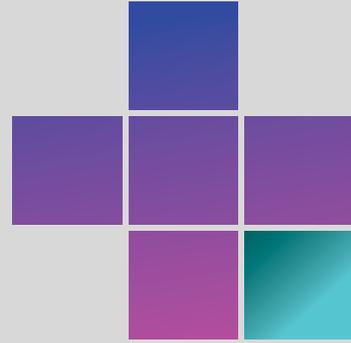




Protocolos de Enfermagem

Cidade de São Paulo



Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e
Vigilância em Saúde

Comissão para Sistematização da Assistência de Enfermagem

Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde



1ª edição revista
Junho | 2022



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Ricardo Nunes
Prefeito da Cidade de São Paulo

Luiz Carlos Zamarco
Secretário Municipal da Saúde

Maurício Serpa
Secretário Adjunto Municipal da Saúde

Armando Luis Palmieri
Chefe de Gabinete

Sandra Maria Sabino Fonseca
Secretária Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

Giselle Cacherik
Coordenadora da Atenção Básica

Responsáveis pela Produção:

Claudia Campos de Almeida - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Camila Takao Lopes - EPE UNIFESP

Daiana Bonfim - SBIBAE HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

Lidiane Silva dos Santos - OSS IABAS

Lislaine Aparecida Fracolli - EE USP

Manoel Vieira de Miranda Neto - SBIBAE HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

Robson da Costa Oliveira - OSS IABAS

Soraia Matilde Marques Buchhorn - EPE UNIFESP

Projeto gráfico e editoração:

Núcleo de Criação - Assessoria de Comunicação e Imprensa - ASCOM | SMS Gabinete

Jonathan Muniz - Coordenador

Ricardo Liberato - Criação e Design

Secretaria Municipal da Saúde

Rua General Jardim, nº 36, Vila Buarque - CEP: 01223-010

Tel.: 2027-2000

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA-EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COMISSÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

1ª edição revista

Ficha catalográfica

S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Comissão para Sistematização da Assistência de Enfermagem
Processo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde / Secretaria da Saúde, Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde; Comissão para Sistematização de Assistência de Enfermagem.- **1. ed.** rev.- São Paulo: **SMS, 2022.**
37 p.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU-616.08

APRESENTAÇÃO

Este guia foi elaborado com o objetivo de apoiar os enfermeiros na condução do Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Foi desenvolvido pelos membros do Comitê de Processo de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.



SUMÁRIO:

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem	09
2. Etapas do Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentadas nos protocolos	10
2.1 Coleta de dados/Histórico de enfermagem	11
2.2 Diagnóstico de enfermagem	13
2.3 Planejamento	21
2.4 Implementação da assistência de enfermagem	22
2.5 Avaliação da assistência de enfermagem	23
3. Registro e documentação na estrutura SOAP	24
4. Estudo de caso aplicado	25
4.1 Investigação (coleta de dados e exame físico)	25
4.2 Diagnóstico de enfermagem	26
4.3 Planejamento	27
4.4 Implementação	28
4.5 Avaliação	30
5. REFERÊNCIAS	35

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem

Na prática assistencial, é comum a dúvida sobre o uso das expressões "Sistematização da Assistência de Enfermagem" (SAE) e "Processo de Enfermagem" (PE), muitas vezes utilizadas como sinônimos. Todavia, é importante que os enfermeiros tenham clareza sobre a diferença entre elas, utilizem-nas de forma adequada e contribuam para esclarecimento de dúvidas junto à equipe.

SAE é diferente de Processo de Enfermagem! Não são sinônimos!

O que é SAE: é a sistematização, a organização do trabalho da enfermagem, incluindo, mas não se limitando, ao dimensionamento e atualização técnico-científica permanente de pessoal, disponibilidade de protocolos, equipamentos, tecnologias, sistemas de documentação, entre outros.

SAE não é sinônimo de Consulta de Enfermagem!

O que é Processo de Enfermagem: é o instrumento metodológico que a enfermagem utiliza para orientar o cuidado a ser prestado, bem como a documentação da prática profissional.

Ele é composto por etapas, que acontecem de forma integrada e guiam/organizam o raciocínio clínico do enfermeiro para o cuidado que deve ser realizado. É por meio dele que o enfermeiro:

- Coleta os dados necessários para o cuidado;
- Organiza os dados em sinais, sintomas, possíveis causas;
- Julga as respostas das pessoas/usuários/famílias/comunidades às condições de saúde ou processos de vida;
- Planeja, executa, acompanha e registra como está sendo a resposta das pessoas/usuários/famílias/comunidades frente aos cuidados planejados e implementados.

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem determina que o Processo de Enfermagem seja realizado e documentado em todos os ambientes onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem em território nacional. Acrescenta que, em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Enfermagem corresponde à Consulta de Enfermagem (Cofen, 2009).

Por este motivo, na Atenção Primária à Saúde (APS), o Processo de Enfermagem ficou amplamente conhecido como o momento da Consulta de Enfermagem, mas como discutiremos ao longo deste material, o Processo de Enfermagem não acontece somente na consulta de enfermagem.

"Nem todo processo de enfermagem é uma consulta de enfermagem, mas toda consulta só é consulta de enfermagem se aplicar o processo de enfermagem".

(Enfermeira Elizimara Ferreira Siqueira)

Para viabilizar o uso *adequado* do Processo de Enfermagem como método de trabalho, alguns requisitos são necessários, os quais compõem a Sistematização (Organização) da Assistência de Enfermagem (Cofen, 2009; Pimenta et al., 2017; Santana, 2019):

- Organização do método de trabalho, ou das próprias etapas do Processo de Enfermagem;
- Organização de pessoal, em termos de quantidade adequada, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à assistência no contexto de trabalho;
- Organização de instrumentos que facilitem o raciocínio diagnóstico e terapêutico, a tomada de decisão, a implementação e documentação da assistência, dentre outros. Os instrumentos incluem, por exemplo, os fluxos assistenciais, os protocolos assistenciais e sistemas eletrônicos de registro.

Assim, são necessários profissionais competentes, com uma agenda organizada de acordo com a necessidade do território, espaço físico, recursos materiais e tecnológicos para realizar atendimentos, planejar e executar cuidados em níveis individuais e comunitários. Estes elementos são aspectos da SAE com os quais o enfermeiro frequentemente está envolvido, mas não são o Processo de Enfermagem e não são a Consulta de Enfermagem.

No tópico seguinte, trabalharemos como aplicar as etapas do Processo de Enfermagem.

2. Etapas do Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentadas nos protocolos

O Processo de Enfermagem se baseia na adoção de um suporte teórico, uma perspectiva sobre a interação da *pessoa* com seu *ambiente* (diagnósticos) e como as ações de *Enfermagem* poderiam influenciar essa interação (intervenções) em busca da melhor *saúde* possível da pessoa (resultados) (Cofen, 2009; Garcia, 2019).

A partir dessa perspectiva, o Processo de Enfermagem guiará o enfermeiro para um estilo de pensamento em que se perguntará constantemente:

- Quais situações de saúde deste usuário as ações de enfermagem podem modificar (diagnósticos)?
- Qual a melhor situação a que o usuário pode chegar com os recursos existentes (metas)?
- Quais cuidados devo realizar para alcançar esta melhor situação (intervenções)?
- As metas definidas estão sendo alcançadas (resultados)? (Cruz, 2008).

Operacionalmente, o Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas:

- Coleta de Dados/Histórico de Enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Planejamento de Enfermagem;

- Implementação;
- Avaliação de Enfermagem.

Em suma, se utilizado corretamente, o Processo de Enfermagem favorece a atenção centrada no usuário, a tomada de decisão clínica, assistencial e gerencial (da Silva et al., 2016), consolida a assistência por meios científicos, respaldados por teorias do cuidado e organiza a aplicação do corpo de conhecimento próprio da Enfermagem com base nas necessidades dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Benedet et al., 2020), além de guiar os registros de enfermagem.

2.1 Coleta de dados/Histórico de enfermagem

A Resolução 358/2009 do COFEN define a Coleta de Dados/Histórico de enfermagem como:

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 (Cofen, 2009).

Tratando-se de um processo deliberado e sistemático, requer do enfermeiro o uso **organizado** da observação, interação e mensuração de forma consciente, intencional. A coleta de dados representará uma busca proposital por aspectos **pertinentes** à situação clínica (Brasil, 1997; Bachion, 2009).

Nesta etapa, dados objetivos e subjetivos são coletados por meio de entrevista, exame físico, consulta ao prontuário, consulta a outros profissionais, exames laboratoriais e de imagem, consulta a familiares e/ou pessoas significantes (Brito, 2007). Ainda podemos considerar na coleta de dados as informações complementares, tais como anotações em prontuários realizada por profissionais da equipe, preocupações dos usuários, diagnósticos médicos, evoluções, planilhas e informações sobre a situação da comunidade (Oliveira, 2016).

Ressalta-se ainda que **a coleta de dados é contínua**, ou seja, não é finalizada com o preenchimento de um formulário ou um atendimento. Ela pode ocorrer a cada contato com o usuário, por exemplo, na sala de espera ou durante visitas domiciliares, durante uma visita do usuário para ser vacinado, discussões em reuniões de equipe, e assim, novos dados podem ser coletados ou confirmados.

