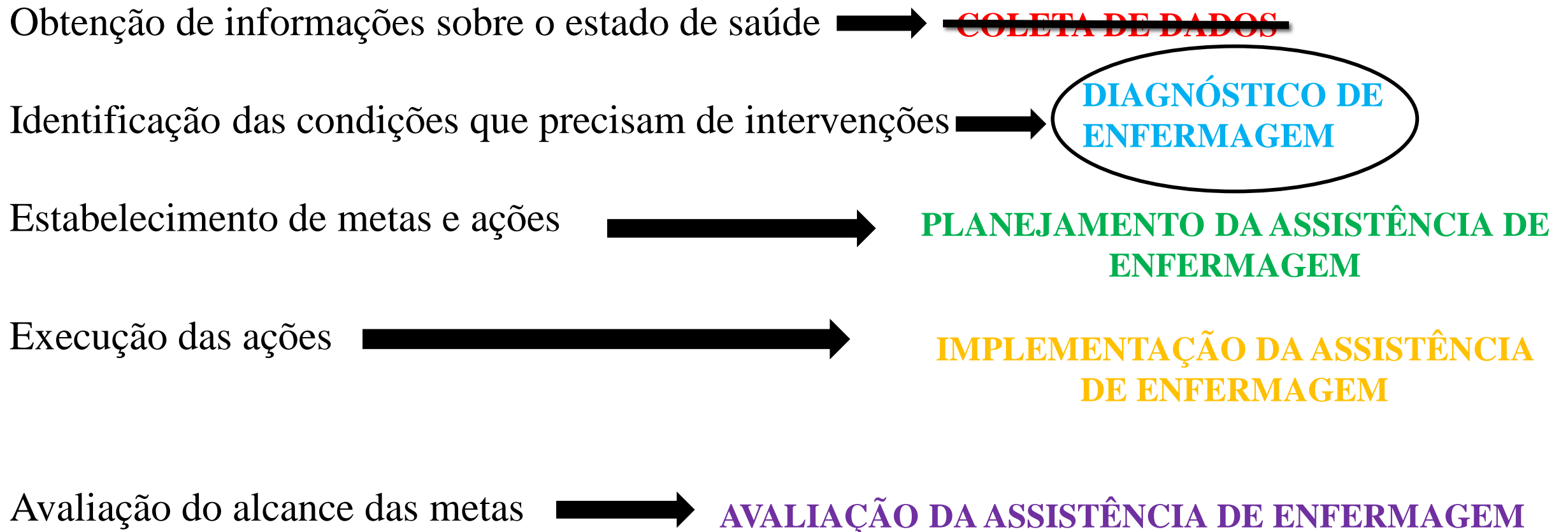


PROCESSO DE ENFERMAGEM: Taxonomias NANDA, NOC e NIC

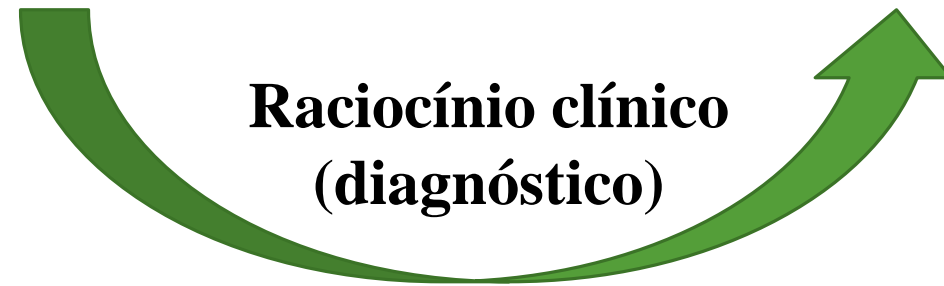
Profa. Dra. Natália Chantal
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Processo de Enfermagem



**COLETA DE
DADOS**

**DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM**



Conceber: Reconhecer pistas/evidências sobre a situação que está investigando

Julgar: Conseguir diferenciar uma situação de outra similar ou parecida

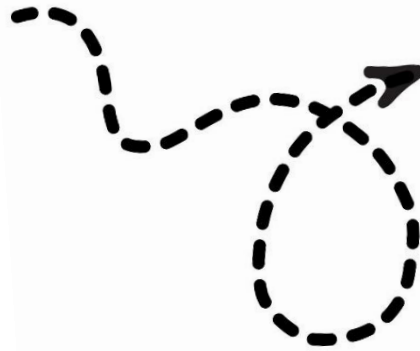
Raciocinar: Concluir o seu pensamento

**DOENÇAS E PROBLEMAS
RELACIONADOS À SAÚDE**

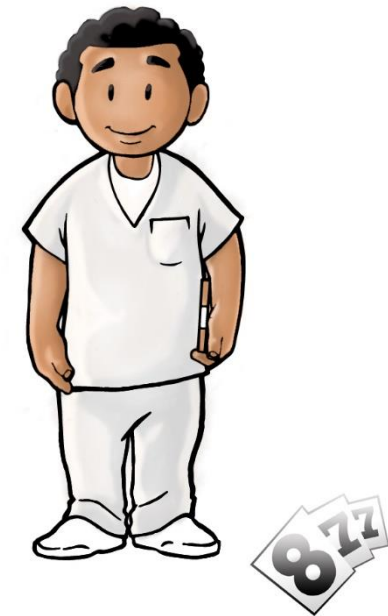
CID-10

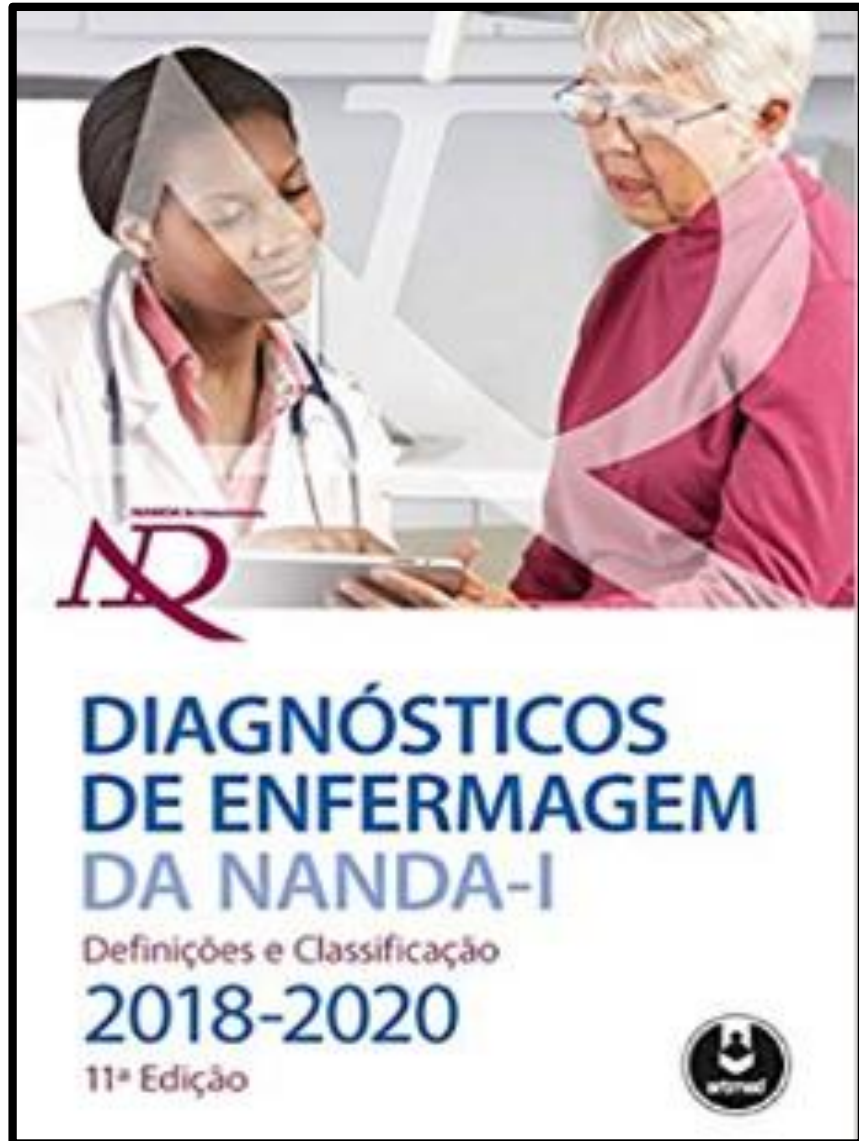
Classificação
Estatística
Internacional
de Doenças e
Problemas
Relacionados
à Saúde

