



Por Elise Cristina (@enfer.gram) e
Hiagda Cavalcanti (@enfer.resumida).

"Olá amores,

Preparamos esse material com muito carinho, os resumos foram feitos após estudar e revisar de forma detalhada toda a temática abordada para trazer o melhor conteúdo para vocês. Resumimos de forma esquematizada e objetiva, além de ser tudo colorido e visualmente eficiente com a utilização de mapas mentais e esquemas para o melhor entendimento. Nossa intenção com esses resumos é contribuir com o aprendizado facilitado de estudantes e profissionais de enfermagem na preparação para concursos, residências e também para a prática profissional." (Hiagda Cavalcanti e Elise Cristina.)

ATENÇÃO! Este conteúdo destina-se exclusivamente a exibição privada. É proibida toda forma de reprodução, distribuição ou comercialização do conteúdo. A violação de direitos sobre este documento é crime (art. 184 do código penal brasileiro, com pena de 3 meses a 4 anos de reclusão ou multa).

Sumário

○ Introdução: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	4
○ Processo de Enfermagem (P.E)	4
○ SAE x PE	5
Competências Privativas do Enfermeiro	6
○ Histórico de enfermagem (ou Coleta de dados)	
a) Histórico de Saúde	7 e 8
b) Exame Físico	8 e 9
c) Registro dos Dados	9 e 10
○ Diagnóstico de Enfermagem	
a) Escolha de um Diagnóstico de Enfermagem	10 e 11
b) Problemas Colaborativos	11
c) Diagnóstico de Enfermagem X Problemas Colaborativos	12
○ Planejamento	
a) Estabelecimento das Prioridades	13
b) Estabelecimento dos Resultados Esperados	13
c) Estabelecimento dos objetivos	13 e 14
d) Determinação das Ações de Enfermagem	14
e) Prescrição de Enfermagem	14 e 15
○ Implementação	15
○ Avaliação	15 e 16
a) Evolução de Enfermagem	16 e 17
○ Referência(s)	17

Sistematização da Assistência de Enfermagem: Processo de Enfermagem

Introdução:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (S.A.E.) é uma METODOLOGIA ordenada e deliberada que possibilita ao enfermeiro e sua equipe desenvolverem o Processo de Enfermagem (P.E.) por meio do conhecimento técnico, científico e humano, conferindo-lhe autonomia, respaldo científico, legal e satisfação profissional em suas ações.

O desenvolvimento da SAE nos serviços de saúde converge com preceitos éticos legais profissionais de enfermagem previsto na lei do exercício profissional 7.498 de 1986, Código de Ética profissional 654/2017 e nas resoluções 272/2002 e 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que instituem a S.A.E. nos serviços de saúde.

Processo de Enfermagem:

É o processo de pensamento crítico que o enfermeiro utiliza para aplicar as melhores evidências disponíveis para cuidar e promover a saúde dos indivíduos

em resposta à saúde e à doença (American Nurses Association, 2010).

Embora as etapas do P.E. tenham sido colocadas de diversas maneiras, as comuns citadas são :

- ❖ Histórico de Enfermagem ;
- ❖ Diagnóstico de Enfermagem ;
- ❖ Planejamento ;
- ❖ Implementação ;
- ❖ Avaliação.

Elas são interrelacionadas, interdependentes e recorrentes.

O P.E. tem como propósito, para o cuidado, oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas da pessoa (indivíduo, família, grupos, comunidades), possam ser satisfeitas. Para isso, deve ser :

- ❖ Baseado em uma teoria;
- ❖ Flexível;
- ❖ Interativo;
- ❖ Dinâmico;
- ❖ Sistemático;
- ❖ Intencional.

SAE x PE:

Sistematização de Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem têm conceitos distintos.

Segundo resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009:

- ❖ "A sistematização da assistência de enfermagem ORGANIZA o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos."
- ❖ "O Processo de Enfermagem é um INSTRUMENTO METODOLÓGICO que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional."

Algumas bancas e autores consideram o Processo de Enfermagem como um MÉTODO.
"É o caminho que se vai fazer de cuidado profissional para com o paciente."

ATENÇÃO: INSTRUMENTO MÉTODO DOLÓGICO pode equivaler a INSTRUMENTO TECNOLÓGICO, já houve provas cobrando dessa forma.