Para uma adequada coleta de dados, é importante que o enfermeiro tenha conhecimentos técnico-científicos a respeito da situação clínica. Por exemplo, para avaliar um adulto com hipertensão arterial sistêmica (HAS), é preciso conhecer quais as potenciais causas, sinais e sintomas mais frequentes, sinais de alerta, consequências na vida e no trabalho, consequências sociais, espirituais, comunitárias, entre outros.

Além dos conhecimentos clínico-epidemiológicos, é importante que o enfermeiro tenha habilidades que integram aspectos tais como, abordagem e comunicação clínica, como

realizar o exame físico direcionado, quais achados do exame físico são normais, quais instrumentos válidos e confiáveis podem ser usados durante a entrevista (Herdman, Kamitusuru & Lopes, 2021; Guedes et al., 2012).

Uma das perspectivas mais adotadas para **embasar e organizar** a coleta de dados são as **Teorias de Enfermagem**, ou seja, os “óculos” que o enfermeiro utilizará para abordar a pessoa/usuário/família/comunidade, para decidir o que ele investigará junto ao usuário/família/comunidade, como interpretará os dados coletados, como selecionará as intervenções a serem implementadas.

Uma das teorias de enfermagem utilizada é a da **Teoria das Necessidades Humanas Básicas**, de Wanda de Aguiar Horta (Horta, 1979). Horta considera que as Necessidades Humanas Básicas são estados de tensão e as classifica em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (Mohana, 1964). De acordo com esta teoria, o enfermeiro deve **coletar dados** a respeito das **necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais** conforme apresenta-se no Quadro 1:

Quadro 1. Classificação das Necessidades Humanas Básicas.

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
<ul style="list-style-type: none"> - Oxigenação - Hidratação - Nutrição - Eliminação - Sono e repouso - Exercício e atividades físicas - Sexualidade - Abrigo - Mecânica Corporal - Motilidade - Cuidado corporal - Integridade cutâneo-mucosa - Integridade física - Regulação térmica, hormonal, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular - Locomoção - Percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa) - Ambiente - Terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança - Amor - Liberdade - Comunicação - Criatividade - Aprendizagem (educação à saúde) - Gregária - Recreação - Lazer - Espaço - Orientação no tempo e espaço - Aceitação - Autorrealização - Auto-estima - Atenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Religiosa ou Teológica - Ética ou filosofia de Vida

Fonte: Horta (1979)

De acordo com Horta (1979), quando indivíduos, famílias e comunidades estão em estados de *equilíbrio*, as Necessidades Humanas Básicas não se manifestam, permanecem latentes. Quando ocorrem *desequilíbrios*, as Necessidades Humanas Básicas se manifestam. Ao identificar as Necessidades Humanas Básicas manifestas (que requerem atendimento e cuidado de enfermagem), o enfermeiro estará identificando os potenciais diagnósticos de enfermagem.

2.2 Diagnóstico de enfermagem

De acordo com a Resolução 358/2009 do COFEN, o Diagnóstico de Enfermagem (DE) é definido como:

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (Cofen, 2009).

Os elementos dessa definição também são captados pela definição da NANDA *International* (NANDA-I):

Um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma suscetibilidade a tal resposta, de um indivíduo, um cuidador, uma família, um grupo ou uma comunidade. Um diagnóstico de enfermagem é a base para a escolha de intervenções de enfermagem que alcancem resultados que são responsabilidade do enfermeiro (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Para uma mesma condição de saúde (p.ex. doença, disfunção, deficiência, etc.) ou para um mesmo processo de vida (p.ex., puberdade, gravidez, perda de uma pessoa significativa, mudança de emprego, envelhecimento, etc.), podem ocorrer diferentes respostas humanas (diagnósticos de enfermagem). Por exemplo, dois usuários podem ter a mesma condição de saúde - HAS; enquanto um deles apresentar Autogestão ineficaz da saúde, o outro apresenta Disposição para autogestão da saúde melhorada. Duas mulheres podem estar passando pelo mesmo processo de vida - o puerpério. Enquanto uma delas apresenta Baixa autoestima situacional, a segunda mulher apresenta Distúrbio na imagem corporal.

É relevante destacar que o diagnóstico de enfermagem é privativo do enfermeiro (Cofen, 2009) e pode ser entendido tanto como um *processo que envolve raciocínio clínico* quanto um *produto do julgamento clínico* (Lopes, Silva & Herdman, 2017).

O processamento e agrupamento dos dados coletados e sua interpretação variarão de acordo com o referencial teórico adotado, o contexto sociocultural, conhecimentos, habilidades, atitudes e experiência de cada profissional (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021; Herdman & Lopes, 2019). Assim, o enfermeiro **interpretará os dados** ao longo da coleta da seguinte maneira (figura 1) (Lopes, Silva & Herdman, 2017; Horta, 1979).

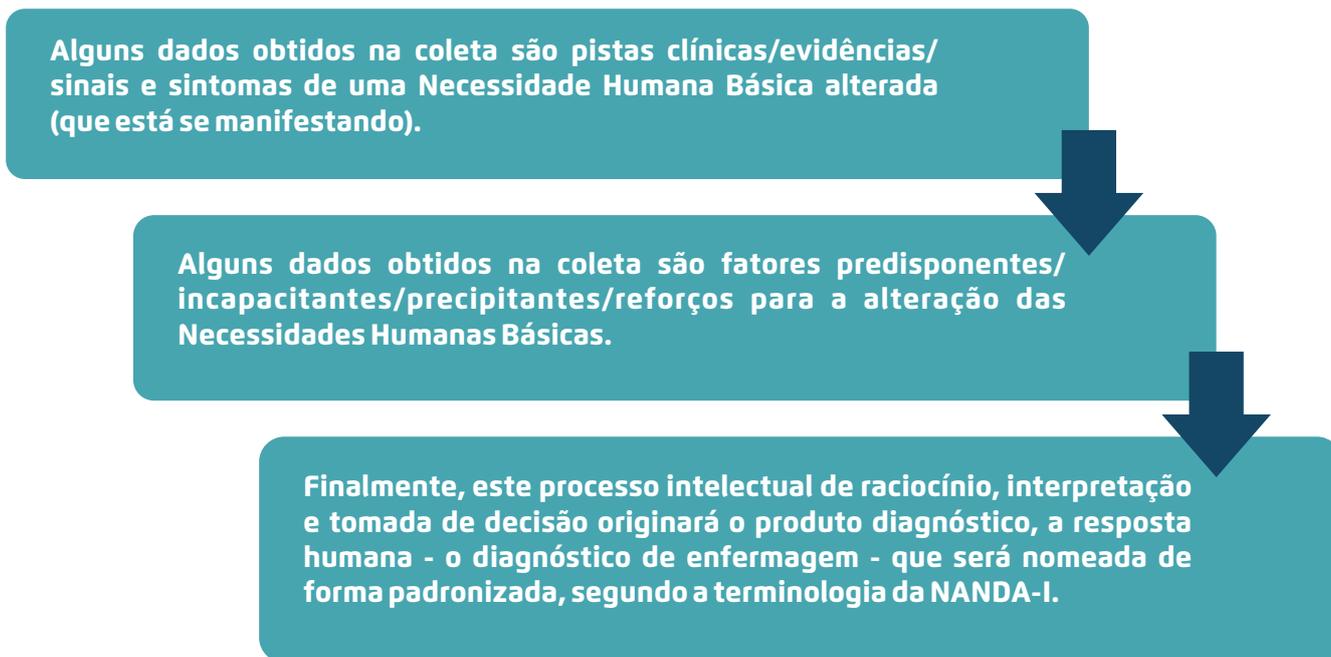


Figura 1. Interpretação dos dados ao longo da coleta.

A Figura 2 ilustra resumidamente o processo diagnóstico de enfermagem, permeado pelo raciocínio clínico, até declaração do produto.

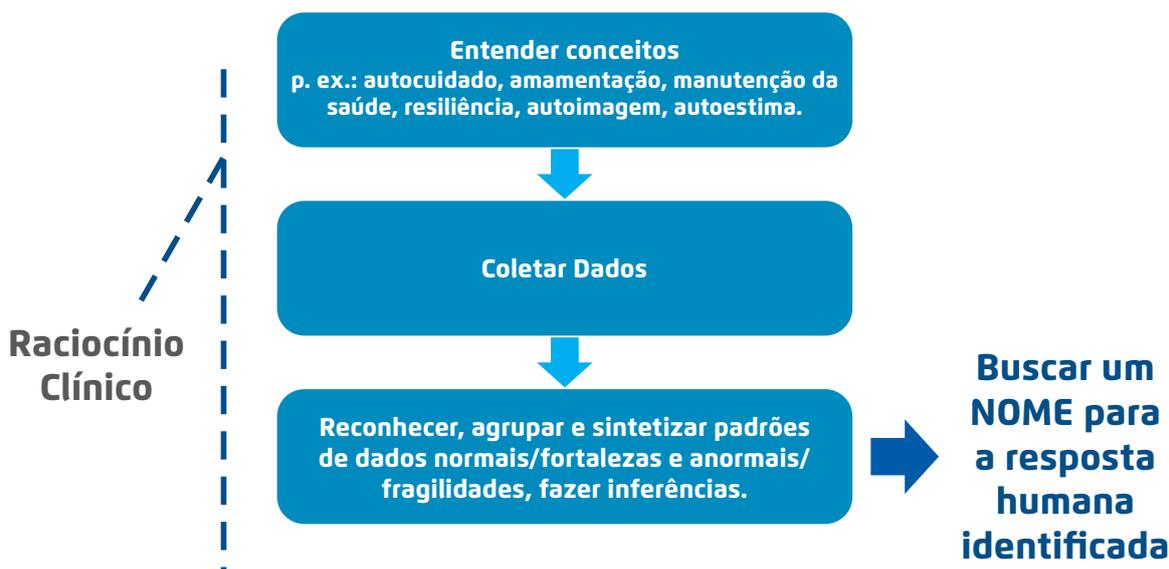


Figura 2. Raciocínio clínico para julgamento diagnóstico de enfermagem.

