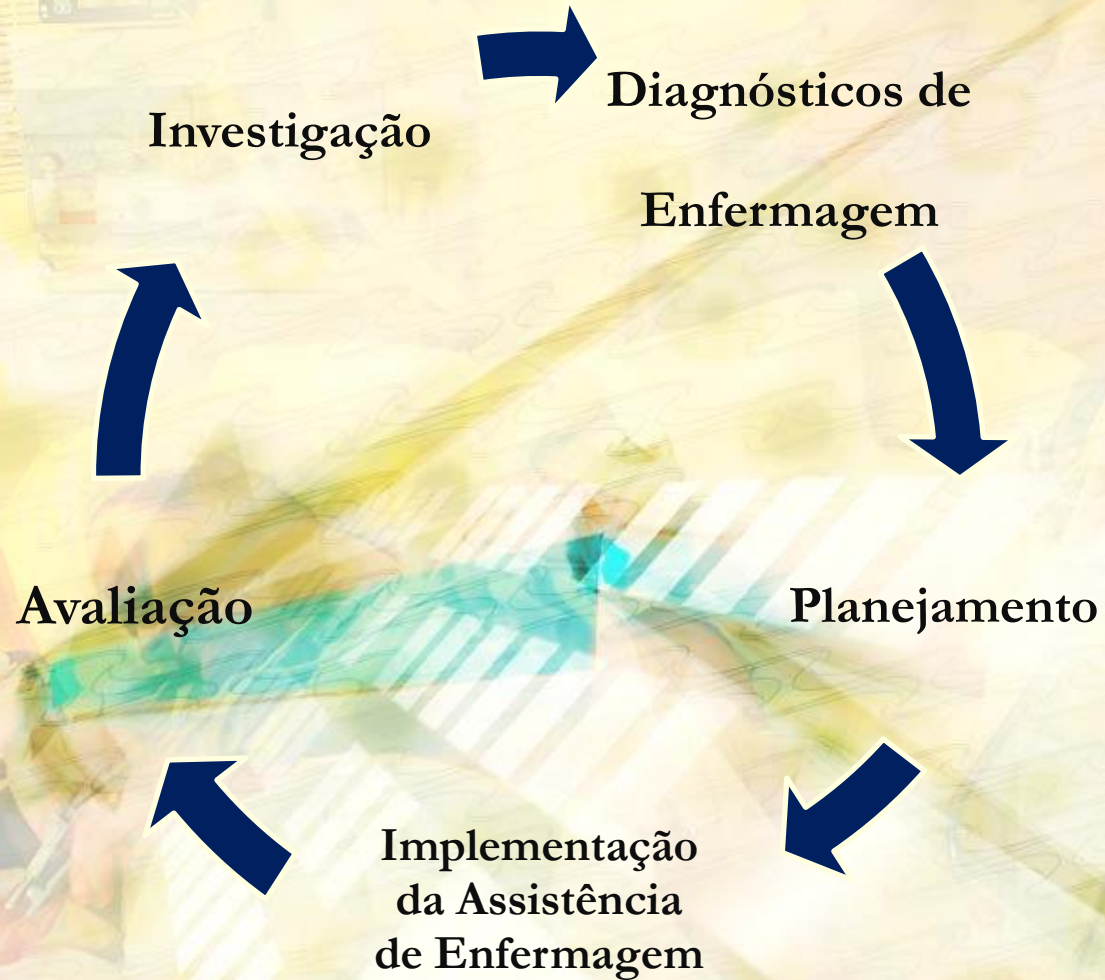
1963 – Ernestine Wiedenbach

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

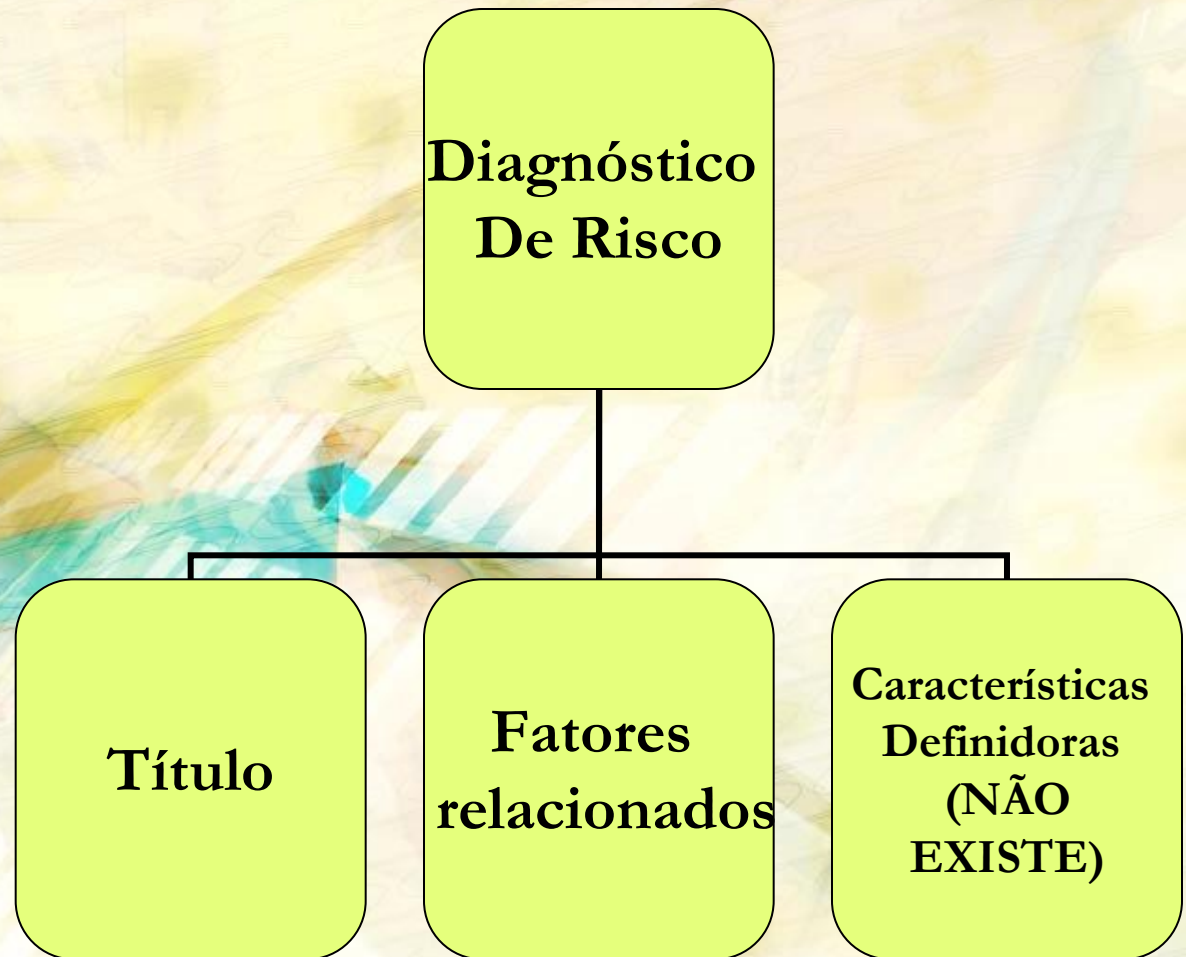
Características Definidoras

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?**

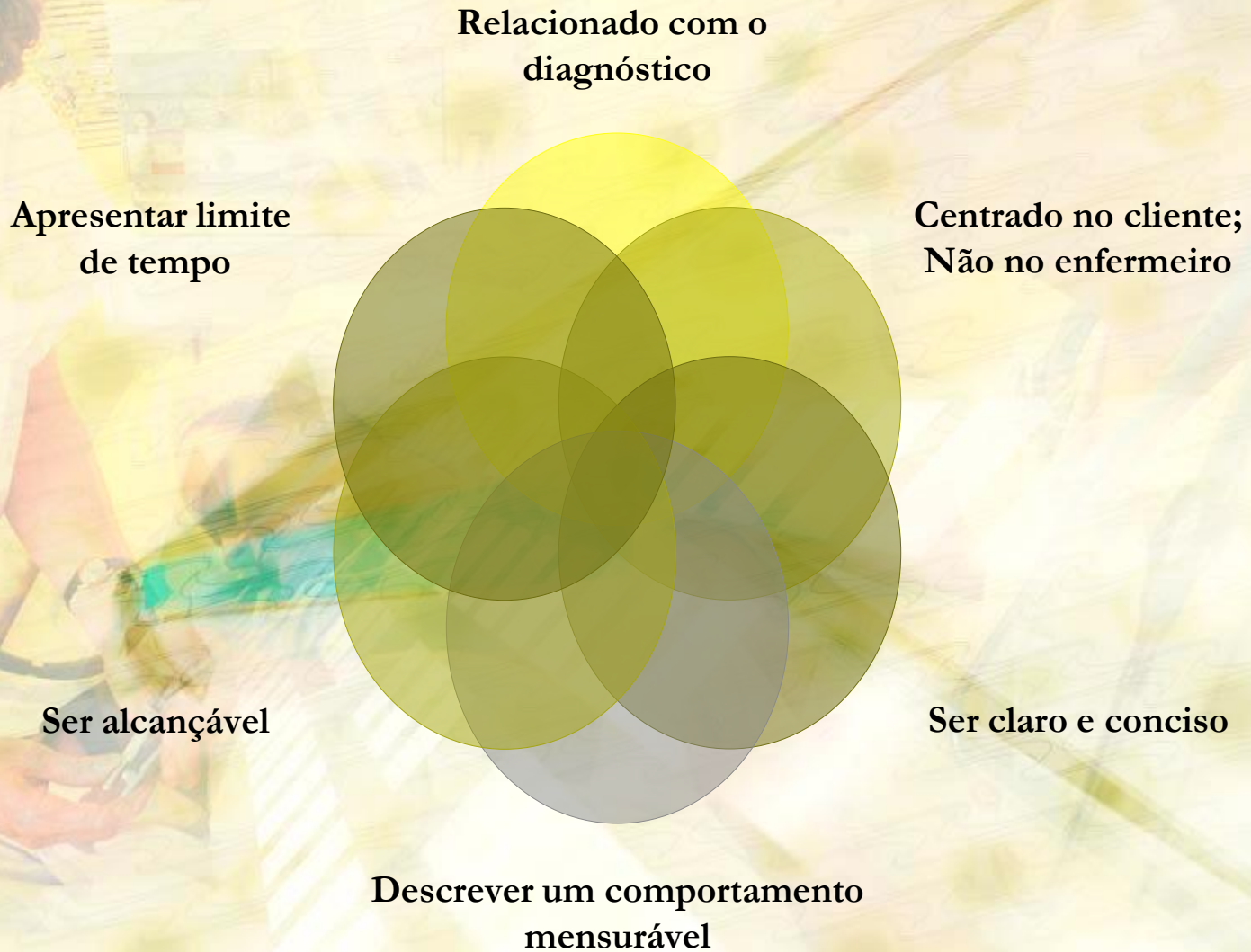
2ª Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

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.”

A photograph of a female doctor in a white lab coat and stethoscope, leaning over a patient lying in a hospital bed. She is holding a blood pressure cuff on the patient's arm. The background is a brightly lit hospital room with a window and some medical equipment. The image has a soft, slightly blurred quality.

**VAMOS PARA O NOSSO
PRIMEIRO CASO CLÍNICO?**