A SAE é + abrangente, é todo o universo da enfermagem, abrangendo, por exemplo, gestão, cuidado, ensino, instituições de saúde, materiais utilizados. Já o Processo de Enfermagem (P.E.)

é um componente desse universo, sendo especificamente o cuidado de enfermagem.

Ainda segundo a resolução 358 de 2009:

- ❖ Preconiza que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada pelo P.E.
- ❖ Deixa clara a participação dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem na execução do P.E. naquilo que os compete sob a supervisão e a orientação do enfermeiro.
- ❖ O P.E. deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

OBSERVAÇÃO: os ambientes referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, etc.

O processo de saúde de enfermagem quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais, em domicílios, em escolas, associações comunitárias e entre outros, corresponde usualmente denominado de CONSULTA DE ENFERMAGEM.

Segundo a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do profissional da enfermagem, art. 11 :

Além do diagnóstico de enfermagem, são competências privativas do enfermeiro, dentro do P.E. :

- ❖ Planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- ❖ Consulta de enfermagem;
- ❖ Prescrição da assistência de enfermagem ;
- ❖ Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida ;
- ❖ Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas ;

Técnico de enfermagem, conforme lei nº 7.498/1986 e decreto 94.406/1987 :

- ❖ Participam na execução do P.E., naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro.

De acordo com resolução 564 de 2017 - Novo Código de Ética :

- ❖ Art. 14 : Aplicar o processo de enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.
- ❖ Art. 37 : Documentar formalmente as etapas do P.E., em

consonância com sua competência legal.

- ❖ Art. 38 : Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

1 - Histórico de Enfermagem

Também chamada de coleta de dados, é a coleta sistemática dos dados que serão utilizados na próxima etapa do P.E. para determinar o estado de saúde do cliente e quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais.

os dados de avaliação são reunidos por meio do Histórico de saúde (em uma anamnese) e do exame físico.

ATENÇÃO: O monitoramento contínuo é fundamental para que se permaneça atento às mudanças das necessidades do cliente e da efetividade dos cuidados de enfermagem.

A avaliação inicial do enfermeiro (histórico de saúde e exame físico) deverá ser documentada no prontuário nas primeiras 24 horas da internação.

Inicia-se anotando :

- ❖ Data e Horário - e os termos "Pela Enfermagem" ;
- ❖ Nome da unidade (opcional).

a) HISTÓRICO DE SAÚDE :

Ele é coletado para determinar o estado de bem-estar ou doença da pessoa.

A coleta é mais bem realizada como parte de uma entrevista planejada (chamamos de anamnese).

Ela pode ser feita da seguinte maneira :

- > . Identificação do Paciente :

Nome, idade, estado civil, religião, profissão, naturalidade, procedência, escolaridade, diagnóstico médico e motivo do internamento.

- > . Queixa Principal :

É o problema que motivou a procurar pelo serviço de saúde.

Quando a queixa for dor, deve-se determinar suas características quanto a :

- ❖ Localização ,
- ❖ Duração ;
- ❖ Intensidade (exemplo : indicar a escala numérica de 0 a 10) ;
- ❖ Evolução dela ;
- ❖ Fatores agravantes e atenuantes ;
- ❖ Fenômenos associados.

- > . História da Queixa :

Algumas histórias são simples e curtas, outras são longas, complexas e compostas de inúmeros sintomas que as interrelações não são fáceis de se encontrar.

Algumas determinações para uma eficiente coleta da história :

- ❖ Determine o sintoma-guia ;
- ❖ Marque a época de seu início ;
- ❖ Use o sintoma guia como o fio condutor da história e estabeleça relações das outras queixas com ele ;
- ❖ Verifique se a história obtida tem começo, meio e fim.

- > . História de Doenças Pregressas - ou Antecedentes Pessoais :

- ❖ Doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica - HAS -, asma, bronquite) ;
- ❖ Cirurgias ou internações hospitalares prévias ;
- ❖ Alergias - em geral ;
- ❖ Histórico psiquiátrico ;
- ❖ Histórico de vacinação ;
- ❖ Histórico obstétrico ;
- ❖ Medicamentos em uso.