Fonte: elaborado pelos próprios autores, baseada no texto de Herdman, Makitsuru & Lopes, 2021.

A NANDA-I denomina:

- As **pistas/evidências/sinais e sintomas = características definidoras;**

- Os **fatores predisponentes/incapacitantes/precipitantes/reforços** podem ser categorizados em **fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas ou populações em risco** (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

As definições de cada um desses elementos são apresentadas na Figura 3.

Características definidoras	Fatores relacionados	Fatores de risco	Populações em risco	Condições associadas
<p>Pistas/inferências observáveis que agrupam-se como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de uma síndrome.</p> <p>Não é apenas o que o enfermeiro consegue ver, mas o que pode ouvir (p. ex., o que o paciente/família informa), tocar ou cheirar. Por exemplo, a persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação é uma característica definidora do diagnóstico</p> <p>Amamentação ineficaz</p>	<p>Fatores antecedentes que mostram ter uma relação padronizada com a resposta humana. Esses fatores podem ser descritos como associados a, relacionados com ou contribuindo para essa resposta. Por exemplo, o conhecimento inadequado dos pais sobre técnicas de amamentação é um fator relacionado do diagnóstico</p> <p>Amamentação ineficaz</p> <p>Sempre que possível, as intervenções de enfermagem devem voltar-se a esses fatores etiológicos para a remoção da causa subjacente do diagnóstico de enfermagem.</p>	<p>Fatores antecedentes que aumentam a suscetibilidade de família, grupo ou comunidade a uma resposta humana que devem ser modificáveis por intervenções de enfermagem. Sempre que possível, devem se voltar a esses fatores. Por exemplo, calçados inadequados são um fator de risco do diagnóstico</p> <p>Risco de quedas no adulto</p>	<p>Grupos de pessoas que compartilham características sociodemográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento, exposição a determinados eventos/experiências que levam cada membro a ser suscetível a determinada resposta humana. Por exemplo, os lactentes prematuros são uma população em risco do diagnóstico</p> <p>Amamentação ineficaz</p> <p>Não são modificáveis, mas auxiliam o raciocínio diagnóstico.</p>	<p>Diagnósticos médicos, procedimentos diagnósticos/cirúrgicos, dispositivos médicos/cirúrgicos ou preparações farmacêuticas. Por exemplo, o defeito nasofaríngeo é uma condição associada ao diagnóstico</p> <p>Amamentação ineficaz</p> <p>Não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, mas podem dar apoio à precisão nos diagnósticos de enfermagem.</p>

Figura 3. Elementos componentes dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.

Fonte: Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

Os elementos diagnósticos apresentados na Figura 3 compõem diferentes tipos de diagnósticos da NANDA-I:

1) Diagnóstico com Foco no Problema:

Um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos de vida que é reconhecida em um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Um exemplo de diagnóstico com foco no problema é “Amamentação ineficaz” (Figura 4). Os diagnósticos com foco no problema contêm características definidoras e fatores relacionados. Podem conter condições associadas e populações em risco.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00104

Amamentação ineficaz

Foco do diagnóstico: Amamentação

Aprovado em 1988 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 3.1

Definição

Dificuldade para oferecer o leite da mama, que pode comprometer o estado nutricional do lactente ou da criança.

Características definidoras

No lactente ou na criança

- Agitação dentro de uma hora após a amamentação
- Arqueamento quando na mama
- Ausência de resposta a outras medidas de conforto
- Choro dentro de uma hora após a amamentação
- Choro quando na mama

Na mãe

- Esvaziamento insuficiente de cada mama durante a amamentação
- Percepção de suprimento de leite inadequado

Manifestações de um diagnóstico (p. ex., sinais ou sintomas).

- Fezes inadequadas
- Ganho de peso inadequado
- Incapacidade de apreender a região aréolo-mamilar materna corretamente
- Perda de peso sustentada
- Resistência em apreender a região aréolo-mamilar
- Sucção não sustentada na mama

- Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação
- Sinais insuficientes de liberação de ocitocina

Etiologias, circunstâncias, fatos ou influências que têm certo tipo de relação com o DE (p. ex., causa, fator contribuinte).

Fatores relacionados

- Alimentações suplementares com bico artificial
- Amamentação interrompida
- Ambivalência materna
- Anomalia da mama materna
- Ansiedade materna
- Apoio familiar inadequado
- Atraso do estágio II da lactogênese
- Conhecimento inadequado dos pais sobre a importância da amamentação
- Conhecimento inadequado dos pais sobre técnicas de amamentação
- Dor materna
- Fadiga materna
- Obesidade materna
- Oportunidade insuficiente de sugar a mama
- Produção insuficiente de leite materno
- Resposta ineficaz da sucção-deglutição do lactente
- Uso de chupeta

Populações em risco

- Indivíduos com história de cirurgia nas mamas
- Indivíduos com história de falha na amamentação
- Lactentes prematuros
- Mães de lactentes prematuros
- Mulheres com licença maternidade curta

Condições associadas

- Defeito orofaríngeo

Diagnósticos médicos, procedimentos diagnósticos/cirúrgicos, dispositivos médicos/cirúrgicos ou preparações farmacêuticas.

Grupos de pessoas que partilham alguma característica que levam cada membro a ser suscetível a determinada resposta humana

Figura 4. Exemplo do diagnóstico com foco no problema “Amamentação ineficaz”.

Fonte: Modificado de Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

2) Diagnóstico de Risco:

Um julgamento clínico a respeito da suscetibilidade de desenvolver uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processos de vida em um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Um exemplo de diagnóstico de risco é **Risco de quedas no adulto** (Figura 5). Os diagnósticos de risco contêm fatores de risco. Podem conter condições associadas e populações em risco.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00303

Risco de quedas no adulto

Foco do diagnóstico: Quedas

Aprovado em 2020 • Nível de evidência 3.4

Definição

Suscetibilidade do adulto a vivenciar um evento que resulte em deslocamento inadvertido ao solo, chão, ou outro nível inferior, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Fatores fisiológicos

- Deficiência de vitamina D
- Desidratação
- Diarreia
- Dor musculoesquelética crônica
- Equilíbrio postural prejudicado
- Força em extremidade inferior diminuída
- Hipoglicemia
- Incontinência
- Mobilidade física prejudicada
- Obesidade
- Perturbações do sono
- Sensação de desmaio ao estender o pescoço
- Sensação de desmaio ao virar o pescoço

Fatores psiconeurológicos

- Abuso de substâncias
- Ansiedade
- Confusão agitada
- Disfunção cognitiva
- Medo de quedas
- Perambulação persistente
- Sintomas depressivos

Fatores ambientais inalterados

- Altura do assento do vaso sanitário inadequada
- Ambiente desordenado
- Assentos sem braços
- Assentos sem encostos
- Cenário pouco conhecido
- Desatenção a animais de estimação
- Exposição a condições atmosféricas inseguras
- Falta de barras de segurança
- Iluminação inadequada
- Material antiderrapante inadequado no piso
- Material antiderrapante inadequado nos banheiros
- Objetos fora do alcance
- Piso irregular
- Superfície do leito elevada
- Uso de tapetes soltos

Fatores antecedentes que aumentam a suscetibilidade de família, grupo ou comunidade a uma resposta humana que devem ser modificáveis por intervenções de enfermagem.

Outros fatores

- Calçados inapropriados
- Conhecimento inadequado sobre os fatores modificáveis
- Dificuldade para realizar atividades da vida diária
- Dificuldade para realizar atividades da vida diária
- Fatores identificados por ferramenta de avaliação padronizada e validada
- Levantar-se à noite sem auxílio
- Vestuário inadequado para caminhar

Populações em risco

- Indivíduos com baixo nível educacional
- Indivíduos com história de quedas
- Indivíduos com idade ≥ 60 anos
- Indivíduos com limitações
- Indivíduos dependentes para realizar atividades da vida diária
- Indivíduos dependentes para realizar atividades instrumentais da vida diária
- Indivíduos desfavorecidos economicamente
- Indivíduos em ambientes de cuidados paliativos
- Indivíduos em ambientes de reabilitação
- Indivíduos em locais de cuidados a idosos
- Indivíduos no pós-operatório imediato
- Indivíduos que moram sozinhos
- Indivíduos recebendo cuidados domiciliares
- Indivíduos vivenciando hospitalização prolongada

Condições associadas

- Anemia
- Depressão
- Dispositivos auxiliares para caminhar
- Doenças do sistema endócrino
- Doenças musculoesqueléticas
- Doenças vasculares
- Hipotensão ortostática
- Lesão de grande porte
- Preparações farmacêuticas
- Próteses de membro inferior
- Transtornos mentais
- Transtornos neurocognitivos
- Transtornos sensoriais

Figura 5. Exemplo do diagnóstico de risco “Risco de quedas no adulto.