Décima Revisão



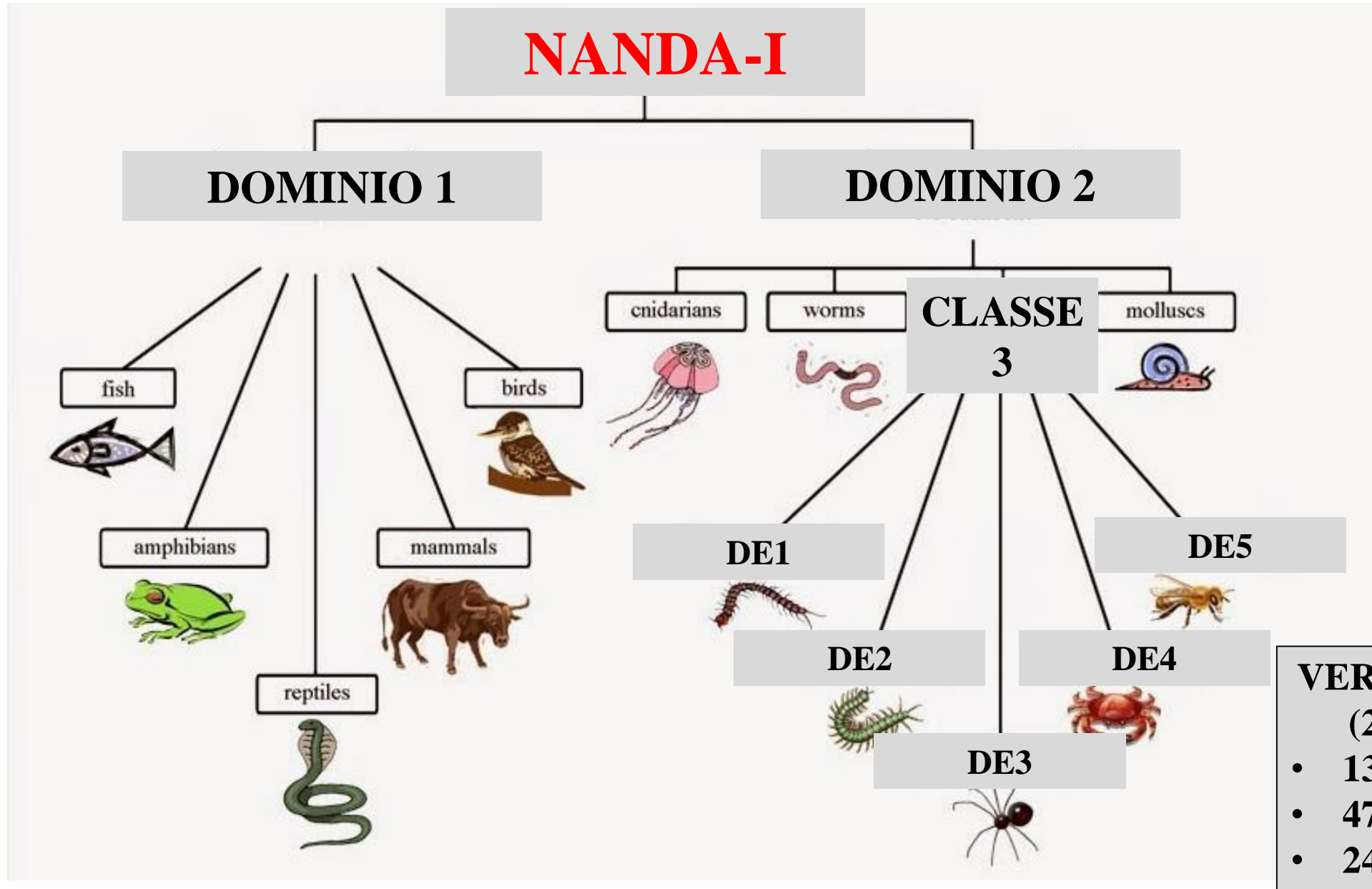
**JULGAMENTO CLÍNICO DAS
RESPOSTAS ÀS
**DOENÇAS E PROBLEMAS
RELACIONADOS À SAÚDE****





**TEORIA DOS PADRÕES
FUNCIONAIS DE SAÚDE**

**MARJORY GORDON
(1982)**



**VERSÃO ATUAL
(2018-2020)**

- 13 DOMINIOS
- 47 CLASSES
- 244 DEs

2ª Etapa do Processo de Enfermagem – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

DOMÍNIOS

Promoção da saúde	Nutrição	Eliminação e troca	Atividade/repouso	Percepção/cognição	Autopercepção	Papéis e relacionamentos	Sexualidade	Enfrentamento/tolerância ao estresse	Princípios da vida	Segurança/proteção	Conforto	Crescimento/desenvolvimento
Percepção da saúde	Ingestão	Função urinária	Sono/repouso	Atenção	Autoconceito	Papéis do cuidador	Identidade sexual	Respostas pós-trauma	Valores	Infecção	Conforto físico	Crescimento
Controle da saúde	Digestão	Função gastrointestinal	Atividade/exercício	Orientação	Autoestima	Relações familiares	Função sexual	Respostas de enfrentamento	Crenças	Lesão física	Conforto ambiental	Desenvolvimento
	Absorção	Função tegumentar	Equilíbrio de energia	Sensação/percepção	Imagem corporal	Desempenho de papéis	Reprodução	Estresse neurocomportamental	Coe-rência entre valores/crenças/atos	Violência	Conforto social	
	Metabolismo	Função respiratória	Respostas cardiovasculares/pulmonares	Cognição						Riscos ambientais		
	Hidratação		Autocuidado	Comunicação						Processos defensivos		
										Termorregulação		

CLASSES

Diagnóstico de Enfermagem

“[...] JULGAMENTO CLÍNICO DAS RESPOSTAS **do indivíduo, da família ou da comunidade** aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.”