- > . Hábitos e Vícios :

- ❖ Tabagismo (nunca fumou; ex-fumante, parou há quanto tempo;; fumante passivo; fumante ativo) ;
- ❖ Etilismo (tipo, quantidade de bebida consumida e há quanto tempo) ;
- ❖ Atividades físicas regulares (tipo, duração e frequência) ;
- ❖ Alimentação (tipo, distribuição, quantidade e onde são realizadas no dia a dia) ;

- ❖ Vida sexual (uso de preservativos);
- ❖ Padrão de sono (quantidade de horas que dorme por noite, dificuldades para dormir, despertar noturno);
- ❖ Padrão de eliminações.

- > . História Familiar - ou Antecedentes Familiares ;

A importância aqui é pesquisar fatores de risco de ordem genética.

Pergunta-se sobre doença em parentes (ou causa e idade da morte em caso de falecidos). A relevância se refere aos parentes em 1º grau (pais, irmãos, filhos).

Dar-se importância especial a :

- ❖ Doenças cardiovasculares ;
- ❖ Diabetes Mellitus ;
- ❖ Hipertensão arterial ;
- ❖ Câncer ;
- ❖ Tuberculose.

- > . Análise dos Sistemas :

É a inspeção dos sistemas do paciente pré exame clínico.

Pode-se analisar o funcionamento desses sistemas com base em :

- ❖ Estado nutricional ;
- ❖ Padrão de fala, gestos;
- ❖ Postura, Movimentos corporais;
- ❖ Expressões faciais ;
- ❖ Perguntas, respostas e queixas ;

- > . Análise do Perfil :

Durante toda a entrevista será realizado essa análise, buscando entender o paciente, bem como o contexto no qual ele está inserido.

Analisa-se por exemplo :

- ❖ Classe social;
- ❖ Condições para o autocuidado;
- ❖ Trabalho, lazer e família.

b) EXAME FÍSICO :

Ele pode ser realizado antes, durante ou após a coleta do histórico de saúde, dependendo do estado físico e emocional do cliente e das prioridades imediatas da situação.

O objetivo do exame físico é identificar aspectos do estado físico, psicológico e emocional do cliente que indicam a necessidade de cuidados de enfermagem.

Técnicas de avaliação básicas do exame físico :

- ❖ Inspeção ;
- ❖ Palpação ;
- ❖ Percussão ;
- ❖ Ausculta.

ATENÇÃO: É preciso sempre descrever a presença de dispositivos.

Requer o uso da visão (na inspeção, por exemplo), da audição (na percussão), do tato (na palpação, por exemplo) e olfato.

Ele é cefalocaudal com foco nas alterações.

- > . Avaliação Focalizada :

Embora a sequência de exame físico dependa das circunstâncias e do motivo do cliente para a busca de cuidados de saúde, o exame completo geralmente procede como se segue :

- ❖ Sistema neurológico ;
- ❖ Sistema Musculoesquelético.
- ❖ Pele ;
- ❖ Cabeça e pescoço
- ❖ Tórax e pulmões ;
- ❖ Mamas ;
- ❖ Sistema Cardiovascular ;
- ❖ Abdome ;
- ❖ Reto ;
- ❖ Órgãos Genitais ;

As técnicas de exame físico, bem como as técnicas e estratégias para avaliar os comportamentos e mudanças de papel, são apresentadas em outros resumos.

(Para + informações entrar em contato com ig : @enfer.gram)

c) REGISTRO DOS DADOS :

Depois de coletadas o histórico de saúde e o exame físico, as informações obtidas são registradas no prontuário do cliente.

- > REGISTROS DIÁRIOS A PARTIR DA 2^a AVALIAÇÃO:

ID: Nome e idade, dia de internamento ou procedimento/diagnóstico médico.

A partir da segunda avaliação, o registro na folha de evolução clínica deve ser realizado no modelo SoAP*

SoAP: É um Acrônimo utilizado para documentar o progresso de um paciente durante o tratamento e é um dos muitos formatos possíveis que podem ser usados por um profissional de saúde. Servem para padronizar os registros dos pacientes, facilitar a comunicação entre os profissionais e fornecer evidências do processo de cuidado.

S - Dados Subjetivos :

Envolve questões do que o paciente sente, observa e/ou acredita ser, além de informações dos acompanhantes.

Eles referem-se a uma narrativa de autorrelato de sua situação atual em termos de sua função, invalidez, sintomas e história.