Fonte: Modificado de Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

3) Diagnóstico de Promoção da Saúde:

Um julgamento clínico a respeito da motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial humano de saúde, reconhecido em um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Um exemplo de diagnóstico de promoção da saúde é Disposição para autocuidado melhorado (Figura 6). Os diagnósticos de promoção da saúde contêm características definidoras e podem conter fatores relacionados.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00182

Disposição para autocuidado melhorado

Foco do diagnóstico: Autocuidado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de realização de atividades para si mesmo para atingir as metas relativas à saúde, que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a independência na saúde
- Expressa desejo de melhorar a independência na vida
- Expressa desejo de melhorar a independência no bem-estar
- Expressa desejo de melhorar a independência no desenvolvimento pessoal
- Expressa desejo de melhorar o autocuidado
- Expressa desejo de melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado

Figura 6. Exemplo de diagnóstico de Promoção da Saúde “Disposição para autocuidado melhorado”.

Fonte: Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

4) Diagnósticos de Síndrome:

Um julgamento clínico relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto e com intervenções similares.

Um exemplo de diagnóstico de síndrome é “Síndrome da dor crônica” (Figura 7). Os diagnósticos de síndrome contêm duas ou mais características definidoras, que são outros diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, e fatores relacionados.

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00255

Síndrome da dor crônica

Foco do diagnóstico: Síndrome da dor crônica

Aprovado em 2013 • Revisado em 2020 • Nível de evidência 2.2

Definição

Dor recorrente ou persistente há no mínimo 3 meses e que afeta significativamente o funcionamento diário ou o bem-estar.

Características definidoras

- Ansiedade (00146)
- Constipação (00011)
- Distúrbio no padrão de sono (00198)
- Fadiga (00093)
- Insônia (00095)
- Isolamento social (00053)
- Medo (00148)
- Mobilidade física prejudicada (00085)
- Regulação do humor prejudicada (00241)
- Sobrecarga de estresse (00177)

Fatores relacionados

- Afeto negativo
- Conhecimento inadequado sobre comportamentos de controle da dor
- Crenças de esquiva do medo
- Índice de massa corporal acima dos parâmetros normais para idade e sexo
- Medo da dor
- Perturbações do sono

Figura 7. Exemplo de diagnóstico de síndrome.

Fonte: Modificado de Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

É importante ressaltar que os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I propõem uma **terminologia** para declarar de **forma padronizada** o **resultado do raciocínio clínico do enfermeiro**, mas **não padronizam os usuários**, famílias, grupos ou comunidades avaliadas.

As evidências clínicas e possíveis causas são **individualmente** constatadas durante a coleta de dados para apoiar a identificação do diagnóstico. Assim, para cada pessoa/família/comunidade, haverá um ou mais diagnósticos de enfermagem de acordo com as informações que você, enfermeiro, obteve na etapa de coleta de dados, no momento do atendimento, e estes devem ser revisados no momento da evolução e atualizados sempre que necessário.

Os **diagnósticos** de enfermagem da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I são **organizados** em uma estrutura denominada Taxonomia II. Nesta taxonomia, os diagnósticos estão contidos em **13 Domínios** (grandes áreas de conhecimento de enfermagem), abaixo dos quais há Classes (subcategorias com atributos similares) (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021). A Figura 8 apresenta os Domínios e Classes da NANDA-I.

Domínio 1: Promoção da Saúde	Domínio 2: Nutrição	Domínio 3: Eliminação e Troca	Domínio 4: Atividade/ Repouso	Domínio 5: Percepção/ cognição	Domínio 6: Auto percepção	Domínio 7: Papéis e Relacionamentos
C1: Percepção da saúde C2: Controle da saúde	C1: Ingestão C2: Digestão C3: Absorção C4: Metabolismo C5: Hidratação	C1: Função Urinária C2: Função Gastrointestinal C3: Função Tegumentar C4: Função Respiratória	C1: Sono/ repouso C2: Atividade/ exercício C3: Equilíbrio de energia C4: Respostas cardiovasculares/pulmonares C5: Autocuidado	C1: Atenção C2: Orientação C3: Sensação/ percepção C4: Cognição C5: Comunicação	C1: Autoconceito C2: Autoestima C3: Imagem Corporal	C1: Papéis do cuidador C2: Relações familiares C3: Desempenho de papéis

Domínio 8: Sexualidade	Domínio 9: Enfrentamento/ tolerância ao estresse	Domínio 10: Princípios da vida	Domínio 11: Segurança/ Proteção	Domínio 12: Conforto	Domínio 13: Crescimento/ Desenvolvimento
C1: Identidade sexual C2: Função sexual C3: Reprodução	C1: Respostas pós-trauma C2: Respostas de enfrentamento C3: Estresse neurocomportamental	C1: Valores C2: Crenças C3: Coerência entre valores/ crenças/atos	C1: Infecção C2: Lesão Física C3: Violência C4: Riscos ambientais C5: Processos defensivos C6: Termorregulação	C1: Conforto Físico C2: Conforto Ambiental C3: Conforto Social	C1: Crescimento C2: Desenvolvimento

Figura 8. Domínios e Classes. NANDA-I.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no conteúdo de Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

A Figura 8 apresenta um exemplo de Domínio, Classes e Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I.

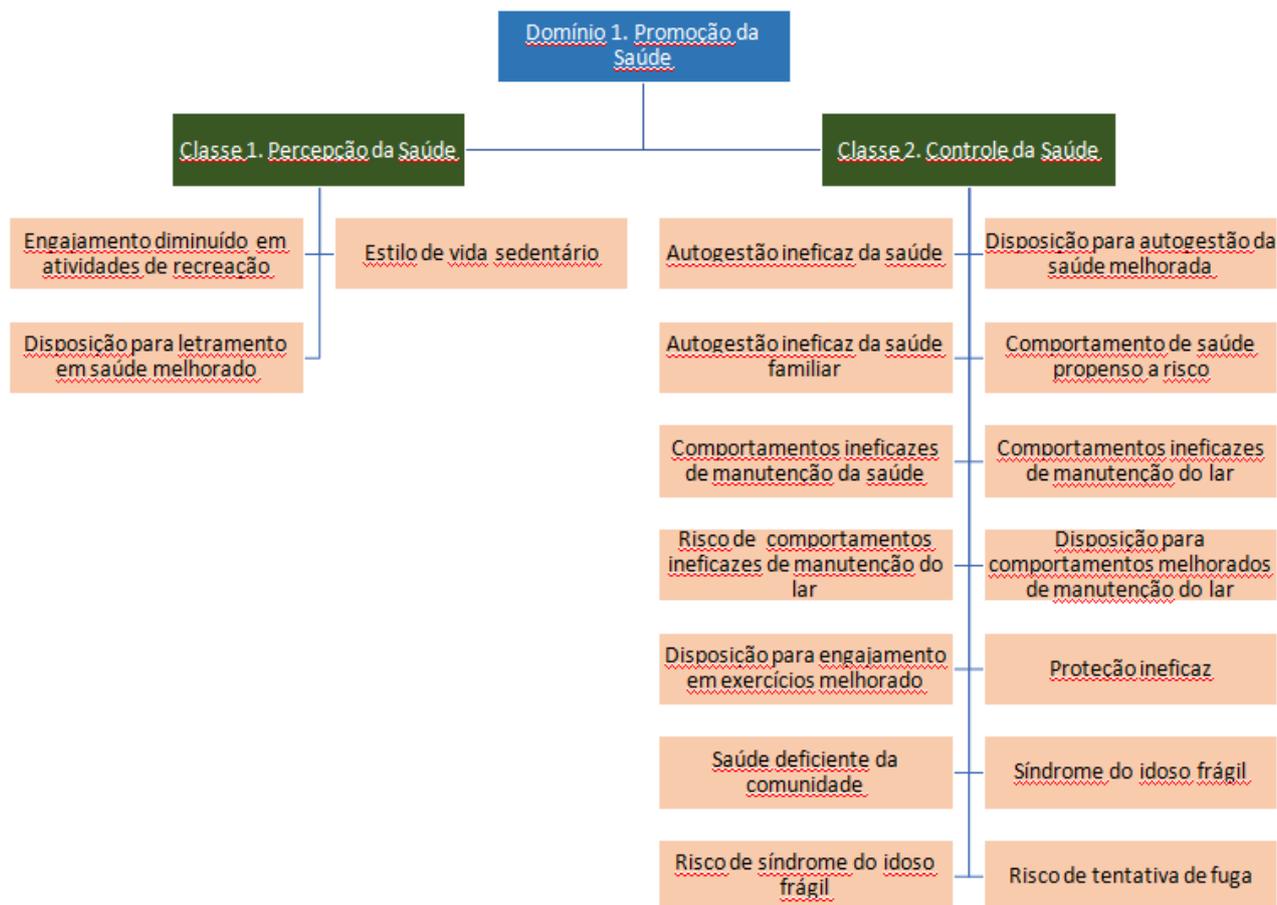
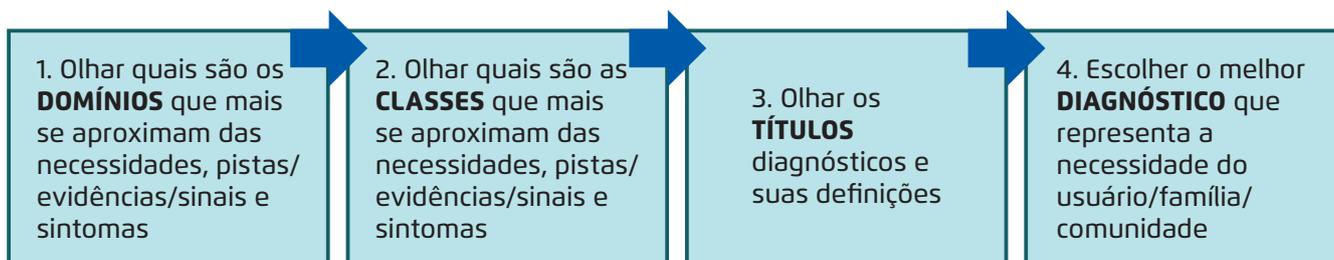


Figura 8. Domínio 1, Promoção da Saúde, com suas respectivas classes e diagnósticos da Classificação de Diagnósticos da NANDA International.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no conteúdo de Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

Esta **estrutura facilita** que os enfermeiros **identifiquem os diagnósticos** de enfermagem para nomear o julgamento sobre o conjunto de dados coletados. Assim, para escolha do melhor título diagnóstico, o enfermeiro poderá seguir o fluxo apresentado na Figura 9.