(NANDA-I, 2018)

CLASSIFICAÇÃO dos Diagnóstico de Enfermagem

- **ATUAL/REAL** – julgamento clínico a respeito de uma **resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe** em um indivíduo, família, grupo ou comunidade
- **DE RISCO** – Julgamento clínico a respeito da **suscetibilidade** de um indivíduo, família, grupo ou comunidade **para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos da vida**
- **PROMOÇÃO À SAUDE** – Julgamento clínico a respeito da **motivação e do desejo** de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde
- **SÍNDROME** – Julgamento clínico relativo a um **agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos**, sendo mais bem-tratados em conjunto e com intervenções similares.

ESTRUTURA dos Diagnósticos de Enfermagem

Título do diagnóstico + **Fatores relacionados** + **Características definidoras**
(*categoria ou rotulo ou nome*) (*ou causa*) (*sinais ou sintomas ou evidências*)

Atual/real

Título do diagnóstico + **Fatores de risco**

Risco

Título do diagnóstico + **Características Definidoras**

Promoção
a saúde

Título do diagnóstico + **Características Definidoras**

Síndrome

*2018: POPULAÇÕES EM RISCO/ CONDIÇÕES ASSOCIADAS

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **ATUAL/ REAL**

Título do diagnóstico + Fatores relacionados + Características definidoras

EXEMPLO:

Integridade da pele prejudicada *relacionada a* pressão sobre saliência óssea *manifestada/caracterizada/evidenciada por* alteração na integridade da pele e vermelhidão.

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **RISCO**

Título do diagnóstico + Fatores de risco

EXEMPLO:

Risco de hipotermia perioperatória *relacionado a* baixa temperatura ambiental.

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **PROMOÇÃO À SAÚDE**

Título do diagnóstico + Características Definidoras

EXEMPLO:

Disposição para controle da saúde melhorado

manifestado/caracterizado/evidenciado por expressão de desejo de melhorar o controle de doenças.

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **SÍNDROME**

Título do diagnóstico + Características Definidoras

EXEMPLO:

Síndrome do idoso frágil *manifestada/caracterizada/evidenciada por* deambulação prejudicada (DE), déficit de autocuidado para banho (DE) e memória prejudicada (DE).



**Como estabelecer um
Diagnóstico de Enfermagem
NANDA-I**

?

1. A partir da coleta de dados, identificar as necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade.
2. Identificar o(s) domínio(s) em que as necessidades estão inseridas.
3. Identificar a(s) classe(s).
4. Escolher o(s) título(s) do(s) provável(is) DE(s).
5. Ler o enunciado do(s) DE(s) e verificar se o mesmo reflete as necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade.
6. Confirmar o(s) DE(s), apontando as características definidoras/ fatores relacionados/ fatores de risco.



NANDA-I

Tabela 7.1 Domínios, classes e diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I

Código	Diagnóstico
Domínio 1. Promoção da saúde	Percepção de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função
Classe 1. Percepção da saúde	Reconhecimento de função normal e bem-estar
00097	Envolvimento em atividades de recreação diminuído
00168	Estilo de vida sedentário
00262	Disposição para letramento em saúde melhorado

Parte 3

Diagnósticos de enfermagem da NANDA International

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **ATUAL/ REAL**

Título do diagnóstico + Fatores relacionados + Características definidoras

EXEMPLO:

Integridade da pele prejudicada *relacionada a* pressão sobre saliência óssea *manifestada/caracterizada/evidenciada por* alteração na integridade da pele e vermelhidão.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00046

Integridade da pele prejudicada

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Epiderme e/ou derme alterada.

Características definidoras

- Alteração na integridade da pele
- Área localizada quente ao toque
- Dor aguda
- Hematoma
- Matéria estranha perfurando a pele
- Sangramento
- Vermelhidão

Fatores relacionados

Externos

- Agente químico lesivo
- Excreções
- Hidratação
- Hipertermia
- Hipotermia
- Pressão sobre saliência óssea
- Secreções
- Umidade

Internos

- Alteração no volume de líquidos
- Fator psicogênico
- Nutrição inadequada

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **RISCO**

Título do diagnóstico + Fatores de risco

EXEMPLO:

Risco de hipotermia perioperatória *relacionado a* baixa temperatura ambiental.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00254

Risco de hipotermia perioperatória

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Baixa temperatura ambiental
- Transferência excessiva de calor por condução
- Transferência excessiva de calor por convecção
- Transferência excessiva de calor por radiação

Populações em risco

- Baixa temperatura no pré-operatório (< 36°C)
- Baixo peso corporal
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) > 1

Condições associadas

- Anestesia local e geral combinadas
- Complicações cardiovasculares
- Neuropatia diabética
- Procedimento cirúrgico

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **PROMOÇÃO À SAÚDE**

Título do diagnóstico + Características Definidoras

EXEMPLO:

Disposição para controle da saúde melhorado

manifestado/caracterizado/evidenciado por expressão de desejo de melhorar o controle de doenças.

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00162

Disposição para **controle da saúde** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2010, 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a condição de vacinação/imunização
- Expressa desejo de melhorar as escolhas da vida diária para alcançar metas
- Expressa desejo de melhorar o controle de doenças
- Expressa desejo de melhorar o controle de fatores de risco
- Expressa desejo de melhorar o controle de regimes prescritos
- Expressa desejo de melhorar o controle de sintomas

Literatura de apoio original disponível em www.grupoa.com.br/nanda-i

Estrutura do diagnóstico de enfermagem: **SÍNDROME**

Título do diagnóstico + Características Definidoras

EXEMPLO:

Síndrome do idoso frágil *manifestada/caracterizada/evidenciada por* deambulação prejudicada (DE), déficit de autocuidado para banho (DE) e memória prejudicada (DE).

Síndrome do idoso frágil

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.

Características definidoras

- Deambulação prejudicada (00088)
- Débito cardíaco diminuído (00029)
- Déficit no autocuidado para alimentação (00102)
- Déficit no autocuidado para banho (00108)
- Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110)
- Déficit no autocuidado para vestir-se (00109)
- Desesperança (00124)
- Fadiga (00093)
- Intolerância à atividade (00092)
- Isolamento social (00053)
- Memória prejudicada (00131)
- Mobilidade física prejudicada (00085)
- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Depressão
- Desnutrição
- Equilíbrio prejudicado
- Estilo de vida sedentário
- Exaustão
- Força muscular diminuída
- Fraqueza muscular
- Imobilidade
- Intolerância à atividade
- Isolamento social
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo de quedas
- Mobilidade prejudicada
- Obesidade
- Redução da energia
- Tristeza

(continua...)

TIME FOR

LUNCH

dreamstime



PROCESSO DE ENFERMAGEM: Taxonomias NANDA, NOC e NIC

Profa. Dra. Natália Chantal
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Processo de Enfermagem

Obtenção de informações sobre o estado de saúde → ~~COLETA DE DADOS~~

Identificação das condições que precisam de intervenções → ~~DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM~~

Estabelecimento de metas e ações → **PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Execução das ações → **IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Avaliação do alcance das metas → **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

“...PLANEJAR é organizar, prever os recursos necessários para serem utilizados no momento certo e da maneira correta, com a finalidade de alcançar resultados desejados...”