Ele também pode incluir informações da família ou cuidados e quando utilizar a frase relatada, exatamente, deve ser colocada entre aspas.

O - Dados Objetivos :

Exame físico focado nos problemas já identificados, nas alterações e nas queixas novas.

SSVV, Sato2, fluxo e método de oxigenoterapia, vazão de medicamentos em infusão contínua, exames laboratoriais (alterações,

controle de eliminações, volume de drenos, dispositivos, procedimentos, exames, transfusões.

Escalas : dor, Glasgow, Ramsay, de Braden, de Morse; conforme especificidade da unidade.

A - Avaliação :

É a avaliação das respostas do paciente. Deve-se inserir os Diagnósticos de Enfermagem na primeira avaliação já nos dias seguintes, é preciso relatar se estão : mantidos, excluídos ou melhorados, ou incluir outro diagnóstico de enfermagem conforme necessidade relacionada às respostas do paciente.

P - Plano Terapêutico :

Realizar as alterações necessárias no planejamento, conforme a melhora ou piora do quadro anterior apresentado pelo paciente.

2 - Diagnóstico de Enfermagem

Privativo do Enfermeiro.

A avaliação no processo de enfermagem (falado até então) serve como base para a identificação de diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos.

O diagnóstico de enfermagem é a determinação das necessidades dos cuidados de enfermagem do paciente a partir da análise, síntese e resumos dos

dados coletados no histórico de saúde (anamnese) e do exame físico.

A NANDA Internacional (NANDA-I ; Antes conhecida como North American Nursing Diagnosis Association) é a organização oficial responsável pela elaboração da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e pela formulação dos diagnósticos de enfermagem que são aceitáveis para estudo.

os diagnósticos de enfermagem aprovados são compilados e categorizados pela NANDA-I em uma taxonomia que é atualizada para manter sua aceitação.

a) ESCOLHA DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM :

Primeiramente deve-se identificar pontos em comum entre os dados de avaliação coletados. Para depois categorizar dados relacionados que revelam a existência de um problema e a necessidade de uma intervenção de enfermagem.

os problemas identificados são definidos, então, como diagnósticos de enfermagem específicos.

Eles representam problemas de saúde reais ou potenciais que podem ser gerenciados por ações de enfermagem independentes.

Eles não
são diagnósticos
médicos !

Eles não são tratamentos de saúde prescritos pelo médico, nem exames complementares.

Eles são declarações sucintas dos problemas específicos do cliente que guiam os enfermeiros no desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem.

Para dar significado adicional ao diagnóstico de enfermagem, identificam-se as características e etiologias do problema como parte do diagnóstico.

Montagem do Diagnóstico de Enfermagem :

Característica
do
Problema

Etiologia
do
Problema

Por exemplo:

❖ Diagnóstico Médico :

Anemia

❖ Diagnósticos de Enfermagem :

1. Intolerância à atividade **relacionada com a fraqueza e fadiga**;

2. Perfusion tissular periférica **inefaz relacionada com a diminuição da hemoglobina**;

3. Nutrição desequilibrada : menor do que as necessidades corporais, **relacionada com a fadiga e a ingestão inadequada de nutrientes essenciais**.

b) PROBLEMAS COLABORATIVOS :

A prática de enfermagem envolve certas situações e intervenções que não se enquadram na definição de diagnóstico de enfermagem.

Isso diz respeito aos :

- ❖ Potenciais problemas;
- ❖ Complicações de origem clínica;

↑ os quais exigem intervenções colaborativas **com outros profissionais**.

Eles são **complicações fisiológicas** que os enfermeiros monitoram para detectar alterações no status ou o aparecimento de complicações.