Figura 9. Passo a passo para o raciocínio e busca da terminologia diagnóstica.



Como redigir e documentar o diagnóstico de enfermagem

Ressalta-se que **não há um número mínimo de características definidoras ou fatores relacionados/de risco** necessário para identificar os diagnósticos de enfermagem. Cada diagnóstico tem elementos mais ou menos sensíveis e específicos ou capazes de prever a ocorrência dos diagnósticos. Enfermeiros menos experientes podem requerer mais elementos para diagnosticar com precisão, mas não há uma obrigatoriedade de três elementos, como difundido entre os enfermeiros.

Também não é necessário utilizar a estrutura completa "Título diagnóstico relacionado a fatores etiológicos evidenciado por características definidoras", desde que tais elementos estejam claros na coleta de dados ou anotações de enfermagem (Herdman&Kamitsuru, 2018; NANDA International, 2018).

O que deve ser documentado de maneira padronizada é o "**nome**", ou **título do diagnóstico** e a sua **definição**. As características definidoras do diagnóstico, bem como os fatores relacionados ou fatores de risco, podem estar documentados junto à coleta de dados ou à avaliação de enfermagem junto ao usuário/família/comunidade. Assim, o enfermeiro pode escolher documentar das seguintes maneiras:

- a) Utilizando todos os termos da NANDA-I: "Amamentação ineficaz relacionada a alimentações suplementares com bico artificial, apoio familiar inadequado e dor materna, evidenciada por ganho de peso inadequado do lactente e choro quando na mama".
- b) Utilizando o título diagnóstico da NANDA-I e termos da linguagem natural para especificar as características definidoras e fatores relacionados na declaração diagnóstica: "Amamentação ineficaz relacionada a uso de mamadeira e chupeta, falta de apoio do marido e dor no mamilo durante a amamentação".
- c) Utilizando termos da linguagem natural para especificar as características definidoras e fatores relacionados na coleta de dados e, posteriormente, o título diagnóstico da NANDA-I. Por exemplo, na coleta de dados, o enfermeiro registra "Ganho de peso de 1Kg em dois meses, usuária refere dor no mamilo durante a amamentação e refere que o lactente chora na mama. A usuária tem oferecido mamadeira pelo menos 3 vezes ao dia, pois refere que o marido insiste que ela desista de amamentar". Para documentar o diagnóstico de enfermagem, utiliza-se o título diagnóstico da NANDA-I "Amamentação ineficaz".

2.3 Planejamento

O Planejamento de Enfermagem é definido pela Resolução 358/2009 do COFEN como:

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 (Cofen, 2009).

Assim, uma vez identificado um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro e o usuário/família/comunidade priorizarão os diagnósticos, entrarão em acordo sobre o que seria importante **alcançar como meta** até o próximo encontro (grupo, consulta, visita domiciliar, vacinação, etc.) ou dentro de determinado tempo que seja clinicamente viável e interessante (Brito, 2008).

A meta é determinada para o usuário/família e não para o enfermeiro. Assim, para definir a meta, o enfermeiro deve se perguntar: **Qual a melhor situação a que o usuário pode chegar com os recursos existentes?** (Cruz, 2008).

O planejamento das ações de enfermagem *deve priorizar a abordagem das possíveis etiologias dos diagnósticos* (Herdman&Kamitsuru, 2018), além de ser alicerçado nas melhores evidências científicas disponíveis, na experiência dos profissionais envolvidos, nos recursos disponíveis na instituição/comunidade e nas preferências do usuário, ou seja, nos princípios da Prática Baseada em Evidências (Pimenta et al., 2017).

Para Horta (1979), a Enfermagem tem como o objetivo de *implementar estados de equilíbrio, prevenir estados de desequilíbrio e reverter desequilíbrios*. Na assistência de enfermagem, os enfermeiros fazem pelos usuários, famílias e comunidades aquilo que as pessoas/famílias/comunidades não podem fazer por si mesmos; ajudam quando parcialmente impossibilitados de se autocuidar; orientam, supervisionam e encaminham a outros profissionais para torná-los independentes da assistência, quando possível.

Assim, é relevante ressaltar que os limites das intervenções e ações de enfermagem determinadas durante a Consulta de Enfermagem não se encerram no ambiente físico do consultório, mas a execução acontece na discussão de caso junto à equipe, no acompanhamento de casos, na busca ativa, no monitoramento de contactantes, etc.

O **planejamento é operacionalizado por meio da prescrição de enfermagem**. O enfermeiro planeja e organiza o cuidado **prescrevendo ações** para o **auxiliar e técnico de enfermagem** e para ele **próprio**.

Para os auxiliares e técnicos de enfermagem, as prescrições das atividades de cuidado que lhes serão conferidas deverão estar disponíveis, seja por meio de discussões em reuniões de equipe, ou mecanismos de organização interna de cada unidade.

2.4 Implementação da assistência de enfermagem

De acordo com a Resolução 358/2009 do COFEN, a **implementação** é a **realização das ações ou intervenções** determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

Em muitas situações, esta fase **pode ocorrer concomitantemente** com a etapa do planejamento, pois durante o atendimento (consulta, visita, vacinação, curativo, etc), já é realizada a orientação e aplicado o cuidado. Por exemplo, o enfermeiro realiza a orientação verbalmente e a reforça por meio de uma prescrição **realizada em receituário, assinada e**

carimbada e entregue ao **usuário/família**. Ressalta-se que a **prescrição realizada para usuários/família não deve ficar somente no registro do prontuário, ela deve ser entregue**.

Assim, como a prescrição ficará com o usuário/família é extremamente importante que ela seja realizada de forma clara e correta, considerando as limitações dos usuários em relação à compreensão do que foi escrito. Para isso é necessário utilizar verbos no infinitivo, utilizar desenhos e imagens para auxiliar o usuário sempre que necessário e apresentar respostas às perguntas (Tannure, Pinheiro, 2019):

- O que fazer?
- Como fazer?
- Quando fazer?
- Onde fazer?
- Com que frequência fazer?
- Por quanto tempo fazer? (Incluindo quando deve interromper)
- Quem deve fazer?

Destaca-se ainda que outras intervenções e ações poderão ocorrer, pois não se esgotam necessariamente no momento do atendimento e são implementadas posteriormente, como por exemplo, ações de vigilância em saúde, busca ativa, atividades grupais, discussão de caso em equipe, construção de PTS, entre outras.

É importante ressaltar que, durante esta fase de implementação, **novos dados podem ser coletados/confirmados**, os usuários podem se lembrar de informá-los, ou surgir uma nova oportunidade de contato que pode ser mais aprofundada, ou, ainda, há novos problemas, riscos ou circunstâncias que acometem o indivíduo (Brito, 2008a).

2.5 Avaliação da assistência de enfermagem

De acordo com a Resolução 358/2009 do COFEN, a Avaliação de Enfermagem é:

Um 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 (Cofen, 2009).

Nesta etapa, deve-se **verificar se as metas determinadas** na etapa de planejamento **foram atingidas**. Neste momento, o enfermeiro deverá se perguntar e verificar:

- Houve melhora e/ou redução das pistas/evidências clínicas/sinais e sintomas e/ou das possíveis etiologias do diagnóstico?

- Caso não tenham ocorrido melhoras, as metas propostas eram viáveis?
- Há necessidade de maior tempo para cumpri-las?
- Há melhores intervenções a serem implementadas? (Brito, 2009).
- É necessário mudar a intervenção?
- Há evidências de novos diagnósticos de enfermagem para expressar a necessidade que está sendo apresentada?

É também nesta etapa que o enfermeiro, como membro da equipe, deverá utilizar ferramentas tecnológicas, planilhas, entre outros, para coordenar o cuidado na APS por meio do acompanhamento de forma sistematizada dos cuidados aos usuários/família/comunidade nos diferentes ciclos de vida.

3. Registro e documentação na estrutura SOAP

Embora exista a normatização nacional para uso do Processo de Enfermagem como um instrumento de trabalho, sua utilização não se restringe ao cumprimento de uma resolução, mas à **organização e integração de informações que permitem** registros representativos da assistência.

Os registros de enfermagem de qualidade facilitam a recuperação das informações e mensuração dos resultados obtidos pela equipe interdisciplinar com contribuições únicas da Enfermagem, potencializando, assim, a visibilidade científica e social da disciplina científica da Enfermagem (Cofen, 2009; Dal Sasso, et al. 2015; Garcia et al. 2017).