Determinação dos RESULTADOS que se espera alcançar e das AÇÕES de enfermagem que serão realizadas

Determinação dos **RESULTADOS** que se espera alcançar e das **AÇÕES** de enfermagem que serão realizadas

1º

DETERMINAR OS **RESULTADOS** QUE SE ESPERA ALCANÇAR

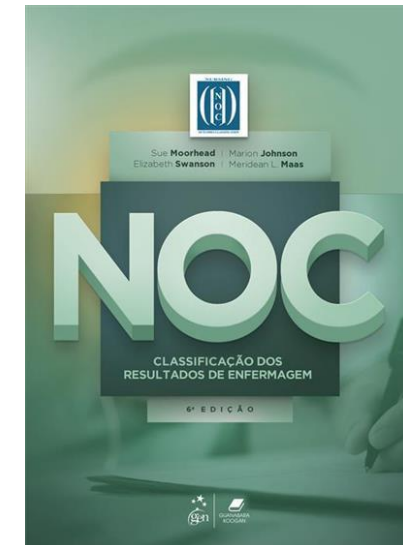
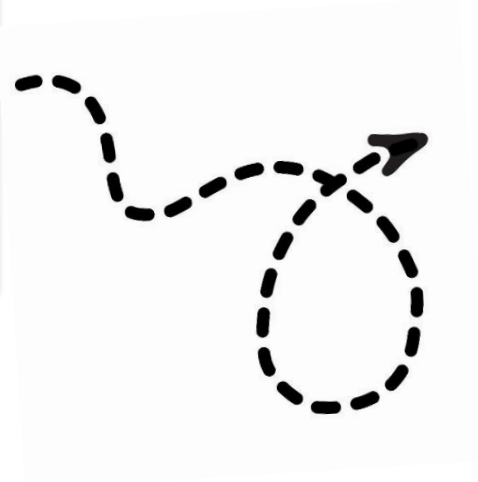


2º

DETERMINAR AS **AÇÕES** DE ENFERMAGEM QUE SERÃO REALIZADAS



ENFERMAGEM



Resultados esperados

“Descrevem o estado, os comportamentos, as percepções ou sentimentos do paciente que se espera alcançar em resposta ao cuidado que lhe será prestado”



METAS

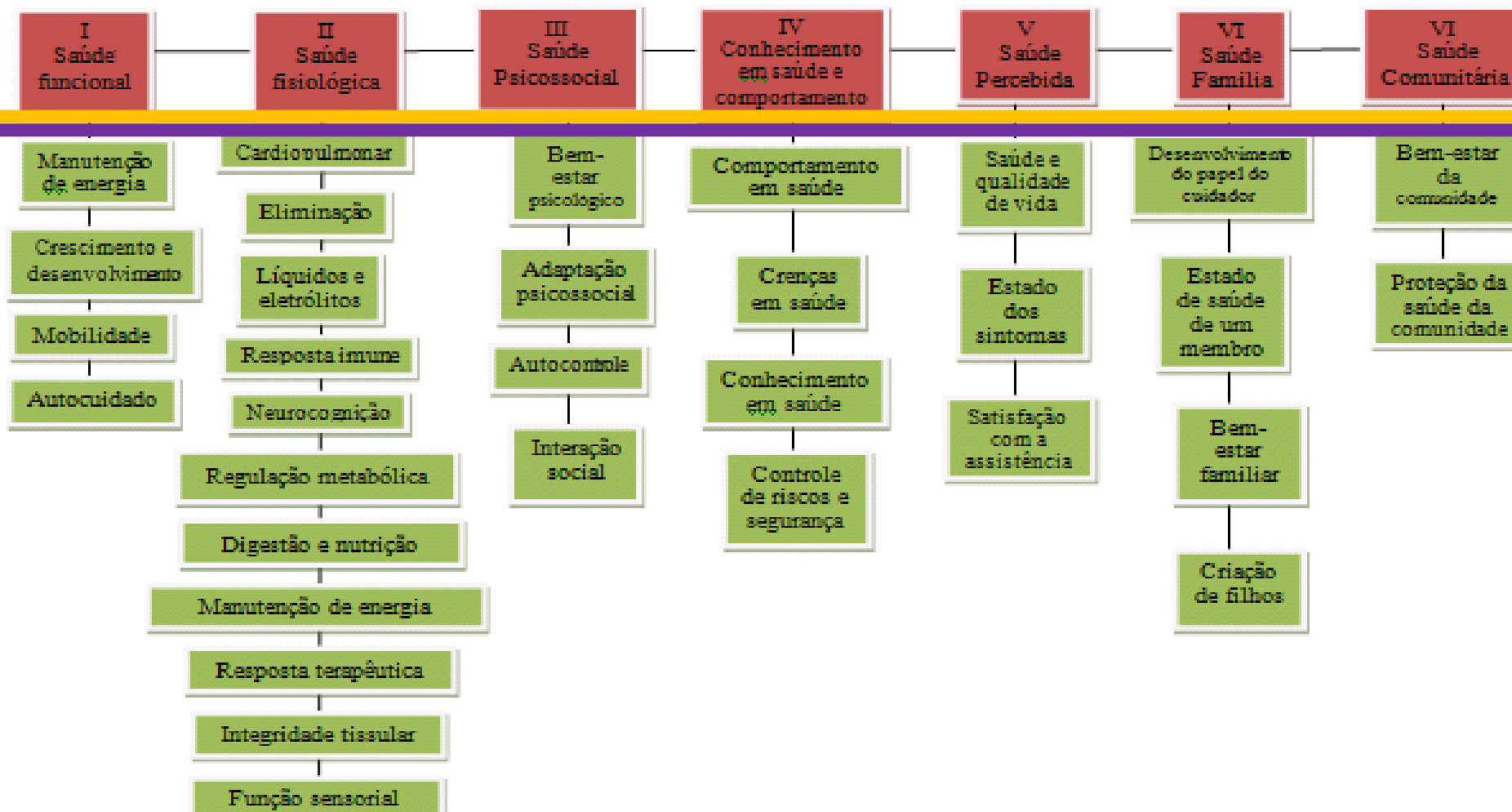
(para o indivíduo, família ou comunidade)

VERSÃO ATUAL

- 7 DOMÍNIOS
- 32 CLASSES
- 540 REs

3ª Etapa – PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RESULTADOS ESPERADOS

DOMÍNIOS



CLASSES

Nível de ansiedade

1211

Definição: gravidade da apreensão, tensão ou desassossego manifestados em decorrência de uma fonte não identificável

CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em _____ Aumentar para _____

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
121101	Inquietação	1	2	3	4	5	NA
121102	Andar de um lado para o outro	1	2	3	4	5	NA
121103	Torcer as mãos	1	2	3	4	5	NA
121132	Hiperatividade	1	2	3	4	5	NA
121104	Angústia	1	2	3	4	5	NA
121105	Desassossego	1	2	3	4	5	NA
121133	Nervosismo	1	2	3	4	5	NA
121134	Preocupação excessiva	1	2	3	4	5	NA
121135	Sentindo-se sem valor	1	2	3	4	5	NA
121136	Culpa	1	2	3	4	5	NA
121106	Tensão muscular	1	2	3	4	5	NA
121137	Dor de cabeça	1	2	3	4	5	NA
121138	Dor	1	2	3	4	5	NA
121107	Tensão facial	1	2	3	4	5	NA

continua

Definição

Conjunto de Indicadores

Escala de Medida

Como determinar um RESULTADO ESPERADO NOC?