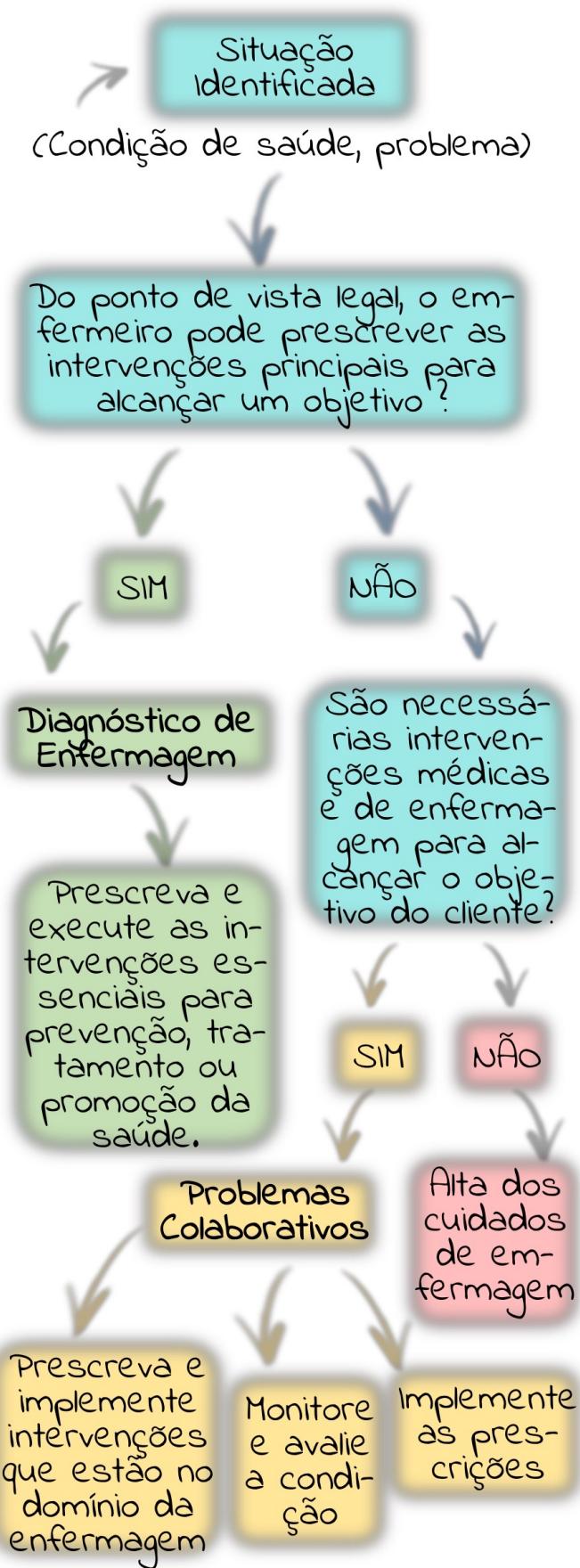
As complicações normalmente estão relacionadas com :

- ❖ Processo de doença;
- ❖ Tratamentos;
- ❖ Medicamentos;
- ❖ Exames complementares.

No problema colaborativo implementa-se o tratamento prescrito por outro profissional da equipe de saúde.

Na próxima página há a diferenciação dos diagnósticos de enfermagem dos problemas colaborativos.

c) Diagnóstico de Enfermagem X Problemas Colaborativos :



3 - Planejamento

Privativo do enfermeiro.

Quando os diagnósticos de enfermagem tiverem sido identificados, começa o componente de planejamento do processo de enfermagem.

Etapas do planejamento :

1. Atribuição de prioridades aos diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos;
2. Especificação dos resultados esperados;
3. Especificação dos objetivos a curto, médio e longo prazos da ação de enfermagem;
4. Identificação das intervenções de enfermagem específicas adequadas para alcançar os resultados;
5. Identificação das intervenções interdependentes;
6. Documentação dos diagnósticos de enfermagem, problemas colaborativos, resultados esperados, objetivos de enfermagem e intervenções de enfermagem no plano de cuidados de enfermagem.
7. Comunicação aos funcionários apropriados de quaisquer dados de avaliação que apontem para necessidades de cuidados de saúde que possam ser mais bem atendidas por outros membros da equipe de saúde.

a) ESTABELECIMENTO DAS PRIORIDADES :

Deve-se considerar a urgência dos problemas, de maneira que os problemas mais críticos recebam a mais alta prioridade.

Em concordância com paciente e também familiares.

A hierarquia de necessidades de Maslow fornece uma estrutura para priorizar problemas, dando importância em primeiro lugar às necessidades físicas; quando essas necessidades básicas tiverem sido atendidas, as necessidades da parte mais alta da pirâmide podem ser abordadas.



b) ESTABELECIMENTO DOS RESULTADOS ESPERADOS :

Devem ser realistas e mensuráveis.