O registro da consulta de enfermagem deve ser realizado de acordo com as etapas do processo de enfermagem. Todavia, muitos prontuários eletrônicos apresentam somente o campo de registro na estrutura SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano).

Assim, o registro no Processo de Enfermagem por meio da estrutura SOAP deverá ser realizado de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2. Comparativo SOAP com as etapas do Processo de Enfermagem.

Etapa	SOAP	Processo de Enfermagem
S – Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/ problema/necessidade	Coleta de dados/Histórico de enfermagem (anamnese)
O – Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Coleta de dados/Histórico de enfermagem (exame Físico)
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de enfermagem (baseado em taxonomia) Avaliação da assistência de enfermagem (após o primeiro atendimento)
P – Plano	Plano de cuidados/condutas	Planejamento (prescrição das intervenções) Implementação (realização das intervenções)

4. Estudo de caso aplicado

4.1 Investigação (coleta de dados e exame físico)

Judite dos Santos, 54 anos, dona de casa, chega na UBS acompanhada de sua filha, Caroline, de 32 anos. Diagnosticada com HAS há 8 anos, utiliza Enalapril 20 mg/dia 2x dia e Hidroclorotiazida 25 mg/dia. Não tem outras doenças, é ex-tabagista há 2 anos e não consome bebidas alcoólicas. Refere que o pai também tinha HAS, mas faleceu aos 82 anos por outro motivo. Assim, ela acredita que, mesmo que a pressão fique alta de vez em quando, nada ocorrerá, pois ela toma os medicamentos corretamente e faz caminhada, assim como seu pai. Tem ensino médio incompleto, é casada, tem três filhos e mora em casa própria com o marido, a filha Caroline e o genro. Tem rede de esgoto, energia elétrica e água encanada.

Refere tomar todos os medicamentos no horário certo, desde que a filha veio morar com ela, há um ano e consegue os medicamentos na UBS. Realiza caminhadas com a filha, 3 vezes por semana. Refere se alimentar com frutas, legumes e carnes. Em relação ao sal, diz que não deixa saleiro na mesa, mas gosta muito de usar vários temperos industrializados para cozinhar, pois todos elogiam sua comida, sua mãe sempre cozinhou com Sazon, e o marido passou a "tomar mais gosto pela comida" quando ela passou a utilizar esses temperos em todas as refeições, pois a família não gosta de comida sem gosto. Refere não se sentir capaz de cozinhar com outros temperos.

Não tem dificuldade em comparecer às consultas. Relata que gosta de se cuidar para poder frequentar a igreja e ver os amigos. Não apresenta estratificação de risco para doenças crônicas não transmissíveis registrada em prontuário.

Ao exame físico, verifica-se: peso: 65 Kg, altura: 1,62 m, IMC: 24,77 Kg/m², pressão Arterial: 142x84mmHg, pulso: 78 bpm, FR: 14 mpm, T: 36,5. Utiliza óculos para miopia. Ausência de lesões em mucosa oral, dentição incompleta, em uso de prótese bem ajustada. Ausculta pulmonar: sons respiratórios Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Abdômen plano, normotenso, RHA normoativos. Medida da circunferência abdominal: 87cm. Pele íntegra em membros inferiores e superiores. Extremidades aquecidas, sem edemas.

Exames Laboratoriais; Dia 19/10/2020:

Creatinina: 1,0 mg/dL;

Sódio: 135 mEq/L;

Potássio: 4,1mEq/L;

Colesterol total: 210 mg/dL;

HDL: 50 mg/dL;

LDL: 120 mg/dL;

Triglicerídeos: 160 mg/dL;

URINA 1: sem alterações;
Glicemia: 98 mg/dL.

Raciocínio: Quais são as necessidades afetadas? Quais são os dados fora do esperado? (Quadro 3)

Quadro 3. Representação das Necessidades humanas básicas.

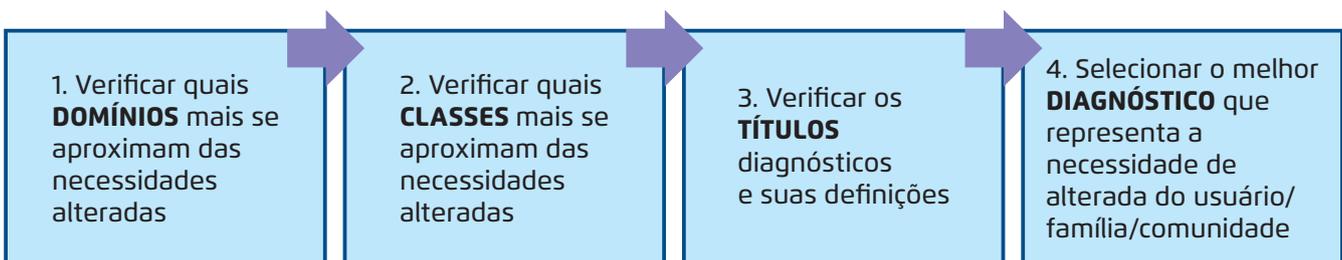
Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
PA: 142x84mmHg Usa vários temperos industrializados para cozinhar	Não se sente capaz de utilizar outros temperos além dos industrializados, devido à preferência/resposta da família. Realiza caminhadas com a filha. Gosta de conviver com amigos.	Gosta de frequentar igreja.

4.2 Diagnóstico de enfermagem

Primeiro passo: Quais são os dados fora do esperado? Quais são as necessidades alteradas?

- PA: 142x84mmHg (pista do problema);
- Utiliza vários temperos industrializados para cozinhar (causa ou fatores que contribuem para o problema);
- Não se sente capaz de utilizar outros temperos além dos industrializados.

Segundo Passo: buscar na taxonomia NANDA-I.



Para Judite, as necessidades apresentadas estão relacionadas a:

Domínios: Promoção da Saúde;

Classe: Controle da Saúde;

Diagnóstico: Autogestão ineficaz da saúde.

Terceiro Passo: Verificar na NANDA-I a definição e título diagnóstico e concordância em relação aos elementos diagnósticos identificados na coleta de dados (Figura 10).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00276

Autogestão ineficaz da saúde

Foco do diagnóstico: Autogestão da saúde

Aprovado em 2020 • Nível de evidência 3.3

Definição

Manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica.

Características definidoras

- Apresenta sequelas da doença
- Desatenção aos sinais da doença
- Desatenção aos sintomas da doença
- Escolhas da vida diária ineficazes para atingir meta de saúde
- Exacerbação dos sinais da doença
- Exacerbação dos sintomas da doença

Tem valor pressórico alto

- Expressa insatisfação com a qualidade de vida
- Falha em comparecer a compromissos agendados com profissional de saúde
- Falha em incluir o regime de tratamento na vida diária
- Falha em tomar atitude que reduz fator de risco

cozinha com Sazon

Acredita que o tratamento se restringe aos medicamentos e à caminhada

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Apoio social inadequado
- **Baixa autoeficácia**
- Capacidade limitada para executar aspectos do regime de tratamento
- Comprometimento inadequado com um plano de ação
- Conflito entre comportamentos de saúde e normas sociais
- Conflito entre crenças culturais e práticas de saúde
- Conflito entre crenças espirituais e regime de tratamento
- **Conhecimento inadequado sobre o regime de tratamento**
- Demandas concorrentes
- Dificuldade com tomada de decisão
- Dificuldade de acesso a recursos da comunidade
- Dificuldade para manejar um regime de tratamento complexo
- Dificuldade para navegar por sistemas de saúde complexos

sente que não consegue cozinhar com outro tempero

O pai tinha HAS, mas morreu aos 87 anos por outros motivos

- Disfunção cognitiva
- Letramento em saúde inadequado
- Manifestações neurocomportamentais
- Modelo de comportamento inadequado
- Não aceitação de uma condição
- **Número inadequado de indícios para ação**
- Percepção de barreira ao regime de tratamento
- Percepção de estigma social associado à condição
- **Percepção de qualidade de vida diminuída**
- **Percepção não realista da seriedade da condição**
- Percepção não realista da suscetibilidade a sequelas
- Percepção não realista do benefício do tratamento
- **Preferências de estilo de vida concorrentes**
- Sentimentos negativos em relação ao regime de tratamento
- Sintomas depressivos

A mãe cozinhava com Sazon e o marido não gosta de comida sem gosto

Acredita que pode não acontecer nada se a pressão aumentar

Figura 10. Diagnóstico de enfermagem identificado.

Fonte: Modificado de Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021.

Quarto Passo: Documentar o diagnóstico.

- Autogestão ineficaz da saúde relacionada ao uso de temperos industrializados em todas as refeições evidenciado por PA 142x84mmHg, sentimento de insegurança para cozinhar com outro tempero e percepção não realista quanto à seriedade da HAS.

OU

- Autogestão ineficaz da saúde.

4.3 Planejamento

Meta do usuário:

- Redução do uso de temperos industrializados;
- Manutenção de níveis pressóricos controlados;
- Adequação da percepção em relação à seriedade da HAS;
- Adequação do conhecimento em relação ao tratamento não medicamentosos;
- Manutenção do uso de medicamentos de acordo com prescrição.

Prescrições de enfermagem:

Para o auxiliar de enfermagem:

- Realizar visita domiciliar e identificar na casa os temperos que possam ser substituídos a partir da prescrição da enfermeira;
- Realizar a medida de Pressão arterial em visita domiciliar;
- Realizar a medida de pressão arterial do esposo da Sra. Judite em visita domiciliar.