Diagnósticos de Enfermagem e Resultados Esperados

1. Débito cardíaco diminuído relacionado a isquemia do músculo cardíaco e pós-carga alterada evidenciado por alterações eletrocardiográficas (supra ST em D2/D3/aVF e infra em aVL/V5/V6), taquicardia, perfusão periférica diminuída, hipotensão, palidez cutânea acentuada

RE: o paciente apresentará débito cardíaco otimizado em 24 h.

Diagnósticos de Enfermagem e Resultados Esperados

2. Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz relacionada à redução do fluxo sanguíneo arterial evidenciada por precordialgia e dispnéia.

RE: O cliente terá uma melhora da perfusão cardiopulmonar em 24h.



Diagnósticos de Enfermagem e Resultados Esperados

3. Dor aguda relacionada à isquemia do músculo cardíaco evidenciada por relato verbal

RE: o cliente apresentará melhora da dor após administração de vasodilatadores e oxigenoterapia em até 1h.

Diagnósticos de Enfermagem e Resultados Esperados

4. Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga muscular respiratória e desequilíbrio na ventilação-perfusão evidenciado por dispnéia e FR de 26 irpm.

RE: o cliente apresentará melhora do padrão respiratório após posicionamento no leito, repouso e melhora da dor em até 1h.

Diagnósticos de Enfermagem e Resultados Esperados

5. Medo relacionado com a hospitalização, evidenciado por relato verbal

RE: o cliente terá seu medo minimizado após orientação e esclarecimento sobre seu estado de saúde em até 12h.



DIFÍCIL?

