

Guia

**Sobre Sistematização da
Assistência de Enfermagem
e Processo de Enfermagem**



CUIDARTECH

Ficha Técnica

Autores

Ms. Susana Lamara Pedras Almeida

Prof^a. Dr^a. Cândida Caniçali Primo

Prof^a. Dr^a. Márcia Valéria de Souza Almeida

Prof^a. Dr^a. Amália de Fátima Lucena

Prof^a. Dr^a. Eliane de Fátima Almeida Lima

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão

Prof^a. Dr^a. Paula de Souza Silva Freitas

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A447g Almeida, Susana Lamara Pedras - 1979
Guia sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e
Processo de Enfermagem / Cândida Caniçali Primo, Márcia
Valéria de Souza Almeida, Amália de Fátima Lucena, Paula de
Souza Silva Freitas, Eliane de Fátima Almeida Lima, Marcos
Antônio Gomes Brandão ; Ilustradora, Susana Lamara Pedras
Almeida. - Dados eletrônicos. - Vitória : ed. do Autor, 2021.
45 p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 312243298

Modo de acesso: <https://enfermagem.vitoria.ufes.br/pt-br/producao-tecnica-1>

1. Processo de Enfermagem. 2. Teoria de Enfermagem.
3. Legislação de Enfermagem. 4. Diagnóstico de Enfermagem.
5. Terminologia Padronizada em Enfermagem. 6. Educação em
Enfermagem. I. Caniçali Primo, Cândida, 1975-. II. Souza
Almeida, Márcia Valéria de, 1969-. III. Fátima Lucena, Amália de,
1963-. IV. Souza Silva Freitas, Paula de, 1981-. V. Fátima
Almeida Lima, Eliane de, 1966-. VI. Gomes Brandão, Marcos
Antônio, 1969-.

CDU: 616-083

Elaborado por Rafael Lima de Carvalho – CRB-6 MG-002926/O

Apresentação

Prezada(o) Enfermeira(o),

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) são temáticas presentes no cotidiano de trabalho e evidenciam a assistência de qualidade, eficiente, eficaz e segura às pessoas beneficiadas pelo cuidado técnico-científico desenvolvido.

A força motriz para o desenvolvimento deste produto, no Mestrado Profissional de Enfermagem, foi contribuir para a execução e implantação do PE nos diversos cenários da prática da enfermagem, possibilitando acesso rápido, simples, direto e qualificado a essas ferramentas de forma mais completa.

Este Guia foi organizado em três partes, que tratam da definição dos conceitos de SAE e PE, operacionalização e estratégias para a implantação do PE. Com certeza, este é um tema amplo, o qual não se pretende esgotar neste Guia, mas possibilitar acesso a conhecimentos fundamentais, que auxiliarão no exercício profissional com mais segurança e legitimidade.

Boa leitura!

Sumário

Parte 1 - Definindo Conceitos

1.0 Sistematização da Assistência de Enfermagem x Processo de Enfermagem

2.0 Sistematização da Assistência de Enfermagem

2.1 Método de Trabalho

2.2 Dimensionamento e desenvolvimento de pessoal

2.3 Organizando os instrumentos

Parte 2 - O Processo de Enfermagem

3.0 Processo de Enfermagem

3.1 Etapas do Processo de Enfermagem

3.2 Consulta de Enfermagem

3.3 Conceitos e teorias: definindo um suporte teórico

3.3.1 Qual teoria escolher?

3.4 Registros do PE

3.5 Classificações de Enfermagem – uso de uma linguagem padronizada

3.5.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®

3.5.2 NANDA-I

3.5.3 Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC

3.5.4 Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC

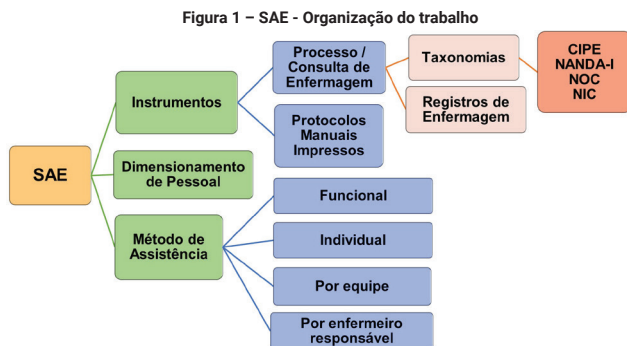
3.5.5 Uso das terminologias padronizadas nos registros de enfermagem

Parte 3 – Estratégias para a implantação do Processo de Enfermagem

Definindo Conceitos

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem x Processo de Enfermagem

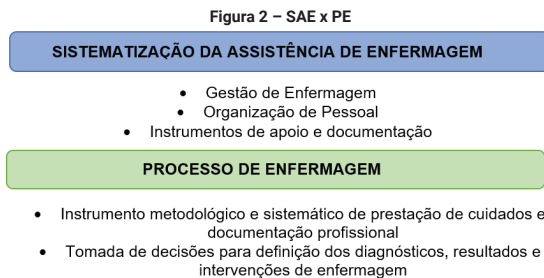
A Resolução Cofen n.º 358/2009 considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).



Fonte: Adaptada pela autora (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; 2009; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – BAHIA, 2016).

A SAE é uma forma de organização do trabalho da enfermagem, que contempla a definição da natureza e do tipo do trabalho a ser realizado. Essa sistematização ocorre desde a delimitação da base teórico-filosófica, dos aspectos quantitativo e qualitativo do profissional requerido, das técnicas, dos procedimentos e dos métodos, até o provimento de recursos materiais para a produção do cuidado (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Já o PE, é definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, um método científico utilizado para orientar e qualificar a assistência de enfermagem e é realizado em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (POKORSKI et al., 2009; COFEN 2009).



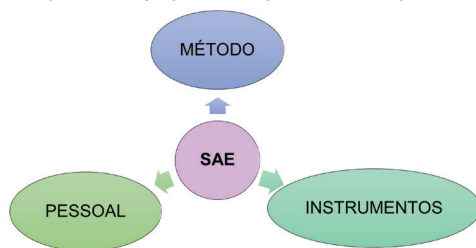
Fonte: Elaborada pela autora com base nas seguintes fontes de referência (SANTANA, 2020; FULY; LEITE; LIMA, 2008; BARROS et al., 2015).

O PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Por meio do uso dessa ferramenta, o cuidado deixa de ser empírico e passa a ser baseado em evidências, graças ao raciocínio clínico e à tomada de decisões para definição dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, viabilizando a organização e direção do cuidado de enfermagem, e contribuindo para o pensamento crítico do enfermeiro no processo de tomada de decisões, previsão e avaliação dos resultados (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017; BARROS et al., 2015; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – BAHIA, 2016).

2. Sistematização da Assistência de Enfermagem

A implementação da SAE organiza o trabalho profissional, oferecendo possibilidades para o desenvolvimento do PE. Dentre várias formas possíveis de organização para a prática da assistência, a legislação pátria traz os aspectos quantitativo e qualitativo concernentes ao pessoal de enfermagem, os instrumentos que irão guiar e documentar a coleta de dados, a tomada de decisões nos diagnósticos e intervenções, e a realização de procedimentos (protocolos) (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

Figura 3 – SAE - Organiza a atuação profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos



Fonte: Elaborada pela autora com base na seguinte fonte de referência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; 2009).

2.1 Métodos de trabalho

Para produzir o trabalho da enfermagem, são considerados aspectos referentes ao método, pois o objeto e o produto do cuidado dessa área é vivo e dinâmico. Assim, a SAE, enquanto ferramenta organizativa da prestação de cuidados pela enfermagem, proporciona ação inteligente, planejada e controlada (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Os métodos de prestação de cuidados pelo enfermeiro podem ser classificados em funcional, individual, por equipe e profissional responsável.

No método funcional, a organização do trabalho é dividida em componentes, nas quais cada trabalhador executa uma tarefa sequencial relacionada à sua respectiva competência. A visualização do processo ocorre sob a forma de “linha de montagem”, em que vários profissionais agem para transformar um objeto em produto. O cuidado de enfermagem individual – também chamado de integral – possui como pressuposto a realização do

atendimento por um único profissional. Nesse tipo de trabalho, a interação entre indivíduo e enfermeiro é maior, resultando em uma dedicação mais individualizada e qualificada.

As atividades auxiliares são executadas por um conjunto de profissionais – sob a liderança de um enfermeiro –, que planeja e discute a assistência a ser executada. A construção coletiva das estratégias de cuidado agrega diferentes conhecimentos que podem beneficiar os pacientes. Finalmente, o método de atendimento pelo enfermeiro responsável – também conhecido como Primary Nursing – está baseado na atenção individualizada, mediante a qual o profissional está ligado a um cliente, e as decisões tomadas dependem do planejamento estabelecido entre ambos. Portanto, personalização, descentralização das decisões e competência são características desse sistema (COSTA, 2016).

2.2 Dimensionamento e desenvolvimento de pessoal

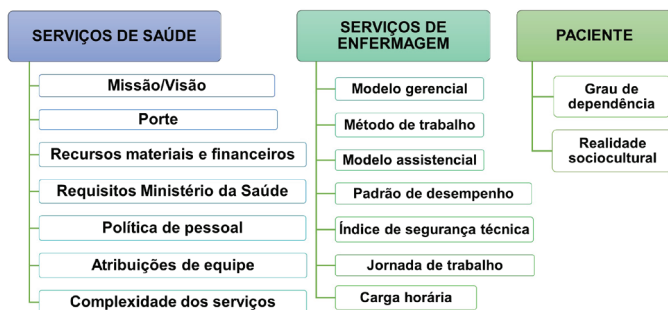
O dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma atividade gerencial do enfermeiro, cuja finalidade é a previsão do quantitativo de profissionais necessários para organizar e atender às demandas de assistência. É uma ação que visa à segurança do paciente e considera a administração de recursos financeiros e humanos (SILVA et al., 2016).

A dimensão qualitativa do dimensionamento exige a previsão da quantidade, ajustada proporcionalmente à categoria profissional (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), necessária para a realização do cuidado (GIRARDI et al., 2018).

A elevada carga de tarefas do grupo de enfermeiros apresenta relação direta com a qualidade do atendimento, contribuindo, assim, para aumento do risco de morte, elevação nos índices de eventos adversos – tais como lesões por pressão, quedas, erros na administração de medicamentos, infecções hospitalares e tempo de permanência na internação (VASCONCELOS et al., 2017).

O dimensionamento de pessoal exige uma ação reflexiva e crítica do enfermeiro, além da observação de importantes variáveis descritas no artigo 2º da Resolução Cofen nº 543/2017 (SILVA et al., 2016; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Figura 4 – Variáveis do dimensionamento de pessoal de enfermagem

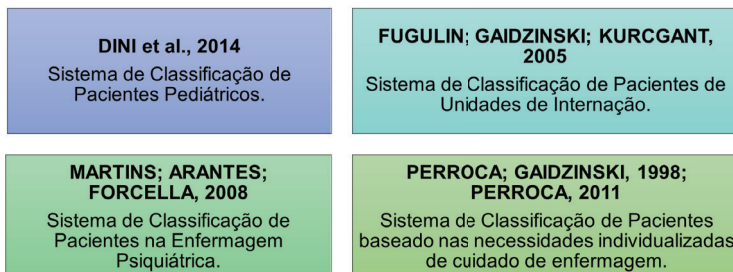


Fonte: Elaborada pela autora com base na seguinte fonte de referência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Com a utilização do Sistema de Classificação do Paciente (SCP), define-se o grau de dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem, e programar o tempo despendido no cuidado direto e indireto, assim como o qualitativo de pessoal para atender às suas necessidades (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

No Anexo I da Resolução Cofen nº 543/2017 são apresentados alguns conceitos e metodologia de cálculo de pessoal, inclusive sugerindo o uso de alguns instrumentos de Classificação de Pacientes:

Figura 5 – Instrumentos de Classificação de Pacientes



Fonte: Elaborada pela autora com base nas seguintes fontes de referência (DINI et al., 2014; FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008; PERROCA; GAIDZINSKI, 1998).