Os recursos para a identificação dos resultados esperados apropriados incluem a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification, NOC) e os critérios de resultado padrão estabelecidos pelas instituições de saúde para pessoas com problemas de saúde específicos.

Pode ser necessário adaptar os NOC para estabelecer critérios realistas para o cliente específico envolvido.

Utilizam-se os resultados esperados que definem o comportamento desejado do cliente para medir o progresso em direção à resolução do problema.

Observação : os resultados esperados também servem como base para a avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem e para decidir se são necessárias cuidados adicionais ou se o plano de cuidados precisa ser revisto.

c) ESTABELECIMENTO DOS OBJETIVOS :

Identificam-se então os objetivos a curto, médio e longo prazos e as ações de enfermagem adequadas para alcançar esses objetivos.

É preciso inclusão do paciente e família nestes objetivos.

Os objetivos de médio prazo geralmente envolvem a prevenção de complicações e outros problemas de saúde e a promoção do autocuidado e reabilitação.

Por exemplo:

Diagnóstico de Enfermagem :
Mobilidade física prejudicada relacionada com dor e edema após artroplastia total de joelho.

- ❖ Objetivo a curto prazo - ficar em pé na beira do leito durante 5 min, 6 a 16 horas após a cirurgia.
- ❖ Objetivo a médio prazo - deambular com o auxílio de um andador ou muletas no hospital e em casa.
- ❖ Objetivo a longo prazo - deambular 1,5 km por dia sem auxílio.

d) DETERMINAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM :

As intervenções devem identificar as atividades necessárias e quem vai implementá-las.

A determinação das atividades interdisciplinares é feita em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, conforme necessário.

Os medicamentos e outros tratamentos prescritos para o cliente devem ser integrados ao plano de cuidados para auxiliar o enfermeiro a determinar como todas as intervenções contribuem para a resolução dos problemas identificados.

Pode-se utilizar intervenções padronizadas, como aquelas encontradas nos planos de cuidados padronizados ou na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

ATENÇÃO : É preciso esclarecer e orientar o paciente e familiares a respeito das ações de enfermagem a serem realizadas.

As ações, ou intervenções de enfermagem desencadeará numa Prescrição de Enfermagem se meu paciente estiver em um regime de internação.

e) PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM :

Ela é privativa do enfermeiro.

É o conjunto de condutas decididas pelo enfermeiro que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua.

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional: Garante o direito de executar a prescrição de enfermagem, estabelecendo as condutas pertinentes aos problemas identificados, caracterizando suas intervenções.

Intervenções :

- ❖ Dependentes - Implementam as recomendações médicas e indicam como a recomendação pode ser executada (prescrição médica).
- ❖ Interdependentes - Descreve atividades interdisciplinares (dietas, medicações, recursos)

- ❖ Independentes - atividades que o enfermeiro recomenda segundo seu diagnóstico (mudança de decúbito, curativos, entre outros)

Tipos de prescrição de enfermagem :

- ❖ Diária - cuidados prescritos para 24h.
- ❖ Complementar - cuidados alterados ou acrescentados, em função de intercorrências.
- ❖ Plano de Alta - Feita em 2 vias, contém orientações e recomendações ao paciente, à família e ao cuidador ou à outra Instituição.

4 - Implementação

Consiste na execução do plano de cuidado de enfermagem proposto.

O enfermeiro é responsável pela implementação e coordena as atividades de todos os envolvidos nessa implementação, incluindo o cliente e seus familiares, e outros membros da equipe de saúde cuidam para que o cronograma das atividades facilite a recuperação do cliente.

O plano de cuidados serve como base, como exemplificado a seguir :

- ❖ Os objetivos a curto, médio e longo prazos são usados como foco para a implementação das intervenções de enfermagem designadas ;
- ❖ Ao implementar os cuidados

de enfermagem, o enfermeiro avalia continuamente o cliente e sua resposta aos cuidados de enfermagem ;

- ❖ Fazem-se revisões no plano de cuidados conforme a condição, os problemas e as respostas do cliente mudam, e quando é necessário uma reordenação das prioridades.

A implementação inclui a execução direta ou indireta das intervenções de enfermagem.

Concentra-se em :

- ❖ Resolução dos diagnósticos de enfermagem ;
- ❖ Resolução de problemas colaborativos do cliente ;
- ❖ Alcance dos resultados esperados, atendendo às necessidades de saúde do cliente.

