

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo Potter e Perry (2000) processo de enfermagem é um processo intelectual, estruturado segundo etapas ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada. Algumas das vantagens do processo de enfermagem são:

- Favorecer o cuidado do utente,
- Organizar o cuidado prestado aos utentes,
- Identificar as necessidades dos utentes determinando as que precisam de intervenção de enfermagem,
- Permitir que os profissionais pensem antes de agir ou seja a realização de um planeamento.

O processo de enfermagem é uma competência que suporta a tomada de decisão, e que permite identificar, diagnosticar e tratar as respostas humanas à saúde e à doença.

O processo de enfermagem está dividido em 5 etapas:

- Avaliação inicial
- Diagnostico de enfermagem
- Planificação dos cuidados
- Implementação
- Avaliação

1ª Etapa- Avaliação inicial

Etapa que permite determinar o estado de saúde e estado funcional atual e anterior do utente.

A avaliação inicial está dividida em 2 fases.

1ª fase: Colheita e verificação de dados a partir do próprio utente e de fontes secundárias como por exemplo família, equipa/profissionais de saúde ou mesmo até do processo clínico- Evidências

2ª fase: Análise de dados (atribuir significado) - Inferência

É necessário perceber as necessidades de cada indivíduo, como por exemplo os seus problemas, as suas alterações de saúde e respostas a esses problemas, também é necessário entender as expectativas dos utentes em relação aos cuidados de saúde que vão ser prestados pelo/a enfermeiro/a.

Análise de dados:

Dados	Fontes de dados/informação	Métodos
Objetivos	Pessoa	Observação
Subjetivos	Família/amigos	Exame físico
	Equipa de cuidados	Entrevista
	Processo clínico	

Tabela I

Notas:

- Quando a pessoa fornece dados subjetivos o enfermeiro deve aprofundar a colheita de dados objetivos,
- Os dados devem ser registados de forma descritiva, completa e pertinente,
- Familiares e amigos, equipa de saúde e processo clínico podem ajudar a validar os dados.

2ª Etapa- Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é o juízo clínico sobre as reações individuais, familiares ou comunitárias aos problemas de saúde reais ou potenciais, e aos processos de vida.

Os diagnósticos identificados pelo enfermeiro, serão passíveis de orientar um conjunto de intervenções capazes de produzir os efeitos desejados e determinar os resultados de uma enfermagem esperada (Potter e Perry 2000).

Da colheita de dados ao diagnóstico de enfermagem:

1º- Colheita de dados inicial

- Colheita de dados
- Análise dos dados
- Agrupamento das informações

2º- Possíveis diagnósticos

- Considerar todos os diagnósticos possíveis que combinem com as informações disponíveis

3º- Colheita de dados em profundidade

- Colheita de dados focada
- Análise dos dados
- Confirmação ou rejeição dos possíveis diagnósticos

4º- Diagnóstico de enfermagem

- Determinação dos diagnósticos de enfermagem prioritários

Diagnóstico de enfermagem:

- Juízo clínico
- Baseado na colheita e análise de dados
- Enunciado simples e preciso
- Perspetiva holística da pessoa ou do grupo
- Descreve a resposta da pessoa a uma experiência do ciclo de vida

- Problemas poderão ser reais ou potenciais
- Servem de base para escolher as intervenções de cuidados
- Provém do papel autónomo do enfermeiro

3º fase- Planificação dos cuidados

A planificação de cuidados consiste em estabelecer um plano de ação, prever as etapas da sua realização, os gestos a fazer, os meios a disponibilizar as precauções a tomar, logo, a conceber e organizar uma estratégia de cuidados bem definida, estabelece objetivos e resultados esperados centrados na pessoa e planeia intervenções que vão resolver os problemas e atingir os objetivos esperados Potter e Perry (2000).

Objetivos e Resultados esperados:

- Centrados na pessoa
- Dirigidos para um comportamento ou resposta
- Observável
- Mensurável
- Limitados temporalmente
- Realista

As intervenções são qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimentos clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do utente. Para selecionar o tipo de intervenções a ser usadas implica o conhecimento científico que justifica a intervenção (Prática baseada na evidência), implica também habilidades psicomotoras e interpessoais necessárias (Competências do enfermeiro) e por fim é também necessária a capacidade de funcionar num contexto específico usando de maneira efetiva os recursos de cuidados disponíveis (Adequar ao contexto e recursos) Potter e Perry (2000)

Itens necessários de uma prescrição de enfermagem:

- O que fazer?

- Como fazer?
- Quando fazer?
- Onde fazer?
- Com que frequência fazer?
- Por quanto tempo fazer?

Existem dois tipos de intervenções:

- Interdependentes
- Autônomas

Características das intervenções:

- Baseadas em princípios científicos,
- Individualizadas,
- Formuladas de maneira concisa, simples e concreta,
- Favorecem o envolvimento da pessoa/família,
- Validadas com a pessoa/família,
- De acordo com o diagnóstico de enfermagem, visando produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

As prioridades ajudam a prever e a colocar em sequência as intervenções de enfermagem quando uma pessoa apresenta múltiplos diagnósticos de enfermagem, múltiplos fatores podem influenciar a capacidade de um enfermeiro estabelecer as suas prioridades.

4º Fase- Implementação

O enfermeiro é responsável por ter o conhecimento e a competência clínica necessária à realização das intervenções de forma segura e efetiva.

Antes de implementar uma intervenção a qualquer utente o enfermeiro deve:

- Reavaliar a pessoa,

- Rever e revisar o plano de cuidados,
- Organizar os recursos e prestar cuidado,
- Previsão e prevenção das complicações,
- Habilidades de implementação.

5ª Fase- Avaliação do processo

- Determinar o quanto os resultados foram alcançados e os ganhos de saúde obtidos,
- Comparar os ganhos obtidos com os resultados esperados,
- Identificar os fatores que afetaram a consecução dos objetivos,
- Instituir, caso necessário, as medidas corretivas no planejamento de cuidados.

Concluindo:

Avaliação inicial: Avalia a situação do utente,

Diagnostico: Identifica os problemas do utente,

Planeamento: Estabelece objetivos em termos dos cuidados e dos resultados desejados e identifica intervenções de enfermagem,

Implementação: Executa as intervenções planeadas,

Avaliação final: Avaliação dos resultados,

BIBLIOGRAFIA

Nursing Process: from theory to the practice of care and research, Informe de la experiencia (2009).

Fernandes Gonzaga Souza, M., Fernandes Gonzaga de Souza, M. I., Dulce Batista dos Santos, A. I., & Iwata Monteiro, A. I. (2013). O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. In *Rev Bras Enferm* (Vol. 66, Issue 2)

Yildirim, B., & Özkahraman, Ş. (2011). Critical Thinking in Nursing Process and

Education. In *International Journal of Humanities and Social Science* (Vol. 1, Issue 13). www.ijhssnet.com

Potter, P. A., & Perry, A. G. . Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. (4ª ed.). Guanabara Koogan.