O Anexo II da Resolução Cofen n.º 543/2017 traz os parâmetros para dimensionar os profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, fundamentado no método Workload Indicators of Staffing Need (WISN) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Além do texto da Resolução Cofen n.º 543/2007 e seus anexos, utilizam-se publicações dos Conselhos Regionais de Enfermagem e do Conselho Federal de Enfermagem, que buscam direcionar e facilitar o trabalho das equipes envolvidas.

O Cofen disponibiliza um Manual Prático de Dimensionamento de Pessoal, elaborado com o objetivo de colaborar na aplicação dos métodos de indicação de dimensão, estabelecidos na Resolução Cofen n.º 543/2017, além de um software que contribui com a realização do cálculo de tais parâmetros.

Os Corens dos estados de Goiás, Espírito Santo, Maranhão e São Paulo também disponibilizam ferramentas para guiar o dimensionamento de pessoal. O cálculo relativo à dimensão de profissionais capacitados para o atendimento ao paciente deve,

obrigatoriamente, ser embasado na Resolução Cofen n.º 543/2017, que atualiza e estabelece critérios inerentes ao ato de dimensionar o quadro de prestadores de serviços em que são realizadas atividades de enfermagem.

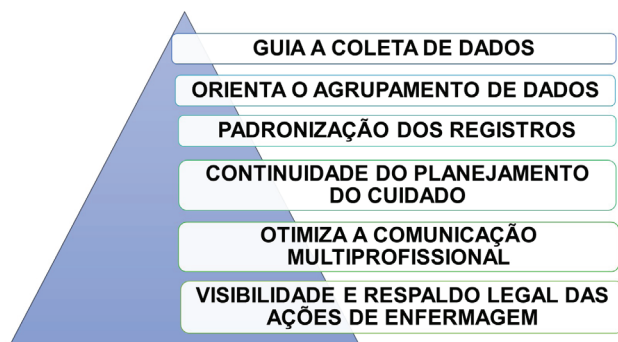
2.3 Organizando os instrumentos

A SAE viabiliza a operacionalização do PE de modo sistematizado e individualizado. Uma forma prática e eficiente de tornar tal método de trabalho possível é mediante a criação de instrumentos de coleta de dados, elaborados com base nos princípios estabelecidos pelo processo de enfermagem. Dessa forma, busca-se facilitar a extração e a análise do material obtido, proporcionando melhor planejamento das ações e resultados (ARAÚJO et al., 2015).

A indisponibilidade de protocolos, roteiros ou instrumentos são entraves no cotidiano do profissional de Enfermagem. O uso dessas ferramentas auxilia a assistência por meio dos planos de cuidados, dos protocolos, da padronização de procedimentos e do processo relativo àquela atividade (NASCIMENTO et al., 2019).

Os instrumentos devem guiar o processo de recolhimento de informações específicas e relevantes em relação ao paciente – de maneira holística –, considerando as esferas biológica, social, psicológica e espiritual da pessoa, conforme a teoria de enfermagem utilizada (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Figura 6 – Vantagens da utilização de instrumentos de registro de enfermagem



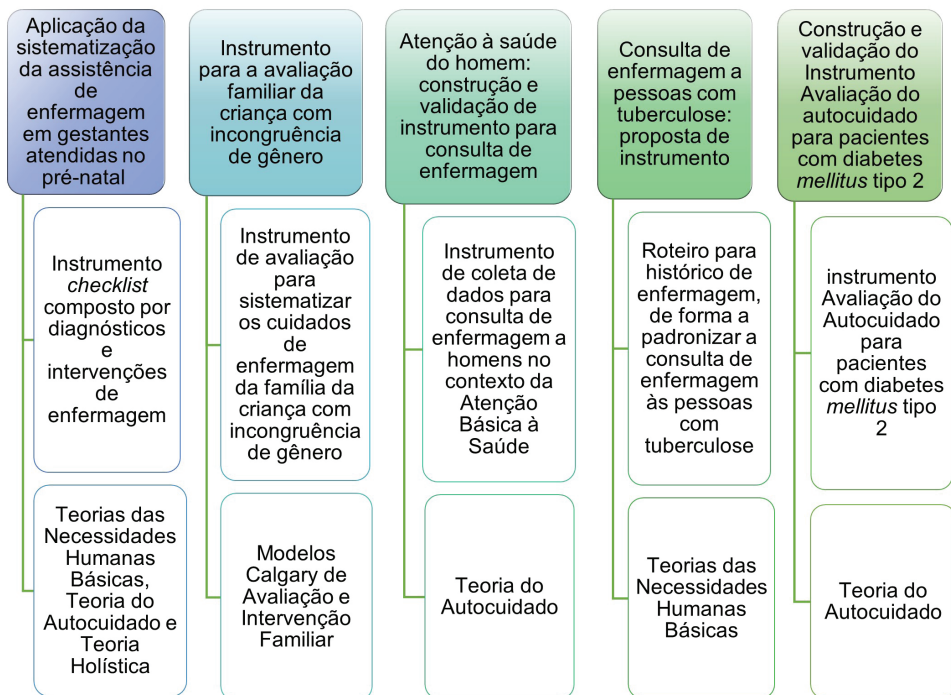
Fonte: Elaborada pela autora com base nas seguintes fontes de referência (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A utilização de instrumentos para registro possibilita qualificar a informação, favorecendo a identificação das necessidades humanas afetadas a partir de um processo que possibilita o raciocínio clínico dos diagnósticos e embasa o plano de cuidados a ser implementado (SANTOS et al., 2010).

Os instrumentos, quando orientados por um suporte teórico, auxiliam os enfermeiros na obtenção de evidências clínicas sobre o estado de saúde do indivíduo, e

devem alcançar outras dimensões da vida humana, que vão além do biológico (BARROS; LEMOS, 2016).

Figura 7 – Exemplos de instrumentos de enfermagem



Fonte: Elaborada pela autora com base nas seguintes fontes de referência (BORBA et al., 2019; LOPES; TOLEDO, 2020; SANTOS et al., 2010; VALE; FREIRE; PEREIRA, 2020; MENDONÇA et al., 2017).

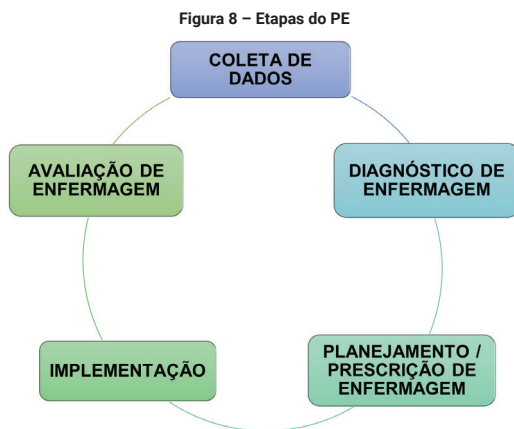
O PROCESSO DE ENFERMAGEM

3. Processo de Enfermagem

Para atuar eficientemente, a enfermagem desenvolveu sua metodologia de trabalho fundamentada no método científico. Esse sistema de atuação é denominado PE (HORTA, 2018, p.32).

A Resolução Cofen nº 358/2009 considera o PE um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, e deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorre (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A adoção do PE – como determinado método ou modo de fazer da enfermagem – indica um trabalho profissional específico, fundamentado no conhecimento técnico-científico da área, e requer uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização. Ele se concretiza por intermédio da dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam à assistência ao ser humano, realizando-se por meio de cinco etapas interligadas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e evolução de enfermagem (HORTA, 2018, p.34).



Fonte: Elaborada pela autora com base na seguinte fonte de referência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

3.1 Etapas do Processo de Enfermagem

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, 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 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A coleta de dados – também chamada de histórico ou investigação de enfermagem – é a etapa em que o enfermeiro realiza a coleta sistemática de informações sobre um indivíduo, uma família ou um grupo. Tem como intuito identificar necessidades de saúde e/ou de fatores de risco que contribuem para a ocorrência de problemas, bem como evidências de potencialidades para alcançar melhores condições sanitárias. Essa etapa consiste na realização do histórico de enfermagem, exame físico e avaliação de exames complementares (laboratoriais e de imagem), e permite ao enfermeiro reunir dados que possibilitem uma visão ampla sobre as condições de saúde do paciente (BARROS; LEMOS, 2016).

Para isso, o enfermeiro necessita de conhecimentos científicos, habilidades técnica e interpessoal, raciocínio clínico e pensamento crítico que garantam a validade, a confiabilidade e a relevância dos dados, os quais são determinantes para a acurácia dos diagnósticos. Além disso, define o sucesso das etapas de diagnóstico, planejamento, implementação e resultados (BARROS et al., 2015).

A coleta de dados leva à identificação dos problemas de enfermagem, descritos por Wanda Horta (2018, p. 43) como “toda a situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, pela família ou pela comunidade que exija assistência profissional.”.

O enfermeiro deve voltar sua atenção ao ser humano com carência de cuidados de saúde e perseguir a integralidade da assistência, visto que esta é condição norteadora dos profissionais e instituições que integram o Sistema Único de Saúde. Dessa forma os seres humanos não serão vistos somente como indivíduos doentes, desconsiderando os sentimentos, desejos, medos, ansiedades, convicções religiosas, quando manifestam desequilíbrio em seu estado de saúde. (CAMACHO; JOAQUIM, 2017).

A realização do exame físico é uma atividade que requer conhecimento, prática, técnica e perícia para subsidiar a tomada de uma decisão clínica. Deve ser realizada de forma sistematizada, avaliando todos os segmentos do corpo no sentido cefalocaudal, e utilizando as técnicas de inspeção, ausculta, percussão e palpação. O momento da realização do exame físico ultrapassa o limite de detecção dos estados patológicos. Trata-se de uma oportunidade de encontro entre profissional e paciente, que favorece o acolhimento, o fortalecimento de vínculos afetivos e a relação de confiança. Tal momento permite a identificação das necessidades para além do técnico-científico, possibilitando um olhar integral e a percepção das dimensões do processo saúde-doença-cuidado (OLIVEIRA et al., 2016).