**MUITA CALMA NESSA HORA....
TEREMOS MAIS OPORTUNIDADES
PARA TREINAR...**



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 FiO₂ 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) O₂ (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, hoje (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



**AGORA A NOSSA SEGUNDA
TENTATIVA...**

USEM O SEU CASO CLÍNICO 2



SAE

1. Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral (secundário ao TCE) evidenciado por PIC = 25mmHg

RE: o cliente apresentará melhora da PPC em até 1h.

SAE

2. Débito cardíaco diminuído relacionado à pre e pós-carga alteradas, evidenciado por PVC = 4 mmHg, resistência vascular sistêmica diminuída (dependência de amina secundária a hipotensão), pulso filiforme, perfusão capilar periférica diminuída, oligúria.

RE: o cliente apresentará débito cardíaco otimizado em até 12h.



SAE

3. Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada à presença de roncos bilaterais esparsos, saturação de O₂ de 90%

RE: o cliente apresentará vias aéreas pérvias (ausência de roncos) após aspiração de secreção traqueal.

SAE

4. Troca de gases prejudicada relacionada a desequilíbrio da ventilação/perfusão evidenciada por $FiO_2 = 50\%$; saturação de O_2 de 90%.

RE: o cliente apresentará troca de gases dentro da normalidade em até 48h.

SAE

5. Perfusão renal e periférica ineficaz relacionada à diminuição da velocidade do fluxo sanguíneo secundária à vasodilatação evidenciada por oligúria, urina concentrada, pulso filiforme, perfusão capilar diminuída, cianose de extremidades.

RE: o cliente apresentará melhora da perfusão renal e periférica em 24h.



SAE

6. Risco de integridade da pele prejudicada relacionado ao estado comatoso, presença de fixação de procedimento invasivo e uso de fármacos vasoativos.

RE: o cliente não apresentará integridade da pele comprometida durante sua internação na UTI.

SAE

7. Déficit no autocuidado para banho/higiene, relacionado à sedação instituída, ao procedimento cirúrgico e à intubação traqueal, evidenciado pela presença de PVPI no couro cabeludo e de sangue na cavidade oral.

RE: o cliente apresentará uma higienização corporal e bucal adequada após a realização dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em até 12h



SAE

8. Risco de infecção, relacionados à presença de TOT, SVD e catéteres (PIA, DVE, AVP e AVC).

RE: o cliente terá o risco de infecção associado aos procedimentos invasivos reduzido durante a manutenção dos procedimentos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Aferir PA, FC, FR, Tax., PVC, PIC e PPC de 1/1 h, anotar valores e comunicar ao enfermeiro alterações nos padrões de normalidade . (PAM menor que 120 mmHg, FC menor que 50 bpm e maior que 100 bpm, FR maior que 12 irpm, Tax. Menor que 36 e maior que 38,3°, PVC maior que 12 mmHg, PIC maior que 20 mmHg e PPC menor que 70mmHg).
(Téc. Enf)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

2. Colocar o cliente em posição Fowler com cabeceira elevada a 45° , mantendo ponto zero da bolsa coletora de DVE 20 cm acima do meato auditivo. (Téc. Enf.)
3. Posicionar o transdutor de pressão da PIC na altura do meato auditivo externo do cliente. (Téc. Enf.)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

4. Abrir DVE se a PIC estiver acima de 20mmHg por no máximo 10seg. Fechar a válvula de drenagem, avaliar o valor da PIC e repetir o procedimento caso a PIC se mantenha com valor acima de 20 mmHg. Anotar o aspecto da drenagem. (Enfermeiro)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

5. Realizar e monitorar balanço hídrico de 12/12h. Não somar drenagem da DVE ao BH, mas registrar o valor obtido. (Téc. Enf)
6. Monitorar a saturação de O₂ com oximetria, anotar valores de 1/1h e comunicar ao enfermeiro valores reais abaixo de 92%. (Téc. Enf)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

7. Aspirar secreção do TOT, da naso e da orofaringe (nesta ordem) quando auscultar roncos. Atentar para valor da PIC antes e depois de iniciar a aspiração. Solicitar avaliação do enfermeiro quanto à liberação para aspiração quando a PIC esteja acima de 20mmHg. Hiperoxigenar o cliente com FiO₂ de 100% antes de iniciar a aspiração. Anotar o aspecto e a quantidade da secreção a cada aspiração. (Enf.)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