A partir do TÍTULO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
(previamente estabelecido)

EXEMPLO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Hipotermia
relacionada a exposição a ambiente frio e inatividade
manifestado por tremor e relato de desconforto térmico.



Buscar o título do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
HIPOTERMIA



EXEMPLO

Buscar o título do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

HIPOTERMIA



RESULTADOS SUGERIDOS: Sinais Vitais; **Termorregulação**; Termorregulação: recém-nascido.

RESULTADOS ASSOCIADOS ADICIONAIS: Estado Neurológico: autônomo; Nível de conforto.

EXEMPLO

Termorregulação (continuação)

0800

		Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
080011	Tremores quando está frio	1	2	3	4	5	NA
080017	Frequência cardíaca apical	1	2	3	4	5	NA
080012	Frequência de pulso radial	1	2	3	4	5	NA
080013	Frequência respiratória	1	2	3	4	5	NA
080015	Conforto térmico relatado	1	2	3	4	5	NA
		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
080001	Temperatura da pele aumentada	1	2	3	4	5	NA
080018	Temperatura da pele diminuída	1	2	3	4	5	NA
080019	Hipertermia	1	2	3	4	5	NA
080020	Hipotermia	1	2	3	4	5	NA
080003	Cefaleia	1	2	3	4	5	NA
080004	Dores musculares	1	2	3	4	5	NA
080005	Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
080006	Sonolência	1	2	3	4	5	NA
080007	Mudanças na cor da pele	1	2	3	4	5	NA
080008	Espasmos musculares	1	2	3	4	5	NA
080014	Desidratação	1	2	3	4	5	NA
080021	Cãibras de calor	1	2	3	4	5	NA
080022	Insolação	1	2	3	4	5	NA
080023	Queimadura causada pelo frio	1	2	3	4	5	NA

Domínio - Saúde Fisiológica (II) Classe - Regulação Metabólica (I) 1ª edição 1997; revisado 2004, 2008

EXEMPLO

Título do RESULTADO DE ENFERMAGEM: TERMORREGULAÇÃO

Definição: Equilíbrio entre a produção, o aumento e a perda do calor

Indicadores	Severo/ Severamente Comprometido	Substancial/ Muito Comprometido	Moderado/ Moderadamente comprometido	Leve/ Levemente Comprometido	Ausente/ Não Comprometido
Arrepios quando há frio	1	2	3	4	5
Tremores quando está frio	1	2	3	4	5
Conforto térmico relatado	1	2	3	4	5
Frequência respiratória	1	2	3	4	5

Domínio: Saúde Fisiológica (II)

Classe: Regulação Metabólica (VI)

EXEMPLO

Título do RESULTADO DE ENFERMAGEM: TERMORREGULAÇÃO

Definição: Equilíbrio entre a produção, o aumento e a perda do calor

Indicadores	Severo/ Severamente Comprometido	Substancial/ Muito Comprometido	Moderado/ Moderadamente comprometido	Leve/ Levemente Comprometido	Ausente/ Não Comprometido
Arrepios quando há frio	1	2	3	4	5
Tremores quando está frio	1	2	3	4	5
Conforto térmico relatado	1	2	3	4	5
Frequência respiratória	1	2	3	4	5

Domínio: Saúde Fisiológica (II)

Classe: Regulação Metabólica (VI)

EXEMPLO

Título do RESULTADO DE ENFERMAGEM: TERMORREGULAÇÃO

Definição: Equilíbrio entre a produção, o aumento e a perda do calor

Indicadores	Severo/ Severamente Comprometido	Substancial/ Muito Comprometido	Moderado/ Moderadamente comprometido	Leve/ Levemente Comprometido	Ausente/ Não Comprometido
Arrepios quando há frio	1	2	3	4	5
Tremores quando está frio	1	2	3	4	5
Conforto térmico relatado	1	2	3	4	5
Frequência respiratória	1	2	3	4	5

Domínio: Saúde Fisiológica (II)

Classe: Regulação Metabólica (VI)

EXEMPLO: Registro

RESULTADO ESPERADO: TERMORREGULAÇÃO

Indicadores do Resultado Esperado:

- ARREPIOS QUANDO HÁ FRIO: (5/5)

manutenção da pontuação: pontuação atual (5) – pontuação esperada (5)

- TREMORES QUANDO ESTÁ FRIO: (1/5)

melhora da pontuação: pontuação atual (1) – pontuação esperada (5)

- CONFORTO TÉRMICO RELATADO: (3/5)

melhora da pontuação: pontuação atual (3) – pontuação esperada (5)

- FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: (5/5)

manutenção da pontuação: pontuação atual (5) – pontuação esperada (5)

E se eu NÃO usar a NOC?

RESULTADO ESPERADO (Objetivo geral): deve ser escrito considerando-se o DE estabelecido.

Indicadores (Objetivos específicos): devem ser escritos considerando-se os elementos do DE e os critérios para avaliação do resultado.



INDIVÍDUO
FAMÍLIA
COMUNIDADE
(Pra quem o DE foi estabelecido)

E se eu NÃO usar a NOC?

EXEMPLO

DE: Conhecimento deficiente (sobre sua doença: hipertensão arterial sistêmica), relacionado à informações insuficientes manifestado por comportamento inapropriado e seguimento de instruções inadequadas.

RESULTADO ESPERADO: CONHECIMENTO EFICIENTE (SOBRE SUA DOENÇA)

Indicadores:

- O paciente deverá ser capaz de descrever o processo da doença (fatores de risco, sinais e sintomas, complicações, tratamento, formas de prevenção).
- O paciente deverá ser capaz de descrever os efeitos adversos do uso do tabaco sobre a saúde.
- O paciente deverá ser capaz de descrever as razões para a dieta recomendada.
- O paciente deverá ser capaz de citar as medicações e o horários de administração das mesmas.