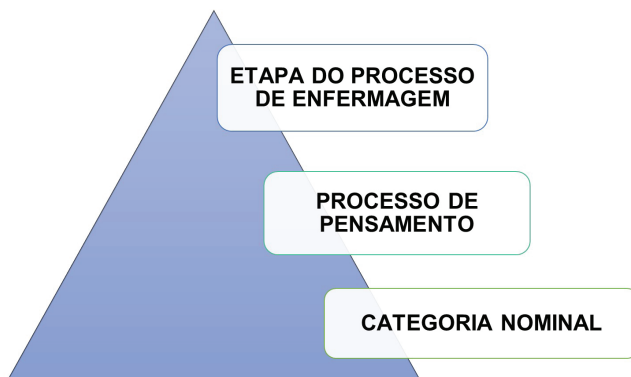
Os dados obtidos devem ser agrupados de modo a favorecer a identificação dos padrões de saúde ou doença, contribuindo na investigação de mais informações. Também precisam ser registrados e comunicados conforme as normas e protocolos da instituição. O enfermeiro deve utilizar um instrumento de coleta que sirva de guia e reflita sobre a pessoa que será cuidada, bem como o ambiente onde o cuidado é prestado. Os referenciais que sustentam o instrumento viabilizam a identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados às causas tratáveis pelos enfermeiros, por meio das suas intervenções/ações de cuidado, visando à obtenção de resultados (BARROS et al., 2015).

É importante ter conhecimento do papel dos enfermeiros dentro da equipe e identificar prontamente quem se responsabilizará pelo controle primário dos problemas apresentados pelo paciente, propiciando uma abordagem terapêutica eficaz. Além de registrar os dados coletados em prontuário – e fazer julgamento clínico e terapêutico –, o enfermeiro comunicará essas alterações ao profissional responsável quando se tratar de um problema que requer intervenção específica e imediata (BARROS; LEMOS, 2016).

II – 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, representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo “saúde e doença”, e constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A expressão “diagnóstico de enfermagem” apresenta três perspectivas distintas e sobrepostas, sendo assim denominadas as etapas: processo de enfermagem, processo de pensamento e categoria nominal.

Figura 9 – Significados da expressão “Diagnósticos de Enfermagem”



Fonte: Elaborada pela autora com base na seguinte fonte de referência (BARROS; LEMOS, 2016).

É nessa etapa do processo de enfermagem que ocorre a análise dos dados coletados, visando identificar os problemas de saúde reais e potenciais, os fatores de risco e os pontos fortes que darão subsídio à seleção das intervenções para alcançar os resultados pretendidos (ALFARO-LEFEVRE; SOARES; ARAÚJO, 2014; MOSER et al., 2018).

III – 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 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Nessa fase do PE, são definidos os resultados esperados e estabelecidas as prioridades e as intervenções de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE; SOARES; ARAÚJO, 2014).

As prescrições de enfermagem referem-se às intervenções descritas de forma detalhada para fins de implementação, e têm a característica principal de serem individualizadas conforme a necessidade de saúde identificada no processo de raciocínio diagnóstico. Esses procedimentos consistem no conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direcionam e coordenam o atendimento ao paciente, de forma individualizada e contínua, pretendendo-se a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde (ALFARO-LEFEVRE; SOARES; ARAÚJO, 2014; BARROS; LEMOS, 2016).

Embora a prescrição de enfermagem seja uma atividade privativa do enfermeiro, cabe a esse profissional reconhecer e caracterizar as situações que devem ser discutidas com a equipe e com o paciente ou familiar, estando em consonância às demais medidas recomendadas pelos outros profissionais da equipe multidisciplinar (BARROS; LEMOS, 2016).

A Lei n.º 7.498/86 determinou que a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem, e, assim como a consulta de enfermagem, é uma atividade exclusiva do enfermeiro. O técnico de enfermagem, no limite das suas atribuições, também deve contribuir para a programação da assistência. Essa Lei é um mecanismo legal que assegura ao enfermeiro a determinação de cuidados (BARROS et al., 2015).

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Essa fase consiste na execução das atividades prescritas na etapa de planejamento da assistência. É o cumprimento da prescrição de enfermagem pela equipe responsável por essa área (BARROS et al., 2015).

A prescrição de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, mas a execução das ações é responsabilidade de toda a equipe voltada para essa função – conforme competência técnica e atribuições legais –, considerando as condições clínicas

do paciente. O enfermeiro também é responsável pela execução da ação, ainda que esta tenha sido realizada por outro profissional de enfermagem. Além disso, deve fundamentar a necessidade de capacitação da sua equipe quanto a técnicas, rotinas e protocolos relativos à assistência em cada área específica (BARROS; LEMOS, 2016).

Ao executar as prescrições, a enfermagem necessita investigar constantemente as respostas do paciente. Como o cuidado fornecido visa atingir os resultados esperados, a equipe responsável deve concentrar suas ações no planejamento, certificando-se de que cada atividade implementada é tão exigida quanto fundamental (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

V – 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 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

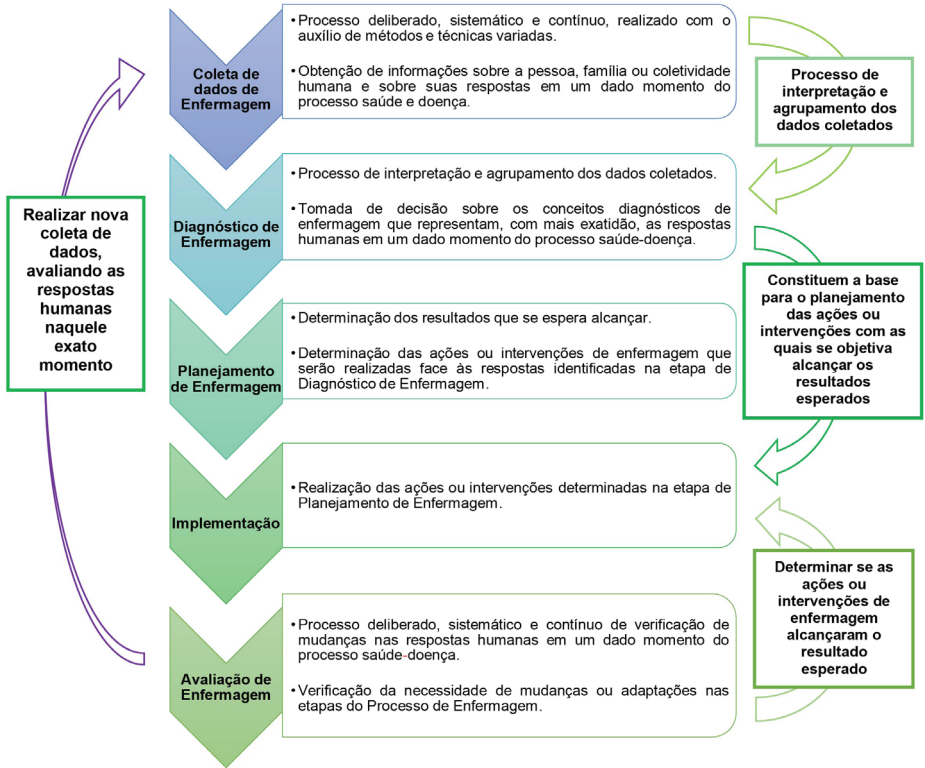
Essa fase fornece a síntese das evidências identificadas, sendo um relato diário das mudanças e uma avaliação global do plano de cuidados em que o enfermeiro deve definir os cuidados a serem mantidos, aqueles que necessitam de modificação e aqueles que podem ser finalizados, visto que já se alcançaram os resultados (BUGS et al., 2018).

A avaliação/evolução exige que o plano de cuidados seja revisado quanto aos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e alcançados e intervenções/ações de enfermagem implementadas. Trata-se do momento de verificar a eficácia das intervenções/ações de enfermagem e constatar se alcançaram o resultado esperado ou se há necessidade de mudanças ou adaptações (BARROS et al., 2015).

As respostas do paciente e quaisquer modificações feitas no plano de cuidados devem ser devidamente registradas e, quando necessário, comunicadas imediatamente ao profissional da equipe responsável por sanar o agravo identificado (ALFARO-LEFEVRE; SOARES; ARAÚJO, 2014).

Embora o PE seja descrito com etapas sequenciadas, o enfermeiro utiliza um movimento de vai e volta. Ao realizar uma nova coleta de dados, deve-se avaliar novamente os diagnósticos, bem como a eficácia das intervenções e o alcance dos resultados identificados. A cada etapa de realização do PE, ocorrerá a reavaliação contínua (NANDA-I; 2018).

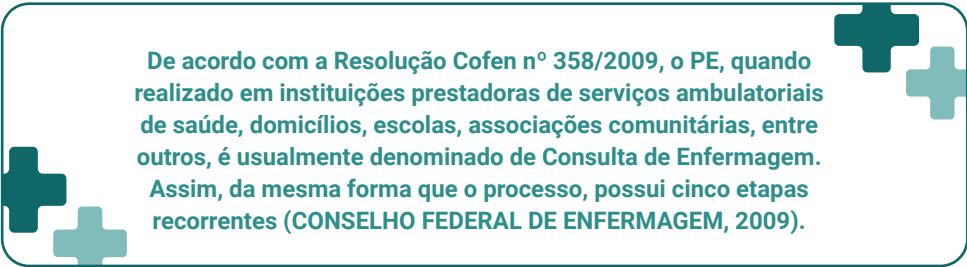
Figura 10 – Etapas e dinâmica do PE



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

3.2 Consulta de Enfermagem

Prevista como ato privativo do Enfermeiro na Lei n.º 7.498/86, artigo 11, alínea i, a consulta de enfermagem é uma ação comunicativa entre os enfermeiros, a equipe multidisciplinar e os usuários. Utiliza-se do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas relacionadas àquela área que visem contribuir para a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Ademais, preservando a observância dos princípios de universalidade, equidade, resolubilidade e integralidade das ações sanitárias (MELO; WERNET; NAPOLEÃO, 2015).



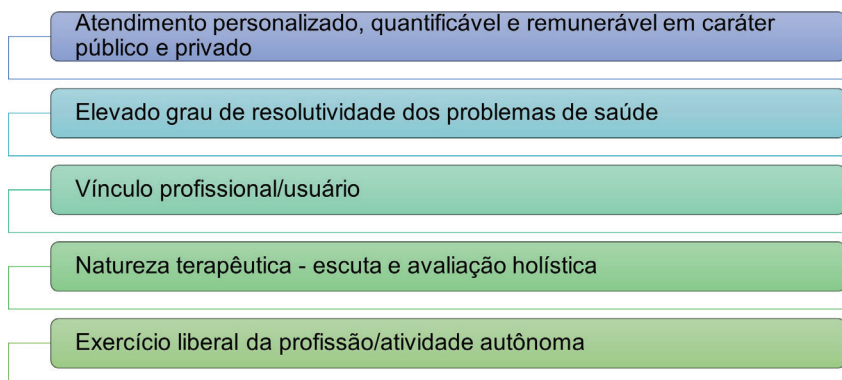
De acordo com a Resolução Cofen nº 358/2009, o PE, quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, é usualmente denominado de Consulta de Enfermagem. Assim, da mesma forma que o processo, possui cinco etapas recorrentes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A consulta de enfermagem teve seu reconhecimento pelos usuários e demais profissionais da atenção básica por meio da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), configurando-se uma prática clínica de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família e a seus membros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002; MARANHA; SILVA; BRITO, 2017).

O Ministério da Saúde define que a realização da consulta de enfermagem é uma das atribuições do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, reconhecendo sua capacidade técnica para realizar procedimentos, e sua competência nas atividades em grupo, educação permanente e participação no gerenciamento da unidade, respeitando os protocolos e normas técnicas estabelecidas pelos diferentes níveis de gestão – federal, estadual ou municipal (MARANHA; SILVA; BRITO, 2017).