8. Anotar o volume urinário e o aspecto da diurese de 1/1 h e comunicar ao enfermeiro valores reais abaixo de 50ml/h e acima de 200ml/h. (Téc. Enf.)
9. Promover alívio das proeminências ósseas alterando o uso dos coxins nas regiões occipital, trocantérica, escapular e nos calcâneos de 3/3h. (Téc. Enf.)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM



10. Aplicar filme transparente nas regiões trocântéricas e sacral, hoje pela manhã. Trocá-lo a cada 7 dias ou antes, se estiverem sujos, úmidos ou soltos. (enfermeiro)

11. Hidratar a pele do cliente duas vezes ao dia e sempre que a pele estiver ressecada. (Téc. Enf.)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

12. Avaliar a perfusão capilar periférica de 6/6h. Registrar os dados e comunicar a piora da perfusão ao enfermeiro (tempo de enchimento capilar acima de 3 seg.). Atentar para a perfusão e a coloração do MSE devido à presença de PIA. (Téc. Enf.)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

13. Dar banho no leito uma vez ao dia e sempre que detectar sujidades no corpo (após liberação do enfermeiro). Manter o cliente monitorado durante o banho. Atentar para os valores de PIC e PAM durante o procedimento. Interromper o banho e chamar imediatamente o enfermeiro se a PIC se elevar acima de 20 mmHg. Ao baixar a cabeceira para trocar os lençóis, reposicionar os transdutores de pressão (PIC=nível do meato auditivo externo e PIA = nível do quarto espaço intercostal na linha medioaxilar). Chamar o enfermeiro para avaliar acometimento na pele e nas mucosas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

14. Realizar higienização da cavidade oral do cliente de 8/8h e sempre que detectar sujidades na cavidade oral e halitose. Usar creme dental diluído e anti-séptico bucal. Anotar as características da área higienizada. (Téc. Enf.)
15. Trocar curativo do acesso venoso central após o banho. Lavar a área com SF a 0,9%, secar com gaze e aplicar filme transparente. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos (dor, calor, hiperemia, edema e disfunção). Anotar a característica da área. Datar o curativo. Trocar o curativo a cada 7 dias ou antes, caso esteja sujo, úmido ou solto (enfermeiro).

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

16. Trocar curativo da área de inserção do cateter de PIC a cada 24h ou antes, se estiver sujo, úmido ou solto. Lavar a área com SF a 0,9%, secar com gaze e fazer curativo oclusivo com gaze e Micropore. Atentar para sinais flogísticos. Anotar as características da área. Datar o curativo (enfermeiro).
17. Trocar o curativo do acesso venoso periférico e PIA diariamente. Utilizar álcool a 70% e ocluir com Micropore o local da punção. Atentar para o aparecimento de sinais flogísticos; Anotar as características da área de inserção do cateter. (enfermeiro)



A SISTEMATIZAÇÃO TEM SE MOSTRADO INTERESSANTE?

MAS AINDA NÃO ACABOU...

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

```
graph TD; A[Avaliação] --- B[Anamnese  
Exame Físico]; A --- C[Analisar os dados  
Analisar diagnósticos]; A --- D[Desenvolver um  
Plano de Ação e RE]; A --- E[Prescrição de  
Enfermagem];
```

The diagram illustrates the nursing process as a hierarchical flowchart. At the top is a light green rounded rectangle labeled 'Avaliação'. A vertical line descends from this box to a horizontal line. From this horizontal line, four vertical lines lead down to four separate light green rounded rectangles, each containing a step of the process: 'Anamnese Exame Físico', 'Analisar os dados Analisar diagnósticos', 'Desenvolver um Plano de Ação e RE', and 'Prescrição de Enfermagem'.