COLETA DE DADOS
+
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
+
RESULTADOS ESPERADOS



**INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM**

Determinação dos **RESULTADOS** que se espera alcançar e das **AÇÕES** de enfermagem que serão realizadas

1º

DETERMINAR OS **RESULTADOS** QUE SE ESPERA ALCANÇAR

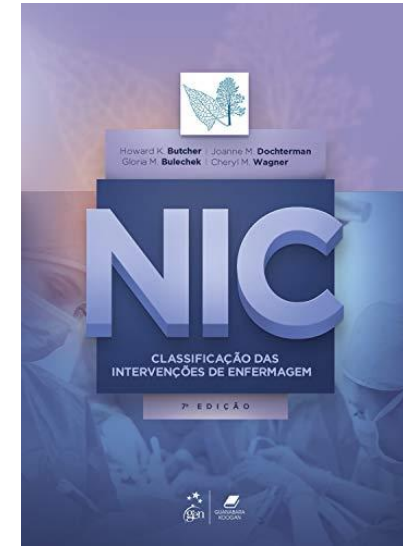
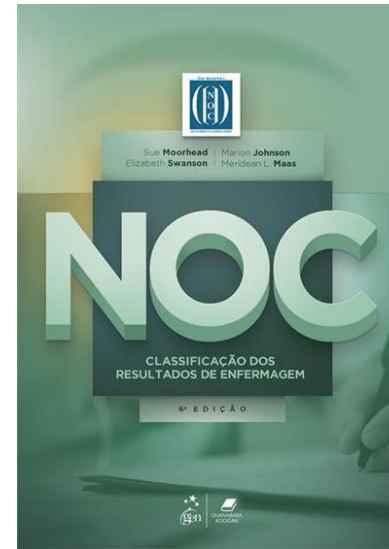
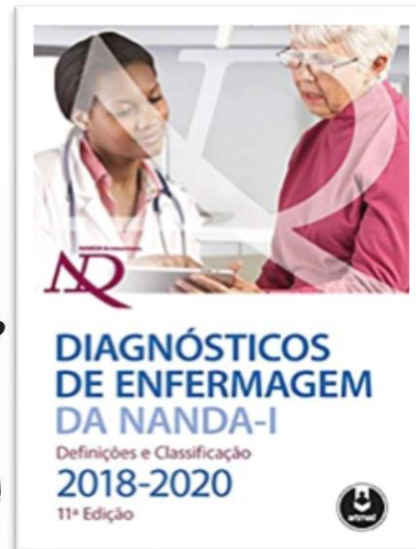
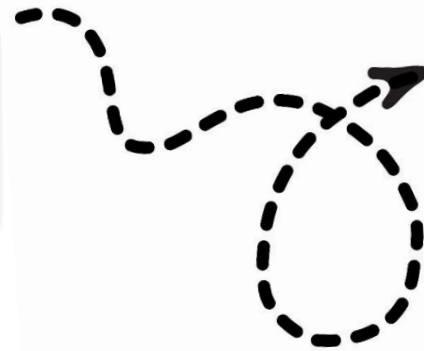


2º

DETERMINAR AS **AÇÕES** DE ENFERMAGEM QUE SERÃO REALIZADAS



ENFERMAGEM



Intervenções de enfermagem

“São ações baseadas no julgamento e conhecimento clínico, realizadas por um(a) enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem, que visam alcançar bons resultados para o indivíduo/família/comunidade”.

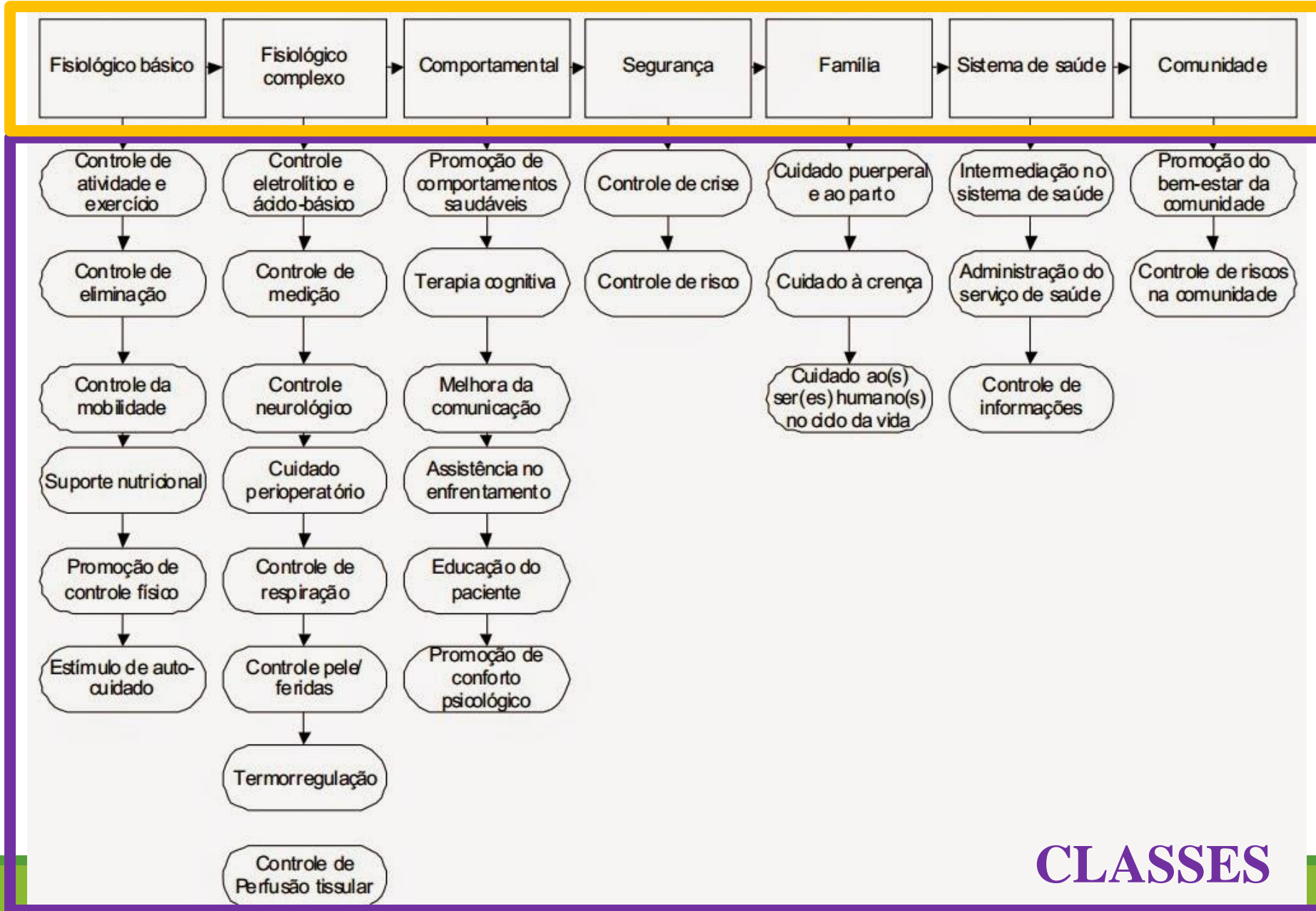


AÇÕES

(para a equipe de enfermagem)

(NOC, 2020)

3ª Etapa – PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



DOMÍNIOS

CLASSES

VERSÃO ATUAL

- 7 DOMÍNIOS
- 30 CLASSES
- 565 IEs

Controle da Dor

Definição

Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente

Atividades:

- Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes
- Observar para pistas não verbais de desconforto, especialmente naqueles incapazes de se comunicar efetivamente
- Assegurar cuidados analgésicos para o paciente
- Utilizar estratégias de comunicação terapêutica para ter ciência da experiência da dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor
- Explorar o conhecimento e as crenças do paciente sobre a dor
- Considerar as influências culturais sobre a resposta da dor
- Determinar o impacto da experiência da dor sobre a qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho no trabalho e responsabilidades)
- Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor
- Avaliar as experiências passadas com a dor para incluir a história individual e/ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando apropriado
- Avaliar, com o paciente e a equipe de saúde, a efetividade das medidas passadas de controle da dor que foram utilizadas

Conjunto de Atividades

Como determinar uma INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NIC?