Destacamos algumas características e vantagens da realização da consulta de enfermagem de modo sistematizado e seu registro formal:

Figura 11 – Características da consulta de enfermagem sistematizada

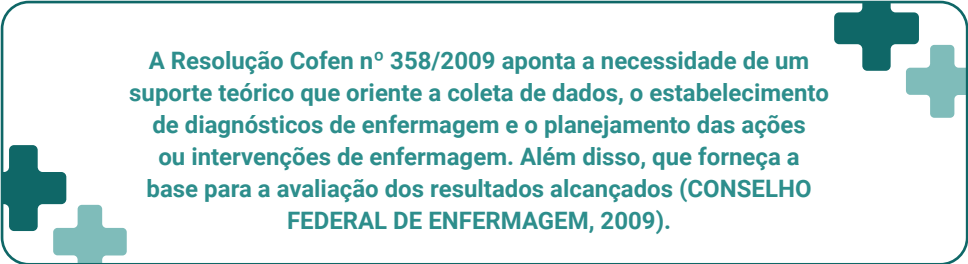


Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A consulta de enfermagem configura-se um espaço oportuno para o desenvolvimento das práticas de cuidado, no qual o enfermeiro realiza o conhecimento das demandas, avalia as condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhece mais profundamente o usuário e o orienta. Então, favorece um atendimento que compreende mais que um momento tecnicista e biológico – representa uma atitude de fortalecimento do vínculo profissional-usuário.

A consulta de enfermagem deve concentrar-se no levantamento das necessidades do paciente, considerando que estas vão muito além das demandas biológicas (MARANHA; SILVA; BRITO, 2017; TANNURE; PINHEIRO, 2011).

3.3 Conceitos e teorias: definindo um suporte teórico



A Resolução Cofen nº 358/2009 aponta a necessidade de um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem. Além disso, que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

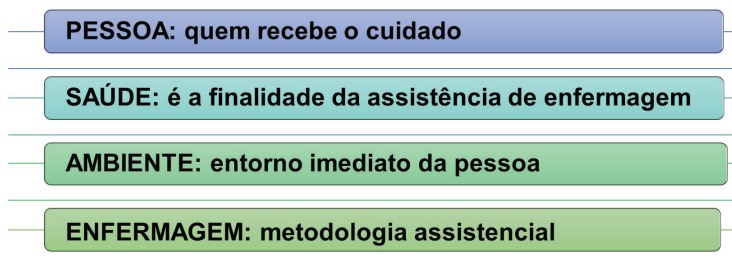
Para dar sustentação ao PE, torna-se imprescindível a definição de um suporte teórico que seja condizente com a realidade da clientela atendida e seu ambiente organizacional. A fim de que essa decisão seja tomada de maneira adequada, faz-se necessário promover o diálogo com as pessoas envolvidas, permitindo uma reflexão sobre suas ações e a sua realidade, de forma a estabelecer relação entre a teoria e a prática (SCHMITZ et al., 2016; DA ROSA et al., 2018).

O enfermeiro pode valer-se tanto das teorias de enfermagem, quanto dos Modelos de Prática Profissional (MPP), protocolos, sistema de classificação de linguagem padronizada, Prática Baseada em Evidências (PBE), para nortear a prática da atenção em Enfermagem, de modo sistematizado. Os MPP representam os cuidados prestados pelo enfermeiro, como esse profissional exerce, colabora, comunica, evolui profissionalmente, integrando na sua prática a missão, visão, valores, filosofia e teorias de enfermagem. Os modelos de PBE descrevem as etapas desde a busca e seleção da melhor evidência, até as estratégias para garantir a possibilidade de sua execução nas organizações hospitalares. Os protocolos de enfermagem dão suporte teórico de padronização dos cuidados, e, quando baseados em evidências, são uma valiosa ferramenta para práticas seguras. Assim, permitem ao enfermeiro agir de forma padronizada, evitando erros de diagnóstico e salvaguardando os direitos dos pacientes de serem cuidados à luz do conhecimento mais atual (RODRIGUES et al., 2016; RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016; CAMARGO et al., 2017;

FERREIRA; SIMÕES, 2019).

A linguagem básica do pensamento teórico é o conceito. Os conceitos são palavras que representam a realidade, facilitando a nossa capacidade de comunicação sobre ela. A literatura nos apresenta os quatro conceitos principais que norteiam a enfermagem e seus processos de trabalho.

Figura 12 – Conceitos do metaparadigma de enfermagem



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (GEORGE et al, 2000).

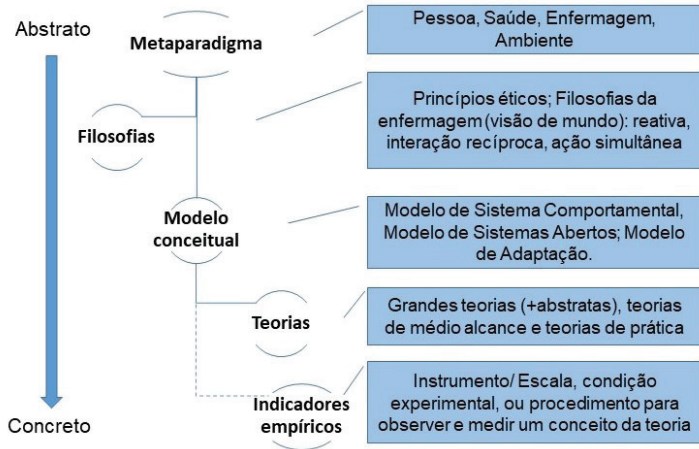
A inter-relação dos conceitos proporcionam as partes estruturais da teoria. É mediante a identificação e relação dos quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem que as teorias orientam a prática, descrevendo, explicando, prevendo e prescrevendo os fenômenos (MCEWEN; WILLS, 2016).

O conhecimento da Enfermagem contemporânea foi descrito por Fawcett (2005) por meio de uma hierarquia estrutural (estrutura holárquica) e o classifica em ordem decrescente: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos, conforme Figura 13.

Enquanto a filosofia busca compreender a realidade — são as crenças e valores que orientam as ações institucionais, a teoria identifica aquilo que se pretende fazer no âmbito do conhecimento e da prática. A necessidade de o enfermeiro basear-se em um suporte teórico está demonstrada na literatura e em experiências do cotidiano de implantação da SAE e do PE (SCHMITZ et al., 2016).

As teorias são um dos componentes da estrutura de conhecimento que permitem dar sentido ao mundo empírico, propiciando uma contribuição real e ligação com a prática. A avaliação dos conceitos presentes nas teorias é um meio de testar a sua aplicabilidade, e deve ser trabalhada durante a formação dos profissionais de enfermagem (BRANDÃO et al., 2017; VALENZUELA-SUAZO, 2019).

Figura 13 – Estrutura do Conhecimento de Enfermagem



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (FAWCETT, 2005).

As teorias de enfermagem podem ser classificadas em três categorias, baseando-se nas escolas filosóficas ou paradigmas:

Figura 14 – Categorias das teorias de enfermagem baseadas em paradigmas



Fonte: : Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (MCEWEN; WILLS, 2016).

As teorias de enfermagem para serem relevantes precisam ser aplicáveis na prática profissional. É reconhecido que grandes teorias de enfermagem são de difícil uso no campo empírico do cuidado, portanto, devem atuar principalmente como filosofias ou

visões de mundo. Porém, as teorias de médio alcance fornecem uma maneira prática para os enfermeiros conectarem as perspectivas filosóficas da disciplina com o mundo real e as aplicações da teoria à prática clínica e podem atender as demandas do cuidado profissional, considerando a sua capacidade de operar exatamente entre o nível abstrato das grandes teorias e o nível empírico da testagem e construção de hipóteses na realidade (BRANDÃO et al., 2017; 2019).

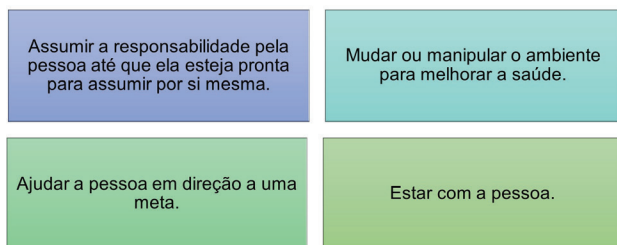
3.3.1 Qual teoria escolher?

Existem muitas teorias disponíveis para orientar a tomada de decisão dos enfermeiros, aplicáveis a várias áreas de atuação. Essas teorias são fundamentais e devem ser consideradas ao refletir sobre nossos processos de tomada de decisão visando informar as práticas futuras. A tomada de decisão é um processo dinâmico na prática de enfermagem, e as teorias enfatizam a importância da adaptabilidade e prática reflexiva na identificação dos fatores que impactam o atendimento ao paciente (WATKINS, 2020).

As teorias apresentam algumas similaridades entre si, visto que muitos teóricos foram influenciados uns pelos outros ao avançarem no conhecimento de enfermagem. As teorias de enfermagem não estão livres de valores e princípios, pois foram elaboradas por pessoas e carregam visões de mundo, descrições, explicações e prescrições de realidades que são compatíveis com grupo, tempo e cultura que as produziram. Teorias são falhas, possuem tendências e são úteis em um dado contexto ou fenômeno (BRANDÃO et al., 2019).

Uma maneira de vislumbrar as diferenças entre suas ideias é pela avaliação da forma como os teóricos classificam os comportamentos de enfermagem.

Figura 15 – Comportamentos de enfermagem

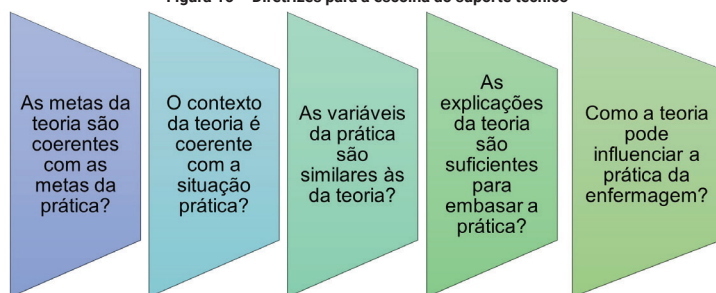


Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (GEORGE, 2000).

Ao escolher uma teoria de enfermagem para fundamentar a sua prática, é necessário que o enfermeiro conheça a realidade do setor, o perfil dos profissionais, bem como a clientela atendida. Os conceitos de pessoa, ambiente e enfermagem – derivados da realidade do serviço – devem estar relacionados aos conceitos da teoria selecionada (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A teoria de enfermagem escolhida deve permitir ao enfermeiro uma perspectiva da situação do paciente, além da forma de organizar o cuidado. Ainda, guiar o raciocínio do enfermeiro para as informações importantes, bem como auxiliá-lo no planejamento do cuidado, obtido após análise e interpretação das relações entre os dados disponíveis e a previsão dos resultados esperados (MCEWEN; WILLS, 2016).

Figura 16 – Diretrizes para a escolha do suporte técnico



Fonte: Elaborado pela autora com base nesta fonte de referência (MCEWEN; WILLS, 2016).

Uma combinação de teorias ou modelos pode ser utilizada como suporte teórico. A inserção dos modelos ou teorias de enfermagem, na prática, é uma forma de testar e validar esses conhecimentos. O uso sistemático dessas ferramentas requer disciplina, estrutura e segurança para a prática da enfermagem (RISJORD, 2019).