**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)



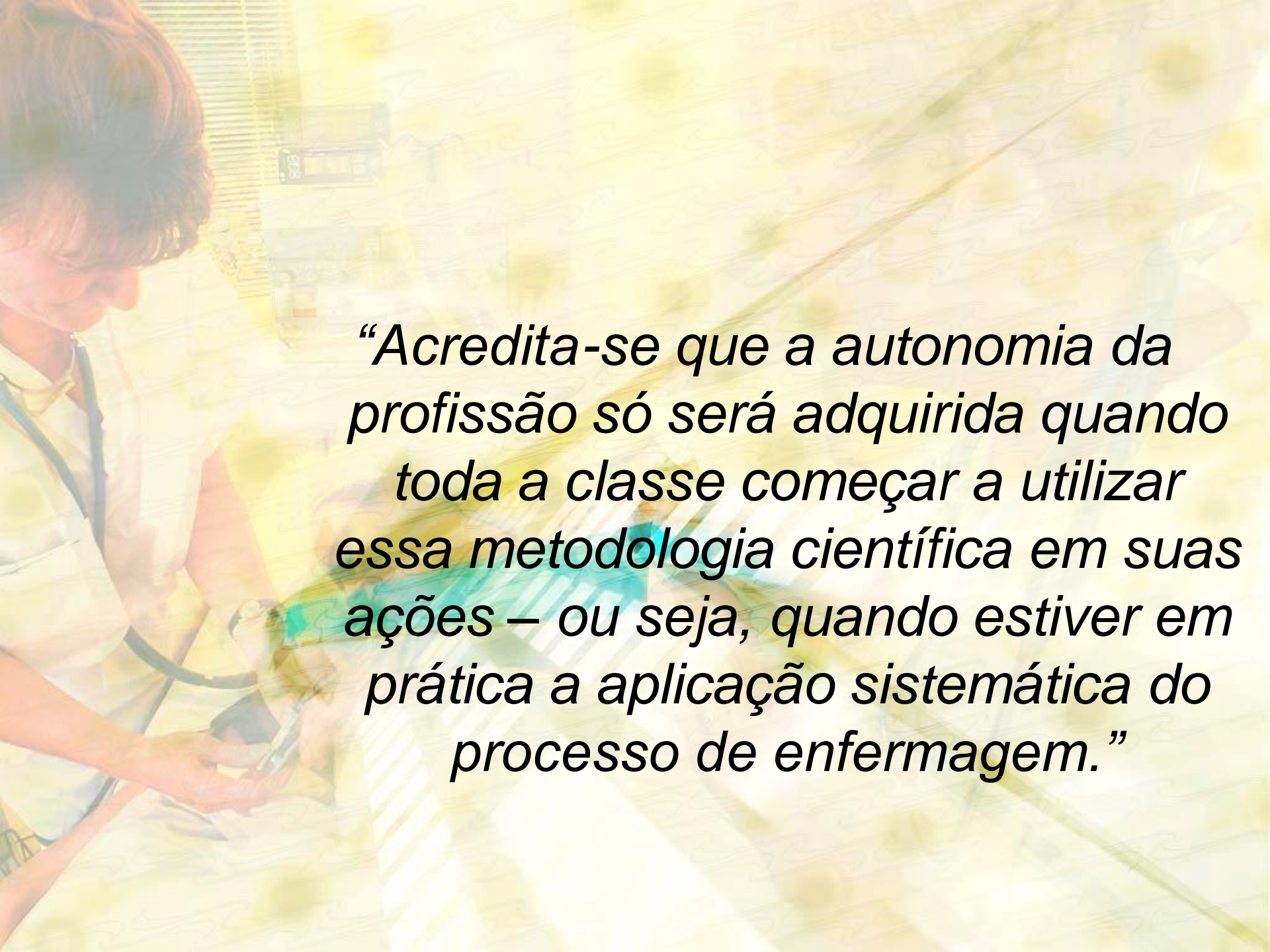
E para a realidade de um Pronto Socorro? Como realizar todos esses passos? A SAE no Pronto Socorro seria uma UTOPIA?

Diagnóstico	Frequência	%
1) Risco de infecção	50	100%
2) Perfusão tissular ineficaz cardiopulmonar	24	48%
3) Volume de líquidos deficiente	16	32%
4) Ansiedade	15	30%
5) Dor aguda	13	26%
6) Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral	13	26%
7) Confusão aguda	12	24%
8) Integridade da pele prejudicada	12	24%
9) Padrão respiratório ineficaz	11	22%
10) Débito cardíaco diminuído	10	20%
11) Risco de aspiração	7	14%
12) Ventilação espontânea prejudicada	5	10%
13) Hipertermia	4	8%
14) Volume excessivo de líquidos	4	8%
15) Perfusão tissular ineficaz tipo gastrintestinal	2	4%
16) Perfusão tissular ineficaz tipo renal	2	4%
17) Automutilação	1	2%
18) Baixa auto-estima crônica	1	2%
19) Medo	1	2%
20) Retenção urinária	1	2%



**VAMOS TREINAR MAIS UMA VEZ A
SAE, MAS AGORA SÓ COM
DIAGNÓSTICOS DE RISCO?**

*Voltem ao seu caso clínico 1 e os diagnósticos da
NANDA*



“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

gerenciaderiscohucf@gmail.com

(38) 3224-8273