A partir do TÍTULO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
(previamente estabelecido)

EXEMPLO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Hipotermia
relacionada a exposição a ambiente frio e inatividade
manifestado por tremor e relato de desconforto térmico.



Buscar o título do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
HIPOTERMIA



EXEMPLO

Buscar o título do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

HIPOTERMIA



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS PARA RESOLUÇÃO DO

PROBLEMA: **Regulação da temperatura;** Regulação da temperatura: perioperatória;

Regulação hemodinâmica; Prevenção do choque; Controle de ambiente...

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM OPCIONAIS ADICIONAIS: Supervisão da pele;

Aplicação de calor/frio; Controle do choque: cardiogênico...

EXEMPLO

Definição: Obtenção ou manutenção da temperatura corporal dentro de uma variação normal

Atividades:

- Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas, conforme apropriado
- Monitorar a temperatura do recém-nascido até estabilizar
- Instituir um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central, conforme apropriado
- Monitorar a pressão arterial, pulso e respiração, conforme apropriado
- Monitorar a cor da pele e a temperatura
- Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia
- Promover ingestão adequada de nutrientes e líquidos
- Enrolar o lactente imediatamente após o nascimento para evitar a perda de calor
- Enrolar um lactente com baixo peso ao nascer em plástico (p. ex., polietileno, poliuretano) imediatamente após o nascimento, enquanto ainda está coberto pelo fluido amniótico, conforme apropriado e de acordo com o protocolo da Instituição
- Colocar meia e gorro para evitar a perda de calor do recém-nascido
- Colocar o recém-nascido na incubadora ou sob calor, se necessário
- Manter a umidade na incubadora em 50% ou mais para reduzir a perda de calor por evaporação
- Pré-aquecer itens (p. ex., cobertores, bichinhos de pelúcia de abraçar) colocados ao lado do lactente na incubadora
- Orientar o paciente sobre como prevenir a exaustão pelo calor e insolação
- Discutir a importância da termorregulação e possíveis efeitos negativos do excesso de tremores, conforme apropriado
- Orientar o paciente, particularmente pacientes idosos, sobre as ações para evitar a hipotermia devido à exposição ao frio
- Informar o paciente sobre indícios de exaustão pelo calor e o tratamento apropriado de emergência, conforme apropriado
- Informar sobre indícios de hipotermia e tratamento de emergência apropriado, conforme apropriado
- Utilizar colchão de aquecimento, cobertores quentes e ambiente quente para elevar a temperatura do corpo, conforme apropriado

- Utilizar colchão de aquecimento, cobertores com água circulante, banhos tépidos, aplicação de gelo ou almofada de gel e cateterismo para resfriamento intravascular para diminuir a temperatura corporal, conforme apropriado
- Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades do paciente
- Dar medicamento adequado para prevenir ou controlar tremores
- Administrar medicamento antipirético, conforme apropriado
- Preservar normotermia em pacientes recém-falecidos que serão doadores de órgãos, aumentando a temperatura do ar ambiente, o uso de luzes infravermelhas, ar quente ou cobertor de água aquecida, ou instilação de fluidos EV, conforme apropriado

1ª edição de 1992; revisada em 2013

Leituras Sugeridas:

- Bassin, S. L., Bleck, T. P., & Nathan, B. D. (2008). Intravascular temperature control system to maintain normothermia in organ donors. *Neurocritical Care*, 8(1), 31-35.
- Knobel, R., & Holditch-Davis, D. (2010). Thermoregulation and health loss prevention after birth and during neonatal intensive-care unit stabilization of extremely low-birthweight infants. *Advances in Neonatal Care*, 10(5 Suppl. 5), S7-S14.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Thompson, H. J., Kirkness, C. J., & Mitchell, P. H. (2007). Fever management practices of neuroscience nurses: National and regional perspective. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(3), 151-162.

EXEMPLO: Registro

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: REGULAÇÃO DA TEMPERATURA

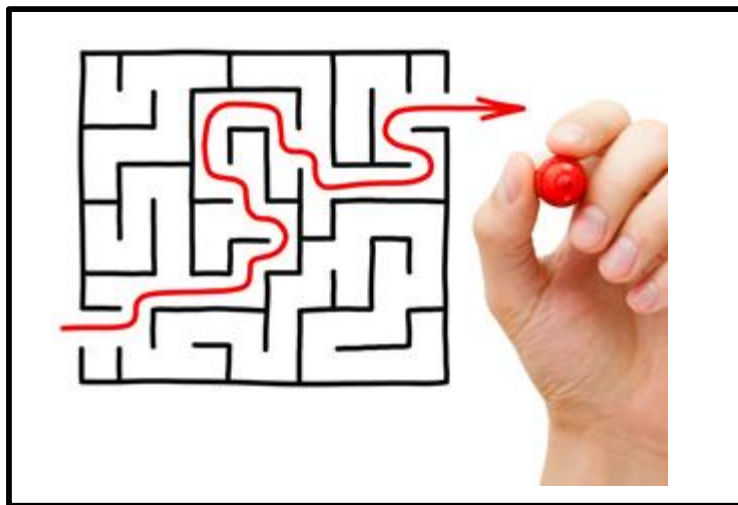
Atividades:

- Instituir um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central, conforme apropriado.
- Monitorar a pressão arterial, pulso e respiração, conforme apropriado.
- Monitorar a cor da pele e a temperatura.
- Utilizar colchões de aquecimento, cobertores quentes e ambiente quente para elevar a temperatura do corpo, conforme apropriado.
- Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades do paciente.

E se eu NÃO usar a NIC?

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM (Estratégia): estabelece a fundamentação para o alcance do resultado esperado, considerando-se o DE.

Atividades (Ações): relata as ações do(s) profissional(is) que deverão se executadas para o alcance do resultado esperado, com a estratégia norteando-as.



EQUIPE DE
ENFERMAGEM

E se eu NÃO usar a NIC?

EXEMPLO

DE: Conhecimento deficiente (sobre sua doença: hipertensão arterial sistêmica), relacionado à informações insuficientes manifestado por comportamento inapropriado.