A prática orientada pela teoria de enfermagem ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados, pois permite que os enfermeiros articulem o que fazem pelos pacientes e por qual motivo. Portanto, eles devem continuar orientando sua prática por meio das lentes da teoria de enfermagem, além de avaliar a eficácia dessa prática por ela guiada (BRANDÃO et al., 2017; YOUNAS; QUENNELL, 2019).

3.4 Registros do PE

O PE evidencia-se como instrumento metodológico que indica um conjunto de ações de cuidado de enfermagem, a serem executadas de acordo com as necessidades

humanas, em determinado momento do processo de saúde e doença. A realização do registro desse processo possibilita a sequência individualizada do cuidado – com vistas à identificação e solução do problema –, e propicia a análise do custo-benefício das ações e intervenções de enfermagem (CAMACHO; JOAQUIM, 2017).

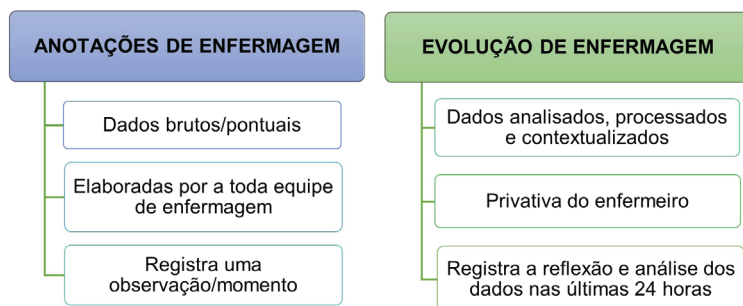
Florence Nightingale defendia a necessidade dos registros sobre as condições dos pacientes, dada a sua importância para a continuidade do tratamento, principalmente no que se referia à assistência de enfermagem. No entanto, embora buscasse conhecer a verdade sobre os pacientes, raras vezes encontrava registros hospitalares que pudessem ser utilizados para as avaliações (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Desde 2002, o Cofen tornou obrigatória a documentação de todas as fases do Processo de Enfermagem (PE). A documentação clínica é um instrumento para a comunicação entre esses profissionais e sua qualidade é objeto de políticas, normas e diretrizes dos serviços de saúde e de organismos que orientam ou regulam as ações nessa área (AZEVEDO et al., 2019).

A baixa qualidade dos registros de enfermagem pode repercutir diretamente na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente, envolvendo não só os profissionais da prática assistencial, mas também gestores, órgãos de classe, pesquisadores e docentes (MELO et al., 2019).

Considerando a necessidade de nortear os profissionais de enfermagem para a prática dos registros no prontuário do paciente e garantir a qualidade dessas informações, a Resolução Cofen nº 514/2016 aprovou o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Entre suas orientações, esse Guia traz a diferença entre anotações e evolução de enfermagem:

Figura 17 – Anotações de enfermagem x evolução de enfermagem



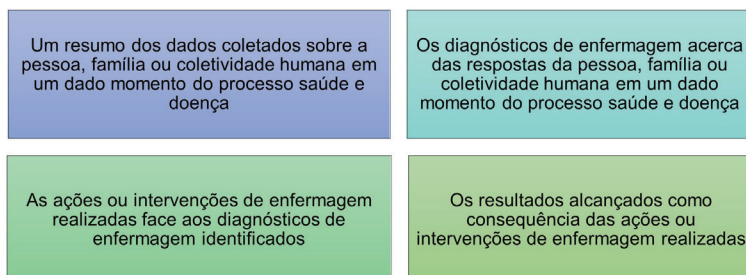
Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

As anotações de enfermagem devem ser realizadas por toda a equipe, garantindo o fornecimento de dados que norteiem o enfermeiro na determinação do plano de cuidados/prescrição de enfermagem. Tais apontamentos oferecem suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados das respectivas respostas do paciente e dos resultados esperados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

O registro deve fornecer subsídios que permitam a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes fases, bem como o planejamento assistencial da equipe multiprofissional. Sua qualidade reflete a qualidade da assistência, contribui para a construção de práticas assistenciais e colabora com ações que visem melhorias dos resultados operacionais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016; TOLENTINO; BETTENCOURT; FONSECA, 2019).

Tanto a Resolução Cofen nº 358/2009 quanto a nº 429/2012, dispõem sobre a obrigatoriedade dos registros formais de enfermagem durante a execução do PE, elencando seus elementos obrigatórios:

Figura 18 – Elementos obrigatórios do registro das etapas do PE



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Os registros em todas as etapas do PE são fundamentais, e a elaboração de instrumentos que facilitem o registro e a recuperação de dados é indispensável, visto que propicia uma assistência de enfermagem autônoma, específica, capacitada e de qualidade (TOLENTINO; BETTENCOURT; FONSECA, 2019).

O descaso da enfermagem com o registro do processo de cuidado – tanto no prontuário do paciente, como em outros documentos próprios da profissão – pode resultar em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional, em detrimento da avaliação de sua prática, dificultando o avanço da ciência de enfermagem. Cabe ao conjunto de envolvidos nessa atividade profissional assumir o desafio de implementar o processo de cuidar, registrando-o adequadamente, de modo a gerar evidências sobre a eficácia e eficiência de suas ações/intervenções em todos os níveis da atenção à saúde (GARCIA, 2016).

Embora disposto como facultativo no Código de Ética, o uso do carimbo está

disciplinado na Resolução Cofen nº 545/2017 como uma obrigatoriedade. A identificação correta com horário, assinatura e aposição do carimbo nos registros e anotações dos cuidados de enfermagem, atividades de gestão e educação viabiliza o reconhecimento, a visibilidade e a segurança da população assistida. Ao identificar-se corretamente, o enfermeiro assume a competência e autonomia do exercício profissional, consolida seu papel no cuidado à saúde, afirma o status profissional, a definição de papéis e a busca de autonomia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017a; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM 2017b; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SANTA CATARINA, 2016).

É válido ressaltar que, para que se obtenham registros adequados, também é necessária a utilização de uma linguagem padronizada, que auxilie na criação das bases de dados, sustentando os mecanismos de avaliação do cuidado. Esses métodos de padronização de termos são conhecidos como nomenclaturas, sistemas de classificação e taxonomias, e o seu aproveitamento favorece a melhora na qualidade da assistência de enfermagem por meio da sistematização e do registro das ações realizadas (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

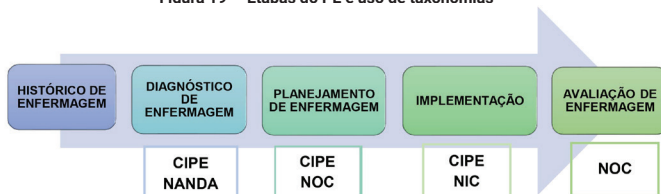
3.5 Classificações de Enfermagem – Uso de uma linguagem padronizada

Os sistemas de linguagem padronizada de enfermagem são um conjunto de conceitos que organizam terminologias acordadas entre enfermeiros para descrever Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem. São ferramentas utilizadas para o registro do PE, com o propósito de padronizar e efetivar a documentação e a comunicação profissional realizadas (MELO et al., 2019).

A linguagem padronizada de enfermagem consiste em conceitos relacionados à saúde e fornece um sistema de códigos comuns que permite a consistência dos dados clínicos em especialidades e locais de atendimento ao paciente. O uso desse conjunto característico de conceitos contribui para a construção e acumulação de conhecimento (OLATUBI et al., 2019; BARROS et al., 2015).

Para comunicar as decisões sobre os diagnósticos de enfermagem do indivíduo, da família ou da comunidade, é importante que se utilize um vocabulário padronizado. Há vários sistemas de linguagem específicos da enfermagem, sendo, mais conhecidos e utilizados, a Classificação de Diagnósticos da NANDA-I e a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®) (BARROS et al., 2015).

Figura 19 – Etapas do PE e uso de taxonomias



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (OLATUBI et al., 2019).

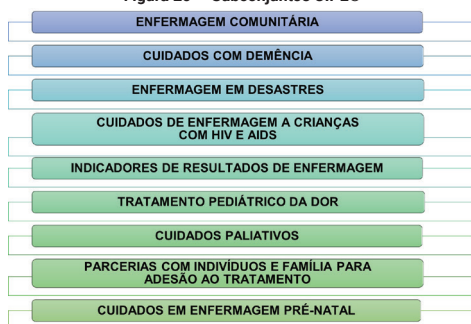
3.5.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®

A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada mais recente. Sua construção, em processo contínuo, iniciou-se em 1989, quando o Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE aprovou a Resolução que previa sua elaboração, tendo sua primeira versão, a Versão Alfa, lançada em 1996. Segundo o CIE, a CIPE® é uma terminologia padronizada que nomeia, classifica e vincula os fenômenos que descrevem elementos da prática profissional – diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. Em dezembro de 2008, a CIPE® foi incluída na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Classificação Relacionada (GARCIA, 2019).

Os subconjuntos terminológicos da CIPE® são agrupamentos de enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriados para áreas particulares de cuidados. A construção desses subconjuntos é utilizada como recurso tecnológico e contribui para a propagação de uma linguagem padronizada, capaz de fortalecer os propósitos da enfermagem no cuidado do ser humano durante o processo de saúde-doença (QUERIDO et al., 2019; RESENDE et al., 2019).

Até a presente data, a CIE reconhece nove subconjuntos, tendo outros cinco em processo de validação.

Figura 20 – Subconjuntos CIPE®



Fonte: : Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (ICNP DOWNLOAD, 2020).

A elaboração da CIPE® como um instrumento de informação que descreve a prática da enfermagem, permitiu caracterizá-la como facilitador da comunicação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde, com os responsáveis pela elaboração de políticas a ela relacionadas e formadores de recursos humanos. Ademais, foi reconhecida como uma tecnologia de informação que favorece o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado (GARCIA, 2019).

3.5.2 NANDA INTERNATIONAL – NANDA-I

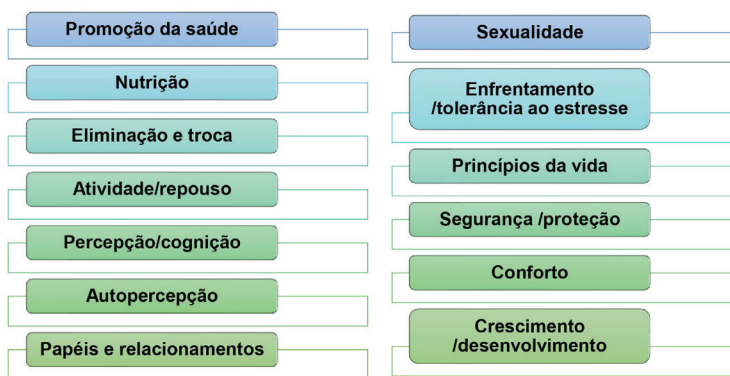
A NANDA International foi a primeira terminologia padronizada de enfermagem, reconhecida em 1973 pela American Nurses Association (ANA). Posteriormente, a ANA reconheceu e aprovou o uso de outras terminologias de enfermagem, como a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC) (OLATUBI et al., 2019).