5 - Avaliação

Determina a resposta do cliente às intervenções de enfermagem e a extensão em que os objetivos foram alcançados.

O plano de cuidados de enfermagem é a base para a avaliação.

Por meio da avaliação, o enfermeiro pode responder às seguintes perguntas :

- ❖ os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos foram precisos?
- ❖ o cliente alcançou os resultados esperados nos intervalos de tempo estabelecidos?

- ❖ Os diagnósticos de enfermagem foram resolvidos?
- ❖ Foi necessário reordenar prioridades?
- ❖ As necessidades de enfermagem do cliente foram alcançadas?
- ❖ As intervenções de enfermagem devem ser continuadas, revisadas ou interrompidas?
- ❖ Surgiram novos problemas para os quais não foram planejadas ou implementadas intervenções de enfermagem?
- ❖ Que fatores influenciaram o fato de alcançar ou não os objetivos?
- ❖ Deve-se fazer mudanças nos resultados esperados e critérios de resultado?

Coletam-se dados objetivos que fornecem respostas a essas perguntas de todas as fontes disponíveis (por exemplo, clientes, famílias, entes queridos, membros da equipe de saúde).

Esses dados são incluídos no prontuário do cliente.

Atenção : Eles devem ser fundamentados pela observação direta do cliente antes da documentação dos resultados.

-> Evolução de Enfermagem :

Atribuição privativa do enfermeiro;

Constitui em um dever, de acordo com o Código de Ética e demais legislações pertinentes.

A evolução é primordial nessa última etapa do P.E.

A evolução tem dados analisados, processados e contextualizados, referente ao período de 24 h.

Para efetuar a Evolução, o enfermeiro necessita reunir:

- ✓ Dados sobre as condições anterior e atuais do paciente e família para, mediante análise, emitir um julgamento;
- ✓ Mudanças para piora ou melhora do quadro;
- ✓ Manutenção das situações
- ✓ Surgimento de novos problemas

De acordo com o Guia de recomendações para registros de enfermagem do COFEN -

Para ser considerado um documento legal é necessário:

- ✓ Constar, obrigatoriamente, data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem, assinatura e número do Coren;
- ✓ Discriminar, sequencialmente, o estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;
- ✓ Procedimentos invasivos, considerando: intubações, orotraqueais, traqueostomias, sondagens nasogástrica e enterais, cateterizações venosas, drenos, cateteres;

- ✓ Cuidados prestados aos pacientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudanças de decúbito, apoio psicológico e outros;
- ✓ Descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, consistência, odor e coloração;
- ✓ Deve ser realizada diariamente;
- ✓ A Evolução deve ser realizada referindo-se às últimas 24 horas, baseando-se nas respostas diante das intervenções preestabelecidas por meio da prescrição de enfermagem, bem como quanto aos protocolos em que o paciente está inserido, mantido ou sendo excluído;
- ✓ Deve ser refeita, em parte ou totalmente na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;
- ✓ Deve apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes;

- ✓ Deve constar os problemas novos identificados;
- ✓ Utilizar-se de linguagem clara, concisa e exata, com ausência de códigos pessoais e abreviaturas desconhecidas.

Exemplo de evolução de Enfermagem :

02/02/20 - 22.02 - Sexto dia de internação hospitalar com hipótese diagnóstica de diabetes mellitus descompensada. segue consciente, orientada, fásica (falandos), respirando ar ambiente, déficit motor aparente (dificuldade de deambular), afebril (sem febre), eupneica (respirando normal), taquicárdica (frequência cardíaca acima de 100 bpm), níveis pressóricos elevados (hipertenso), no momento desse registro. Dieta por VO (via oral) para DM (diabetes mellitus), aceitando. Diurese por SVD (sonda vesical de demora) sistema fechado, débito de 800 ml de cor amarela, aspecto turvo. Apresenta abdome flácido e indolor, edema em MII (membros inferiores) com cacifo, varizes em MID (membro inferior direito). Queixa-se de astenia (fraqueza) e visão embacada. Realizado glicemia capilar 236 mg/dl (miligramas por decilitros).

**TITULAÇÃO NOME
ASSINATURA E CARIMBO**

Referência(s) :

CHEEVER, Kerry H.; HINKLE, Janice L. Brunner e Sudarth : Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 13^a Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2016.