Para o próprio enfermeiro:

- Pactuar plano de autocuidado com a usuária;
- Abordar a família sobre a compreensão da HAS, os impactos na saúde e os cuidados necessários;
- Incluir a filha e marido na mudança do preparo da alimentação;
- Realizar a estratificação de risco para DCNT, pois há registro no prontuário;
- Monitorar parâmetros dos exames clínicos e a adesão ao plano de autocuidado pactuado;
- Verificar com o ACS e APA os locais no bairro onde há horta, possibilidade de temperos frescos;
- Verificar disponibilidade de atividades sobre preparo de alimentos saudáveis realizadas pela equipe multidisciplinar/NASF na unidade ou no território;
- Agendar consulta de enfermagem para o acompanhamento e avaliação do marido da Judite.

4.4 Implementação

Oriento sobre a alimentação e as substituições dos temperos industrializados por temperos frescos.

Explico para a filha a importância da retirada de alimentos industrializados e a substituição por temperos preparados por elas.

Esclareço dúvidas da filha e da usuária sobre a alimentação hipossódica como tratamento de igual importância ao tratamento medicamentoso para manter níveis pressóricos adequados e evitar complicações.

Proponho agendamento de consulta de enfermagem para avaliação do marido da Sra. Judite.

Entrego prescrição de enfermagem:

Sra. Judite dos Santos

No preparo da alimentação:

- Trocar os temperos prontos, como Sazon, caldo Knorr, ou qualquer outro produto condimentado por: temperos secos (alecrim, manjericão, etc); temperos frescos da horta ou da feira (lavar bem antes de usar);
- Preparar o seu próprio tempero com alho, cebola e ervas;
- Aumentar a quantidade de legumes de folhas verdes escuras durante o almoço e jantar;
- Manter o consumo moderado e restrito de carnes com gordura, manteiga e margarina, creme de leite, leite integral;
- Evitar produtos com altas quantidades de sódio no rótulo;
- Participar de atividades grupais educativas sobre HAS.

No uso das medicações:

- Tomar as medicações prescritas de acordo com a prescrição médica do dia 01 de outubro de 2020.

Na atividade física:

- Manter caminhadas no ritmo já realizado, 3 vezes por semana, 30 minutos.

Próximas consultas:

- Retornar na UBS para acompanhamento em abril de 2021;
- Procurar a UBS sempre que apresentar sintomas: dor de cabeça, náusea e vômito, tontura e dúvidas sobre a medicação;
- Procurar a UPA caso apresente sintomas: dor no peito + formigamento no braço + dor de estômago.

São Paulo, 01 de dezembro de 2020

Enfermeira XXXX
COREN: XXXXX

4.5 Avaliação

Judite retornou para consulta de rotina e, na avaliação dos resultados alcançados, apresenta:

Meta: Redução do uso de temperos industrializados.

Resultado: Redução do uso de temperos industrializados.

Conta que conseguiu aprender a fazer novos temperos com a auxiliar de enfermagem e que a ACS apresentou a horta comunitária do bairro. Agora só utiliza sazón, às vezes, aos finais de semana.

Meta: Manutenção dos níveis pressóricos controlados.

Resultado: Manutenção dos níveis pressóricos controlados.

A PA no momento está 130x80 mmHg e relata não ter apresentado sinais/sintomas que possam estar relacionados a oscilação da PA.

Meta: Adequação da percepção em relação à gravidade da HAS.

Resultado: Entende algumas consequências da HAS quando esta não está controlada.

Sobre a gravidade da HAS, conta que, após a conversa na última consulta e, após conhecer um caso de derrame no último grupo, conversou muito com a filha, o marido e o genro sobre o risco de ter derrame e infarto. Ela não quer ficar doente, porque adora sair de casa para ver os amigos, por isso está cuidando mais da alimentação.

Meta: Adequação do conhecimento em relação ao tratamento não medicamentosos.

Resultado: Relata que notou a pressão bem mais controlada após ajustar os temperos no prepare dos alimentos e realmente acredita que a alimentação tem ajudado no seu tratamento.

Meta: Manutenção do uso de medicamentos de acordo com prescrição.

Resultado: Mantém o uso da medicação de acordo prescrição médica, com suporte da filha.

SOAP	Usuária: Judite dos Santos (atendimento 1)
S – Subjetivo	<p>Histórico:</p> <p>Judite dos Santos, 54 anos, dona de casa, chega na UBS acompanhada de sua filha, Caroline, de 32 anos. Diagnosticada com HAS há 8 anos, utiliza Enalapril 20 mg/dia 2x dia e Hidroclorotiazida 25 mg/dia. Não tem outras doenças, é ex-tabagista há 2 anos e não consome bebidas alcoólicas. Refere que o pai também tinha HAS, mas faleceu aos 82 anos por outro motivo. Assim, ela acredita que, mesmo que a pressão fique alta de vez em quando, nada ocorrerá, pois ela toma os medicamentos corretamente e faz caminhada, assim como seu pai. Tem ensino médio incompleto, é casada, tem três filhos e mora em casa própria com o marido, a filha Caroline e o genro. Tem rede de esgoto, energia elétrica e água encanada.</p> <p>Refere tomar todos os medicamentos no horário certo, desde que a filha veio morar com ela, há um ano e consegue os medicamentos na UBS. Realiza caminhadas com a filha, 3 vezes por semana. Refere se alimentar com frutas, legumes e carnes. Em relação ao sal, diz que não deixa saleiro na mesa, mas gosta muito de usar vários temperos industrializados para cozinhar, pois todos elogiam sua comida, sua mãe sempre cozinhou com Sazon, e o marido passou a "tomar mais gosto pela comida" quando ela passou a utilizar esses temperos em todas as refeições, pois a família não gosta de comida sem gosto. Refere não se sentir capaz de cozinhar com outros temperos.</p> <p>Não tem dificuldade em comparecer às consultas. Relata que gosta de se cuidar para poder frequentar a igreja e ver os amigos.</p>
O – Objetivo	<p>Ao exame físico, verifica-se: peso: 65 Kg, altura: 1,62 m, IMC: 24,77 Kg/m², pressão Arterial: 142x84mmHg, pulso: 78 bpm, FR: 14 mpm, T: 36,5. Utiliza óculos para miopia. Ausência de lesões em mucosa oral, dentição incompleta, em uso de prótese bem ajustada. Ausculta pulmonar: sons respiratórios Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Abdômen plano, normotenso, RHA normoativos. Medida da circunferência abdominal: 87cm. Pele íntegra em membros inferiores e superiores. Extremidades aquecidas, sem edemas.</p> <p>Exames Laboratoriais; Dia 19/10/2020: Creatinina: 1,0 mg/dL Sódio: 135 mEq/L</p>
O – Objetivo	<p>Potássio: 4,1mEq/L Colesterol total: 210 mg/dL HDL: 50 mg/dL LDL: 120 mg/dL Triglicerídeos: 160 mg/dL URINA 1: sem alterações Glicemia: 98 mg/dL</p> <p>Não apresenta estratificação de risco para doenças crônicas não transmissíveis registrada em prontuário.</p>
A – Avaliação	<p>Diagnóstico de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autogestão ineficaz da saúde relacionada ao uso de temperos industrializados em todas as refeições evidenciado por PA 142x84mmHg, sentimento de insegurança para cozinhar com outro tempero e percepção não realista quanto à seriedade da HAS.

<p>P – Plano</p>	<p>Planejamento:</p> <p><u>Meta do usuário:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução do uso de temperos industrializados; • Manutenção de níveis pressóricos controlados; • Adequação da percepção em relação à gravidade da HAS; • Adequação do conhecimento em relação ao tratamento não medicamentosos; • Manutenção do uso de medicamentos de acordo com prescrição. <p><u>Prescrições de enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Para o auxiliar de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> Realizar visita domiciliar e identificar na casa os temperos que possam ser substituídos a partir da prescrição da enfermeira; Realizar a medida de Pressão arterial em visita domiciliar; Realizar a medida de pressão arterial do esposo da Sra. Judite em visita domiciliar. • Pra o próprio enfermeiro: <ul style="list-style-type: none"> Pactuar plano de autocuidado com a usuária; Abordar a família sobre a compreensão da HAS, os impactos na saúde e os cuidados necessários; Incluir a filha e marido na mudança do preparo da alimentação; Realizar a estratificação de risco para DCNT, pois há registro no prontuário; Monitorar parâmetros dos exames clínicos e a adesão ao plano de autocuidado pactuado; Verificar com o ACS e APA os locais no bairro onde há horta, possibilidade de temperos frescos; Verificar disponibilidade de atividades sobre preparo de alimentos saudáveis realizadas pela equipe multidisciplinar/NASF na unidade ou no território; Agendar consulta de enfermagem para o acompanhamento e avaliação do marido da Judite.
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

P – Plano

Implementação:

Oriento sobre a alimentação e as substituições dos temperos industrializados por temperos frescos.

Explico para a filha a importância da retirada de alimentos industrializados e a substituição por temperos preparados por elas.

Esclareço dúvidas da filha e da usuária sobre a alimentação hipossódica como tratamento de igual importância ao tratamento medicamentoso para manter níveis pressóricos adequados e evitar complicações.

Proponho agendamento de consulta de enfermagem para avaliação do marido da Sra. Judite.