A definição do uso de uma terminologia torna a comunicação oral e escrita mais eficiente. Além disso, a identificação da prática de enfermagem aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliarem os pacientes, determinarem os diagnósticos e proporcionarem as intervenções adequadas (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A NANDA International (2018) apresenta uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem por meio de um esquema classificatório, denominado taxonomia. Podemos entender a taxonomia NANDA-I como um ordenamento sistemático de fenômenos e julgamentos clínicos, que define os conhecimentos da disciplina de enfermagem. Ou seja, um esquema classificatório que auxilia a organização dos conceitos que dizem respeito à prática de enfermagem.

A edição 2018-2020 possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes.

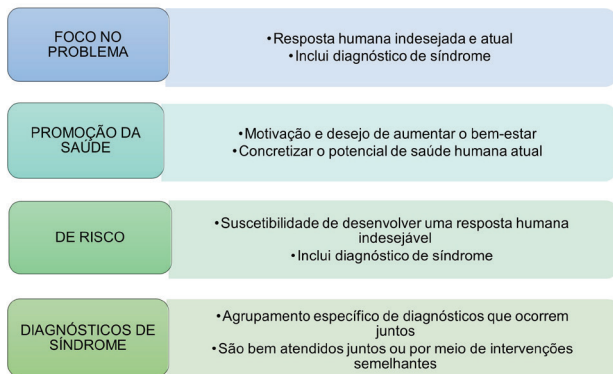
Figura 21 – Domínios da NANDA-I



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (NANDA INTERNATIONAL INC., 2018).

A NANDA-I também descreve que o enfermeiro alcança a precisão do diagnóstico de enfermagem quando se torna capaz de identificar e ligar as características definidoras aos fatores relacionados e/ou aos fatores de risco encontrados na avaliação do paciente (NANDA-I, 2018).

Figura 22 – Categoria dos Diagnósticos de Enfermagem - NANDA-I

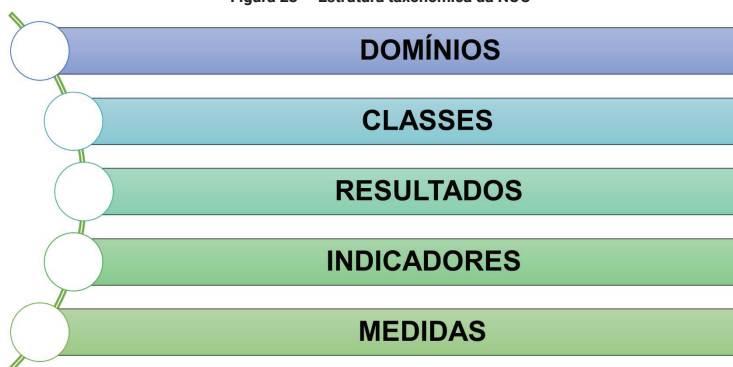


Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (NANDA INTERNATIONAL INC., 2018).

Ao determinar os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem – selecionado para o plano de cuidados –, o enfermeiro deve utilizar algum sistema de linguagem padronizada. A NOC é complementar à NANDA-I e à NIC, e fornece uma linguagem para a identificação de resultados e etapas de avaliação dos processos de enfermagem (BARROS et al., 2015; MOORHEAD et al., 2016).

Em sua 6.^a edição, a NOC apresenta 540 resultados. A estrutura dessa taxonomia possui

Figura 23 – Estrutura taxonômica da NOC



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (MOORHEAD et al., 2020).

A NOC compreende estados, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, antes e depois das intervenções de enfermagem. Para determinar o estado do paciente em relação aos resultados, são utilizados os indicadores. Eles caracterizam o estado de saúde e são medidos através da escala Likert de cinco pontos, que quantifica os indicadores e permite monitorar a melhora, piora ou estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado (MOORHEAD et al., 2016).

Figura 24 – Resultados de enfermagem e sua estrutura taxonômica

1002							
Manutenção da Amamentação		RESULTADO DE ENFERMAGEM					
Definição: Continuação da amamentação do estabelecimento ao desmame para nutrição de um lactente/criança de 12 a 24 meses							
CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em ____ Aumentar para ____							
MEDIDAS		Não Adequado	Lavemente Adequado	Moderadamente Adequado	Substancialmente Adequado	Totalmente Adequado	
Classificação Geral do Resultado		1	2	3	4	5	
INDICADORES							
100201	Crescimento do Lactente dentro de uma faixa normal	1	2	3	4	5	NA
100202	Desenvolvimento do Lactente dentro de uma faixa normal	1	2	3	4	5	NA
100205	Capacidade de coletar e armazenar o leite materno com segurança	1	2	3	4	5	NA
100217	Capacidade de descongelar gradativamente e aquecer o leite materno armazenado com segurança	1	2	3	4	5	NA
100218	Técnicas de prevenção de sensibilidade das mamas	1	2	3	4	5	NA
100208	Reconhecimento dos sinais de redução do suprimento de leite	1	2	3	4	5	NA
100219	Reconhecimento de sinais de obstrução dos ductos	1	2	3	4	5	NA
100220	Reconhecimento de sinais de mastite	1	2	3	4	5	NA
100221	Consciência de que a amamentação pode continuar além da fase de lactância	1	2	3	4	5	NA
100210	Evita automedicação sem consultar o profissional de saúde	1	2	3	4	5	NA
100222	Suporte familiar percebido para a amamentação	1	2	3	4	5	NA
100223	Suporte percebido para continuação da lactação ao voltar ao trabalho	1	2	3	4	5	NA
100224	Suporte percebido para continuação da lactação ao voltar a estudar	1	2	3	4	5	NA
100204	Conhecimento dos benefícios da manutenção da amamentação contínua	1	2	3	4	5	NA
100225	Conhecimento dos recursos de suporte	1	2	3	4	5	NA
100215	Satisfação com o processo de amamentação	1	2	3	4	5	NA

Domínio - Saúde Fisiológica (II) DOMÍNIO **Classe – Digestão e Nutrição (K)**

1ª edição 1997; revisada 2004, 2008 **CLASSE**

Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (MOORHEAD et al., 2016).

O processo de tomada de decisão clínica do enfermeiro inicia com a seleção dos resultados, que deve basear-se em seis fatores:

Figura 25 – Fatores a serem analisados na tomada de decisão dos resultados



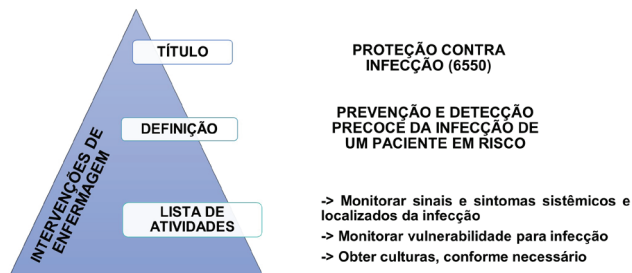
Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (MOORHEAD et al., 2016).

Após a determinação do resultado a ser alcançado, o enfermeiro deve considerar a intervenção que levará a esse resultado pré-determinado (JOHNSON et al., 2012).

3.5.4 Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

A NIC é uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos executados por enfermeiros. Seu desenvolvimento teve início em 1987, e sua primeira publicação ocorreu em 1992. A última versão traduzida para o português – 7.ª edição – data de 2020 e traz 565 intervenções.

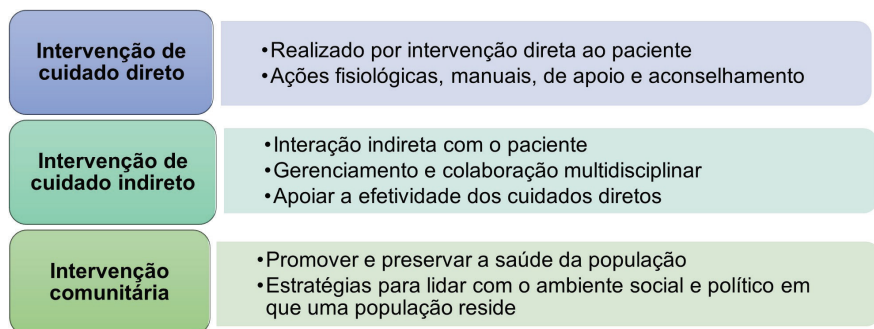
Figura 26 – Estrutura das intervenções de enfermagem - NIC



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (BULECHEK, et al., 2016).

Todas as intervenções incluídas na NIC têm por intenção ser clinicamente úteis. Algumas são mais gerais do que outras; entretanto, certas intervenções requerem formação específica com certificação apropriada, devendo, em todos os casos, ser previamente avaliadas e planejadas pelos enfermeiros. As intervenções de enfermagem incluem assistência direta e indireta, podendo ser:

Figura 27 – Tipos de intervenções de enfermagem - NIC



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (BULECHEK, et al., 2016).

As intervenções de enfermagem da taxonomia NIC estão agrupadas em 30 classes e organizadas em 7 domínios, visando facilitar o seu uso.

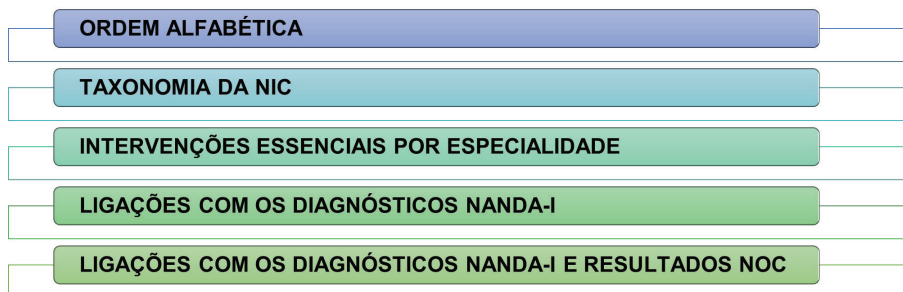
Figura 28 – Domínios das intervenções de enfermagem – NIC



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (BULECHEK, et al., 2016).

Embora a taxonomia NIC apresente uma lista enorme de intervenções e atividades, estão disponíveis cinco formas diferentes de localizar a intervenção desejada, o que facilita o seu manuseio e a disposição em sistemas informatizados.

Figura 29 – Formas de localizar as intervenções de enfermagem - NIC



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (BULECHEK, et al., 2016).

3.5.5 Uso das Terminologias padronizadas nos registros de enfermagem



Todas as etapas do PE requerem registro apropriado, pois, além de representarem as atividades desenvolvidas no cuidado do paciente, apresentam aspectos profissionais e respaldo legal para o enfermeiro, equipe multiprofissional e enfermo. A documentação é uma maneira viável e segura de conhecer, de forma sistemática, o que foi realizado (AZEVEDO et al., 2019).

A implementação do PE – registrado por meio dos sistemas de linguagens padronizadas em instituições de saúde – deve ser acompanhada da criação de grupos de estudos que sustentem e fortaleçam encontros para a discussão de casos clínicos, artigos científicos, solução de problemas clínicos e tomada de decisões embasadas em pesquisas com alto rigor metodológico (MELO et al., 2019).

A literatura aponta o registro detalhado como forma de melhorar a comunicação entre os profissionais, garantir a continuidade dos planos de cuidado e a integridade e regularidade das informações do paciente, podendo ser facilitado com o uso de programas computacionais (AZEVEDO et al., 2019).

Embora as terminologias de enfermagem representem estruturas classificatórias para diferentes etapas do PE, a utilização dessa linguagem padronizada não é obrigatória. Cada unidade pode eleger aquela que melhor retrate a realidade de sua clientela. A despeito da não obrigatoriedade no emprego, é necessário que os enfermeiros se conscientizem da importância de discutir e aplicar suas terminologias, para fins de crescimento e sustentação da prática profissional pautada no raciocínio clínico e crítico, assim como para acompanhar movimentos internacionais de padronização da linguagem de enfermagem (OLATUBI et al., 2019).

ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



O Diagnóstico Administrativo / Situacional de Enfermagem é a primeira etapa do processo de planejamento, e pode ser elaborado tanto para uma área ou instituição como apenas para uma unidade ou setor do serviço de saúde. É necessário considerar a missão, a visão e os modelos gerencial e assistencial do serviço de saúde, a fim de se obter informações que subsidiem o planejamento estratégico do serviço de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010).

Embora sejam evidentes as vantagens da implementação do PE, a adoção desse instrumento metodológico continua a representar um desafio, visto serem esparsas e descontínuas as tentativas de adoção dessa metodologia assistencial executada e registrada em todas suas etapas (GONÇALVES et al., 2007).

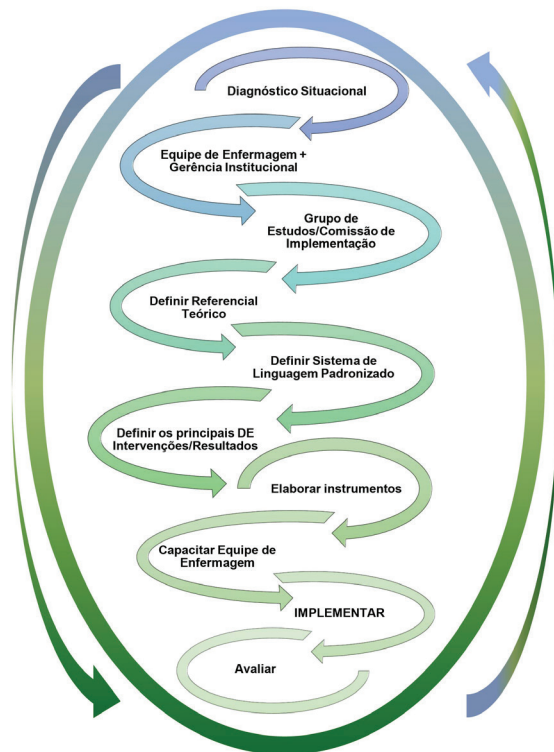
O esquema prático para a implantação do PE — conforme a Figura 29 — apresenta etapas importantes a serem observadas na organização dos serviços de saúde que buscam colocar essa assistência sistematizada em prática. Cada instituição apresenta realidade diversa quanto aos elementos descritos no esquema, devendo adequar as sugestões ao seu contexto atual.

Os serviços de saúde estão em constante interação com o meio ambiente. Essa relação influencia e repercute em todo o processo de formulação de objetivos e no comportamento da equipe, sendo necessário um estudo da área/instituição antes de qualquer intervenção (RIBEIRO et al., 2008).

Mediante um diagnóstico administrativo e situacional, pode-se pontuar, avaliar e explicar as relações entre os setores (recursos humanos, físicos, materiais e administrativos) e as atividades de prestação de serviços com eficiência e efetividade, além de identificar a satisfação de clientes (RIBEIRO et al., 2008).

Após seu desenvolvimento, a proposta deve ser encaminhada à administração superior da instituição para que seja viabilizada a sua operacionalização, promovendo aquilo que for de sua competência e facilitando a sua implementação. Os Conselhos Regionais de Enfermagem de Minas Gerais e do Piauí disponibilizam documentos com modelos para elaboração do diagnóstico (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ, 2019).

Figura 30 – Esquema prático para a implantação do PE



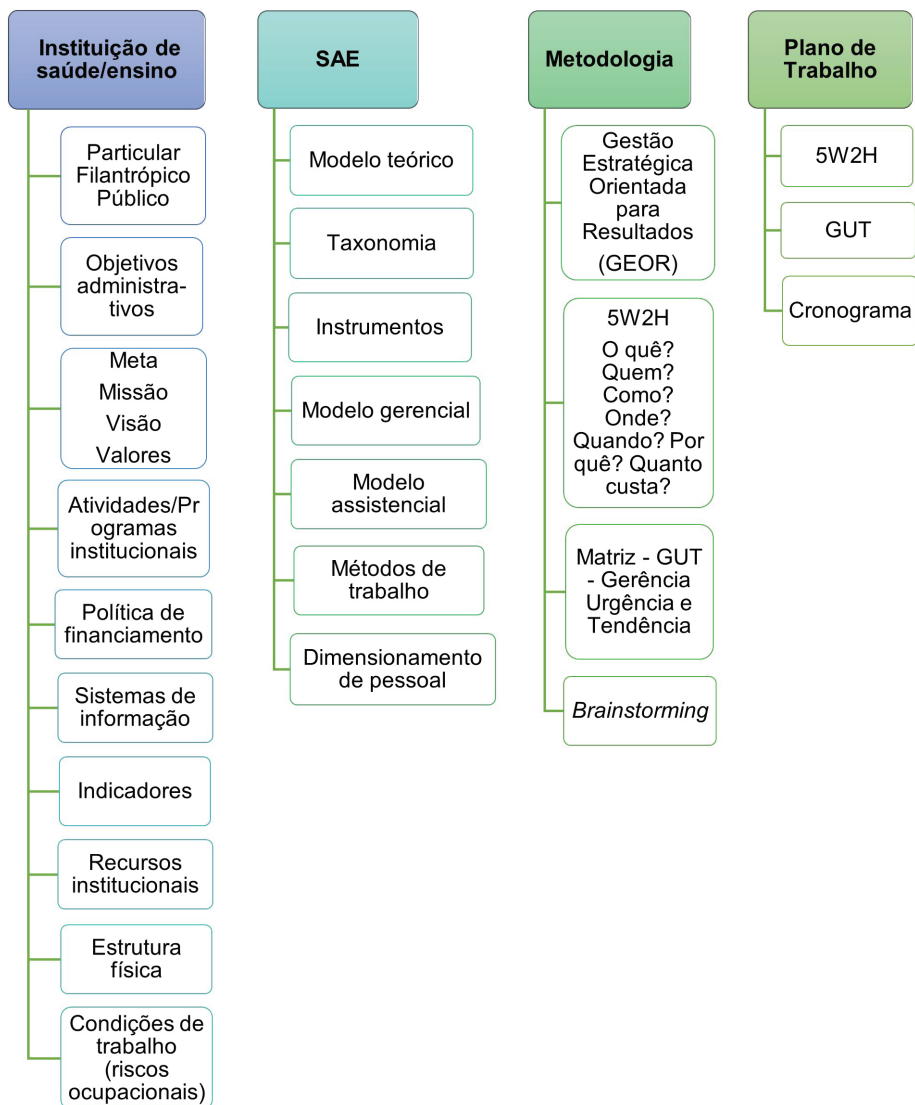
Fonte: Elaborada pela autora com base nestas fontes de referência (GONÇALVES et al., 2007; ALMEIDA et al., 2011; SOARES et al., 2015; BENEDET et al., 2018).

A literatura nos apresenta experiências diversas, nas quais podemos observar inúmeras formas de implementação do PE.

Um estudo com desenho qualitativo histórico-social apresentou o percurso da implementação do PE no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A implantação teve início em 1980, data em que foi inaugurada a instituição. Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, teve como desafios a falta de conhecimento da enfermagem sobre o uso da teoria e realização das etapas do PE. A resistência da gerência e da classe médica também foram fatores que dificultaram a execução dessa metodologia. Além disso, a inadequação do espaço físico e carência de materiais, equipamentos e insumos, a sobrecarga de trabalho e a falta de conscientização da equipe de enfermagem consistiram em barreiras a serem transpostas. A constituição da Comissão de Introdução ao Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina (CIHUSC) deu início às

de organização do Serviço de Enfermagem (BENEDET et al., 2018).

Figura 31 – Aspectos a serem observados e analisados no levantamento dos dados para elaboração do diagnóstico Administrativo/Situacional



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ, 2019).

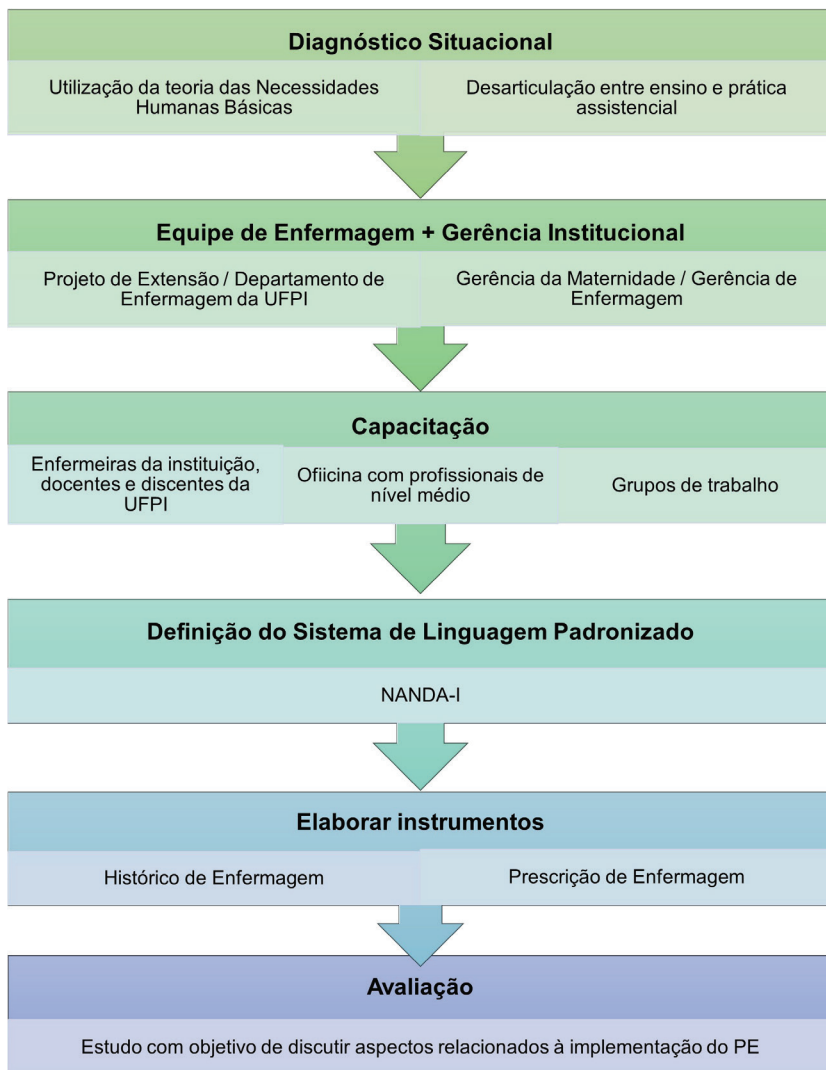
Após seu desenvolvimento, a proposta deve ser encaminhada à administração superior da instituição para que seja viabilizada a sua operacionalização, promovendo aquilo que for de sua competência e facilitando a sua implementação. Os Conselhos Regionais de Enfermagem de Minas Gerais e do Piauí disponibilizam documentos com modelos para elaboração do diagnóstico (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ, 2019).