Entrego prescrição de enfermagem:

- **Prescrito para Judite:**
No preparo da alimentação:

Trocar os temperos prontos, como Sazon, caldo Knorr, ou qualquer outro produto condimentado por: temperos secos (alecrim, manjericão, etc); temperos frescos da horta ou da feira (lavar bem antes de usar).

Preparar o seu próprio tempero com alho, cebola e ervas.

Aumentar a quantidade de legumes de folhas verdes escuras durante o almoço e jantar.

Manter o consumo moderado e restrito de carnes com gordura, manteiga e margarina, creme de leite, leite integral.

Evitar produtos com altas quantidades de sódio no rótulo.

Participar de atividades grupais educativas sobre HAS.

No uso das medicações:

Tomar as medicações prescritas de acordo com a prescrição médica do dia 01 de outubro de 2020.

Na atividade física:

Manter caminhadas no ritmo já realizado, 3 vezes por semana, 30 minutos.

Próximas consultas:

Retornar na UBS para acompanhamento em abril de 2021.

Procurar a UBS sempre que apresentar sintomas: dor de cabeça, náusea e vômito, tontura e dúvidas sobre a medicação.

Procurar a UPA caso apresente sintomas: dor no peito + formigamento no braço + dor de estômago.

Etapa avaliação no próximo atendimento.

SOAP	Usuária: Judite dos Santos (atendimento 2)
S – Subjetivo	Histórico do atendimento 2
O – Objetivo	Exame físico do atendimento 2
A – Avaliação	<p>Avaliação do atendimento 1</p> <p>Meta: Redução do uso de temperos industrializados. Resultado: Redução do uso de temperos industrializados. Conta que conseguiu aprender a fazer novos temperos com a auxiliar de enfermagem e que a ACS apresentou a horta comunitária do bairro. Agora só utiliza sazon, às vezes, aos finais de semana.</p> <p>Meta: Manutenção dos níveis pressóricos controlados. Resultado: Manutenção dos níveis pressóricos controlados. A PA no momento está 130x80 mmHg e relata não ter apresentado sinais/sintomas que possam estar relacionados a oscilação da PA.</p> <p>Meta: Adequação da percepção em relação à gravidade da HAS. Resultado: Entende algumas consequências da HAS quando esta não está controlada. Sobre a gravidade da HAS, conta que, após a conversa na última consulta e, após conhecer um caso de derrame no último grupo, conversou muito com a filha, o marido e o genro sobre o risco de ter derrame e infarto. Ela não quer ficar doente, porque adora sair de casa para ver os amigos, por isso está cuidando mais da alimentação.</p> <p>Meta: Adequação do conhecimento em relação ao tratamento não medicamentosos. Resultado: Relata que notou a pressão bem mais controlada após ajustar os temperos no prepare dos alimentos e realmente acredita que a alimentação tem ajudado no seu tratamento.</p> <p>Meta: Manutenção do uso de medicamentos de acordo com prescrição. Resultado: Mantém o uso da medicação de acordo prescrição médica, com suporte da filha.</p> <p>Diagnóstico do atendimento 2.</p>
P – Plano	<p>Meta do atendimento 2.</p> <p>Prescrições do atendimento 2.</p>

5. REFERÊNCIAS

- Bachion MM. INSTRUMENTOS BÁSICOS DO CUIDAR: OBSERVAÇÃO, INTERAÇÃO E MENSURAÇÃO. I SIMPÓSIO BRASILENSE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. 2009. Disponível em: http://www.abenfd.com.br/cursos_e_eventos/2010/simbrasae/INSTRUMENTOS_BASICOS_CUIDAR-MARIA_MARCIA_BACHION.PDF.
- Benedet SA, et al. Características essenciais de uma profissão: análise histórica com foco no processo de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 54, e 03561, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100433&lng=en&nrm=iso>. accesson 20 Sept. 2020. Epub July 29, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018047303561>.
- Brasil VV. O que dizem os enfermeiros sobre Observação. Rev. latino-am. enfermagem. 1997;5,(3):83-94.
- Brito PRB. El Proceso Enfermero en atención primaria (V): Evaluación. Ene. 2009;3(1):15-19.
- Brito PRB. El Proceso Enfermero en atención primaria (I). Ene. 2007;1(2):17-26. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/50/44>
- Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [cited 2020 Aug 11]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html [Links]
- Da Silva TG, et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 24-27, abr. 2016. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679/293>>. Acesso em: 20 set. 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.679>
- Dal Sasso Grace Teresinha Marcon, Barra Daniela Couto Carvalho, Paese Fernanda, Almeida Sônia Regina Wagner de, Rios Greize Cristina, Marinho Monique Mendes et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Feb [cited 2020 Sep 17]; 47 (1): 242-249. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100031&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>.

Garcia APRF, et al. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 1, p. 220-230, Feb. 2017.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100220&lng=en&nrm=iso>. accesson 20 Sept. 2020.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.

Garcia TR. Linguagem profissional e domínio da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2019; 28: e20190102.

Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023. 12a ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

Herdman TH, Lopes CT . Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In: T. Heather Herdman. (Org.). PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem - Conceitos Básicos. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2019, v. , p. 29-64.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

Martins MCT, Chianca TCM. Construção de um software com o com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva. J Health Inform [Internet]. 2016 Oct-Dec [cited 2020 Set 17]; 8(4):119-25. Available from: Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/420/274>

Mohana J. O Mundo e Eu. 2a ed. Rio de Janeiro: Livraria AGIR Editorial, 1964.

NANDA International. Recomendações ao usar diagnósticos com poucos ou nenhum fator relacionado/de risco. 2022. Disponível em: <https://nanda.org/2022/06/recomendacoes-ao-usar-diagnosticos-com-poucos-ou-nenhum-fator-relacionado-de-risco/>

Oliveira MT et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, n. 6, p. 1547-1553, Dec. 2019.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601547&lng=en&nrm=iso>. accesson 20 Sept. 2020. Epub Oct 21, 2019.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>.

Santana RF. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma invenção brasileira? RevEnferm Atenção Saúde [Online]. Ago/Dez 2019; 8(2):1-2.

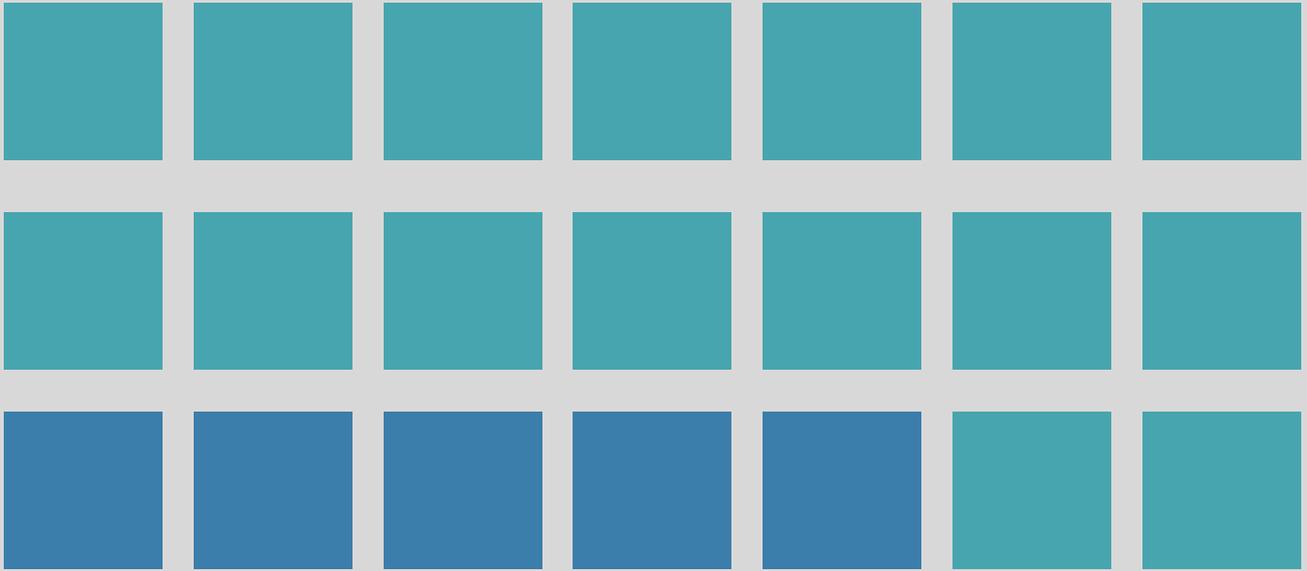
Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Referências Consultadas

De Barros FRB, Amâncio CV, Ferreira MDS. Desenvolvimento de um website educacional para o ensino do processo de enfermagem em cardiologia. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 8, n. 2, jun. 2017. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1033/383>>. Acesso em: 17 set. 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.1033>

Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem por meio de indicadores gerados por software. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Abril de 2015 [citado em 17 de setembro de 2020]; 23 (2): 234-241. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200008&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0177.2547>

Peres Heloisa Helena Ciqueto, Lima Antônio Fernandes Costa, Cruz Diná de Almeida Lopes Monteiro da, Gaidzinski Raquel Rapone, Oliveira Neurilene Batista, Ortiz Diley Cardoso Franco et al . Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [citado 2020 Set 17] ; 25(4): 543-548. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400010&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400010>.



Saiba mais em:
prefeitura.sp.gov.br/saude


saudeprefsp



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde
ATENÇÃO BÁSICA



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