A literatura nos apresenta experiências diversas, nas quais podemos observar inúmeras formas de implementação do PE. Um estudo com desenho qualitativo histórico-social apresentou o percurso da implementação do PE no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A implantação teve início em 1980, data em que foi inaugurada a instituição. Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, teve como desafios a falta de conhecimento da enfermagem sobre o uso da teoria e realização das etapas do PE. A resistência da gerência e da classe médica também foram fatores que dificultaram a execução dessa metodologia. Além disso, a inadequação do espaço físico e carência de materiais, equipamentos e insumos, a sobrecarga de trabalho e a falta de conscientização da equipe de enfermagem consistiram em barreiras a serem transpostas. A constituição da Comissão de Introdução ao Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina (CIHUSC) deu início às de organização do Serviço de Enfermagem (BENEDET et al., 2018).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre — pioneiro na implementação do PE — realiza o registro desde a década de 1970, sendo, a partir de 2000, em sistema informatizado. A instituição utiliza os sistemas de linguagem padronizada NANDA-I, NIC e NOC atrelados ao modelo de Wanda Horta. Grupos de estudo e operacionalização do PE foram organizados em uma Comissão do Processo de Enfermagem (COPE), que executa atividades gerenciais, educativas, de pesquisa e prática clínica. A divulgação das suas atividades de pesquisa, publicada em periódicos indexados, contribui para aprofundar o conhecimento dos fenômenos investigados. Os dados de registro do PE, utilizados nas pesquisas, possibilitam uma avaliação das fragilidades e a definição de novas estratégias (ALMEIDA et al., 2011). Um estudo realizado pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) descreveu suas etapas de implantação do PE:



Figura 32 – Etapas de implantação do PE



Fonte: Elaborada pela autora com base nesta fonte de referência (GONÇALVES et al., 2007).

Referências

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda; SOARES, Maria Augusta M.; ARAÚJO, Valéria Giordani. Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamentos para o Raciocínio Clínico. Tradução: Regina Machado Garcez. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMEIDA, Miriam de Abreu et al. (Ed.). Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ARAÚJO, D. S. de et al. Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva. Rev Rene, v. 16, n. 4, p. 461–469, 4 ago. 2015.

AZEVEDO, O. A. de et al. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, dez. 2019.

BARROS, A. L. B. L. de et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP, 2015.

BARROS, K. M.; LEMOS, I. C. Processo de Enfermagem - Fundamentos e Discussão de Casos Clínicos. 1. ed. [s.l.] São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

BENEDET, S. A. et al. O profissionalismo exemplar na implementação do Processo de Enfermagem (1979-2004). Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 4, p. 1907–1914, 2018.

BORBA, A. DE M. et al. Aplicação da sistematização da assistência de enfermagem em gestantes atendidas no pré-natal. Rev. Ciênc. Plur, v. 5, n. 3, p. 89–102, 2019.

BRANDÃO, M.A.G. et al. Theoretical and methodological reflections for the Construction of middle-range nursing theories. Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 4, p. e1420017, 2017.

BRANDÃO, M.A.G. et al. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. Rev Bras Enferm, v. 72, n. 2, p.577-81, 2019.

BRESCIANI, Helga Regina (Org.), Legislação comentada: Lei do Exercício Profissional e Código de Ética et al. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina/ Letra Editorial, 2016. 137p. (Cadernos Enfermagens; v.3).

BUGS, Vanessa T. et al. Avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um

hospital universitário. *Enfermeria Global*, v. 17, p. 179–190, 26 out. 2018.

BULECHEK, Gloria M. et al. *NIC - Classificação das intervenções de enfermagem*. 6. ed. [s.l.] São Paulo. Elsevier, 2016.

CAMACHO, A. C. L. F.; JOAQUIM, F. L. Reflections based on Wanda Horta on the basic instruments of nursing. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 11, n. 12, p. 5432–5438, 17 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN 543/2017, de 12 de maio de 2017. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 18 abr. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 19 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN N.o 0514/2016, de 5 de maio de 2016. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 6 jun. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 23 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN N.o 429/2012, de 30 de maio de 2012. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 11 jun. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 23 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN N.o 564/2017, de 6 de novembro de 2017. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 6 dez. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 23 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 – Revogada pela Resolução Cofen n.o 358/2009 –, de 27 de agosto de 2002. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 27 ago. 2002. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 7 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. *Diagnóstico Administrativo / Situacional De Enfermagem / Saúde: Subsídios para elaboração*. Belo Horizonte: COREN-MG, 2010. Disponível em: <<https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/modelDiagnosticos.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2020.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Legislação Comentada: Lei do Exercício Profissional e Código de Ética. Florianópolis / SC: Letra Editorial, 2016. v. 3

COSTA, J. S. Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, n. 30, p. 234–251, 2016.

DINI, A. P. et al. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 5, p. 787–793, out. 2014.

FAWCETT, J. *Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2ª ed. Philadelphia (US): F.A. Davis Company; 2005.

FERREIRA, C. I. V.; SIMÕES, I. M. H. Validação de protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto. *Revista de Enfermagem Referência*, v. serIV, n. 23, p. 153–164, dez. 2019.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 72–78, fev. 2005.

FULY, P. DOS S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 6, p. 883–887, dez. 2008.

GARCIA, T. R. (ED.). *CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2019*. Porto Alegre /RS: Artmed, 2019.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 5–10, mar. 2016.

GEORGE, Julia B. *Teorias de enfermagem - dos fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIRARDI, C. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em pronto-socorro hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*, v. 18, n. 71, 20 abr. 2018.

GONÇALVES, L. R. R. et al. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. *Escola Anna Nery*, v. 11, n. 3, p. 459–465, set. 2007.

HORTA, W. DE A.; CASTELLANOS, B. E. P. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.



ICNP DOWNLOAD. International Council of Nurses, Geneva/Swtizerland, 2020. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-doprojectsehealthicnp-download/icnp-download>. Acesso em: 16 jun. 2020.

JOHNSON, M.; SWEENEY, S. Ligações NANDA, NOC-NIC: Condições Clínicas : suporte ao Raciócinio e Assistência de Qualidade. 3. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2013.

LOPES, P. F.; TOLEDO, V. P. Instrumento para a avaliação familiar da criança com incongruência de gênero. Rev. enferm. UFPE online, p. [1-10], 2020.

MAGALHÃES, A. M. M. DE et al. Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, 2017.

MARANHA, N. B.; SILVA, M. C. A. DA; BRITO, I. C. DE. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. Academus Revista Científica da Saúde, v. 2, n. 1, 27 abr. 2017.

MARTINS, P. A. S. F.; ARANTES, E. C.; FORCELLA, H. T. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 2, p. 233–241, jun. 2008.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Bases teóricas de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELO, L. M.; WERNET, M.; NAPOLEÃO, A. A. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. CuidArte, Enferm, p. 160–170, 2015.

MELO, L. S. DE et al. Effect of an educational program on the quality of Nursing Process recording. Acta Paulista de Enfermagem, v. 32, n. 3, p. 246–253, jun. 2019.

MENDONÇA, S. C. B. DE et al. Construção e validação do Instrumento Avaliação do Autocuidado para pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, 2017.

MOORHEAD, Sue et al. NOC - Classificação dos resultados de enfermagem. 5. ed. [s.l.] Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016.

MOSER, D. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), v. 10, n. 4, p. 998–1007, 2018.



NANDA INTERNATIONAL INC. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NASCIMENTO, A. L. G. DO et al. Percepção do profissional de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, v. 17, n. 6, p. 678–684, 13 fev. 2019.

NEVES, R. DE S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 222–229, abr. 2010.

OLATUBI, M. I. et al. Knowledge, Perception, and Utilization of Standardized Nursing Language (SNL) (NNN) among Nurses in Three Selected Hospitals in Ondo State, Nigeria. *Int J Nurs Knowl*, p. 43–48, 2019.

OLIVEIRA, M. DE F. L. DE et al. Percepções de estudantes sobre o exame físico na prática clínica do enfermeiro. *Rev. RENE*, p. 268–277, 2016.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 32, n. 2, p. 153–168, ago. 1998.

QUERIDO, D. L. et al. Subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019.

RESENDE, F.Z. et al. Subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) para assistência à amamentação: estudo de validação de conteúdo. *Acta Paul Enferm*, v. 32, n. 1, p.35-45, 2019.

RIBEIRO, O. M. P. L. et al. Implementation of the nursing process in Portuguese hospitals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria SES-RS 69 de 30 de dezembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico para o Licenciamento e Funcionamento de Centros e Consultórios de Enfermagem no Estado do Rio Grande do Sul. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, n.º 250 de 30 de Dezembro de 2012.

RISJORD, M. Middle-range theories as models: New criteria for analysis and evaluation. *Nurs Philos*, p. e12225–e12225, 2019.



RODRIGUES, J. A. P. et al. Modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar de Favero e Lacerda: relato de caso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 3, 2016.

ROSA, ROSIANE et al. Reflexões de enfermeiras na busca do referencial teórico para assistência na maternidade. *Rev Bras Enferm*, v. 71, p. 1351–7, 2018.

SANTANA, R. F. Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma Invenção Brasileira? *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 8, n. 2, 22 jan. 2020.

SANTOS, M. A. P.; DIAS, P. L. M.; GONZAGA, M. F. N. “Processo de Enfermagem” Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. *Revista Saúde em Foco*, p. 5, 2017.

SANTOS, R. M. DOS et al. Relato de Experiência do Enfermeiro Residente com a Implantação do Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 0, n. 0, 12 nov. 2010.

SANTOS, R. M. dos et al. Relato de Experiência do Enfermeiro Residente com a Implantação do Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 0, n. 0, 12 nov. 2010.

SCHMITZ, E. L. et al. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. SPE, 2016.

SILVA, R. G. M. DA et al. Análise reflexiva sobre a importância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem como ferramenta gerencial. *Enfermagem Brasil*, v. 15, n. 4, p. 221–226, 5 nov. 2016.

SOARES, Filipe. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático Biblioteca Virtual de Enfermagem - Cofen, Brasília, DF, 15 set. 2020 . Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/sistematizacao-assistencia-enfermagem-guia-pratico/>>. Acesso em: 3 nov. 2020.

SOARES, Filipe. Guia de Recomendações Para Registro De Enfermagem No Prontuário Do Paciente e Outros Documentos De Enfermagem. Biblioteca Virtual de Enfermagem - Cofen, Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 30 ago. 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios



do enfermeiro na gerência da assistência. Escola Anna Nery, v. 19, n. 1, p. 47–53, mar. 2015.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2. ed. [s.l.] Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2011.

TOLENTINO, G. S.; BETTENCOURT, A. R. DE C.; FONSECA, S. M. DA. Construction and validation of an instrument for nursing consultation in outpatient chemotherapy. Rev. bras. enferm, v. 72, n. 2, p. 391–399, 2019.

VALE, D. L.; FREIRE, V. E. C. DE S.; PEREIRA, L. F. B. Consulta de enfermagem a pessoas com tuberculose: proposta de instrumento. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 19, 2 out. 2020.

VALENZUELA-SUAZO, S. V. Aplicación de la teoría en la investigación del cuidado. Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc, p. 124–127, 2019.

VASCONCELOS, R. O. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, 2017.

WATKINS, S. Effective decision-making: applying the theories to nursing practice. Br J Nurs, p. 98–101, 2020.

YOUNAS, A.; QUENNELL, S. Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. Scand J Caring Sci, p. 540–555, 2019.



Realização



Apoio