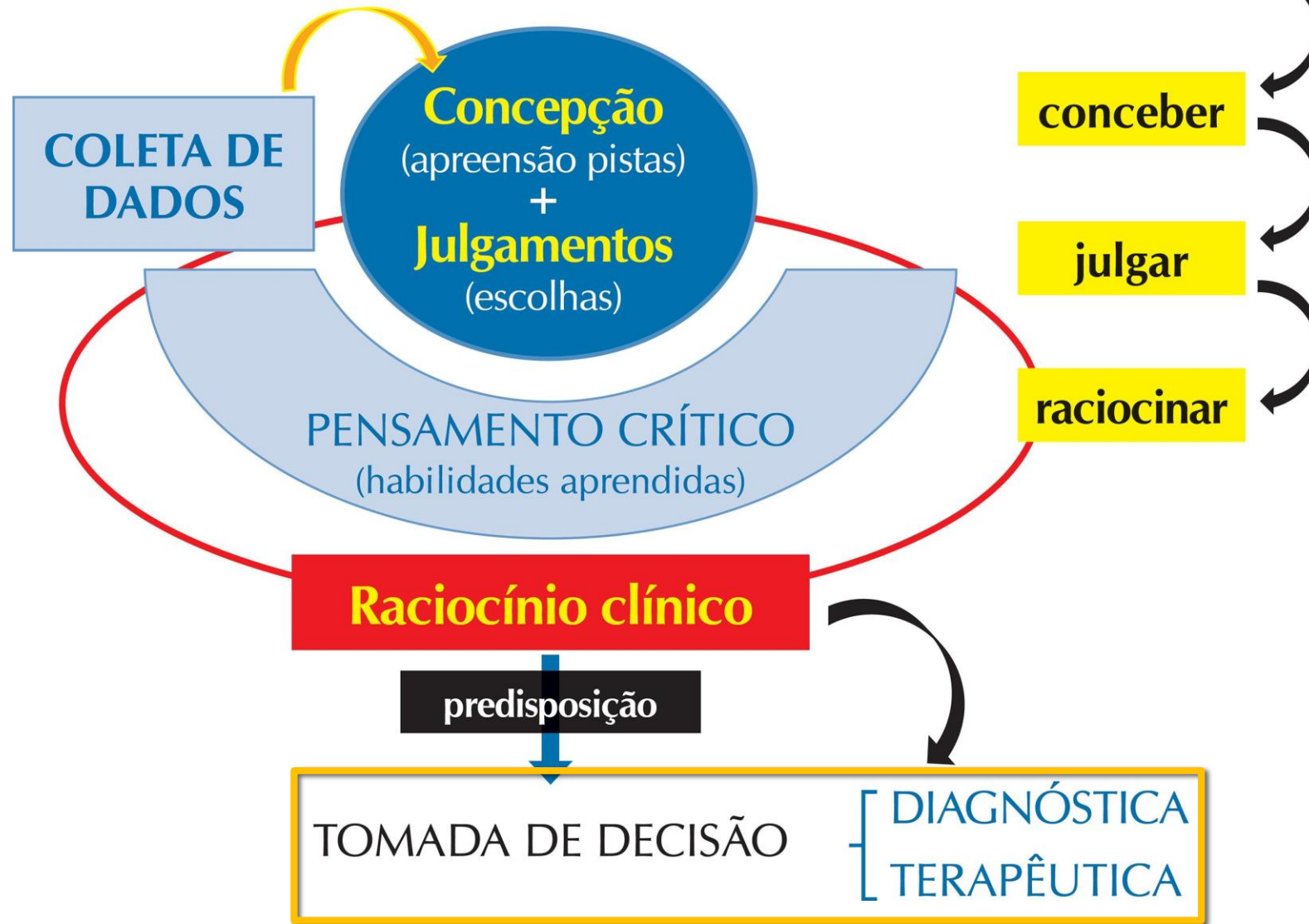
Intervenção de Enfermagem: ORIENTAÇÃO (QUANTO À SUA DOENÇA)

Atividades:

- Informar ao paciente o significado da doença (hipertensão arterial sistêmica), suas causas e suas manifestações clínicas.
- Apresentar ao paciente figuras sobre o efeito deletério do fumo.
- Dialogar com o paciente sobre os benefícios da alimentação adequada.
- Informar quanto a necessidade de fazer o controle da pressão arterial periodicamente.
- Instruir o paciente quanto às medicações que faz uso (via, dosagem, horário).

PRESCRIÇÕES DE ENFEMRAGEM	APRAZAMENTO
Mudança de decúbito de 2h em 2h	6 8 10 12 14 16 18
Realizar curativo em região sacra com soro fisiológico 0,9% + sulfadiazina de prata	10
Instalar curativos hidrocolóides em regiões com proeminências ósseas	8
Hidratar a pele com hidratante 3x ao dia	8 14 22
Observar e anotar alterações e evoluções da cicatrização da úlcera em região sacra	M T N

PROCESSOS DO PENSAMENTO





vamos lo?!

Processo de Enfermagem

Obtenção de informações sobre o estado de saúde → ~~COLETA DE DADOS~~

Identificação das condições que precisam de intervenções → ~~DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM~~

Estabelecimento de metas e ações → ~~PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM~~

Execução das ações → IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Avaliação do alcance das metas → AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

IMPLEMENTAÇÃO

“Trata-se da concretização do plano assistencial, **realização da intervenção (e do conjunto de atividades)** determinada na etapa de Planejamento de Enfermagem”

COLOCANDO A MÃO
NA MASSA...



EXECUÇÃO!!!

IMPLEMENTAÇÃO

➤ Não é de competência exclusiva do enfermeiro, mas sim de toda a equipe de enfermagem (**enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem**).

➤ Foco: assistência com qualidade, livre de danos, garantindo a segurança do paciente.



PRÉ-IMPLEMENTAÇÃO

- Ler as anotações relacionadas ao planejamento de enfermagem.
- Pensar e analisar os conhecimentos e habilidades exigidas para cada ação.
- Determinar e prover recursos necessários para a ação a ser desenvolvida.
- Preparar o ambiente e os materiais.
- Preparar o paciente e/ou o acompanhante.

IMPLEMENTAÇÃO

- Executar a intervenção.

PÓS-IMPLEMENTAÇÃO

- Promover o conforto do paciente e se despedir.
- Organizar ambiente (ex: retirar biombo, abrir janelas).
- Organizar/descartar materiais.
- Realizar a higiene das mãos.
- Checar prescrição de enfermagem.
- Checar prescrição médica, se for o caso.
- Registrar no prontuário o que foi realizado. Atentar-se para a anotação de informações importantes (ex: paciente não aceitou a medicação prescrita ou não permitiu a troca de curativo).

Processo de Enfermagem

Obtenção de informações sobre o estado de saúde → ~~COLETA DE DADOS~~

Identificação das condições que precisam de intervenções → ~~DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM~~

Estabelecimento de metas e ações → ~~PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM~~

Execução das ações → ~~IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM~~

Avaliação do alcance das metas → **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou comunidade



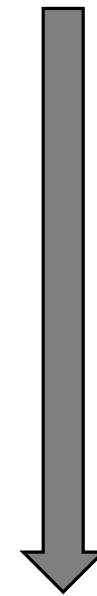
Os resultados esperados foram alcançados?



Houve efeito da intervenção implementada?



A assistência de enfermagem foi de qualidade?



PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Determinação dos **RESULTADOS** que se espera alcançar e das **AÇÕES** de enfermagem que serão realizadas

1º

DETERMINAR OS **RESULTADOS** QUE SE ESPERA ALCANÇAR

2º



DETERMINAR AS **AÇÕES** DE ENFERMAGEM QUE SERÃO REALIZADAS

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

O RESULTADO ESPERADO estabelecido no “Planejamento da Assistência de Enfermagem” é verificado (a partir de seus indicadores):

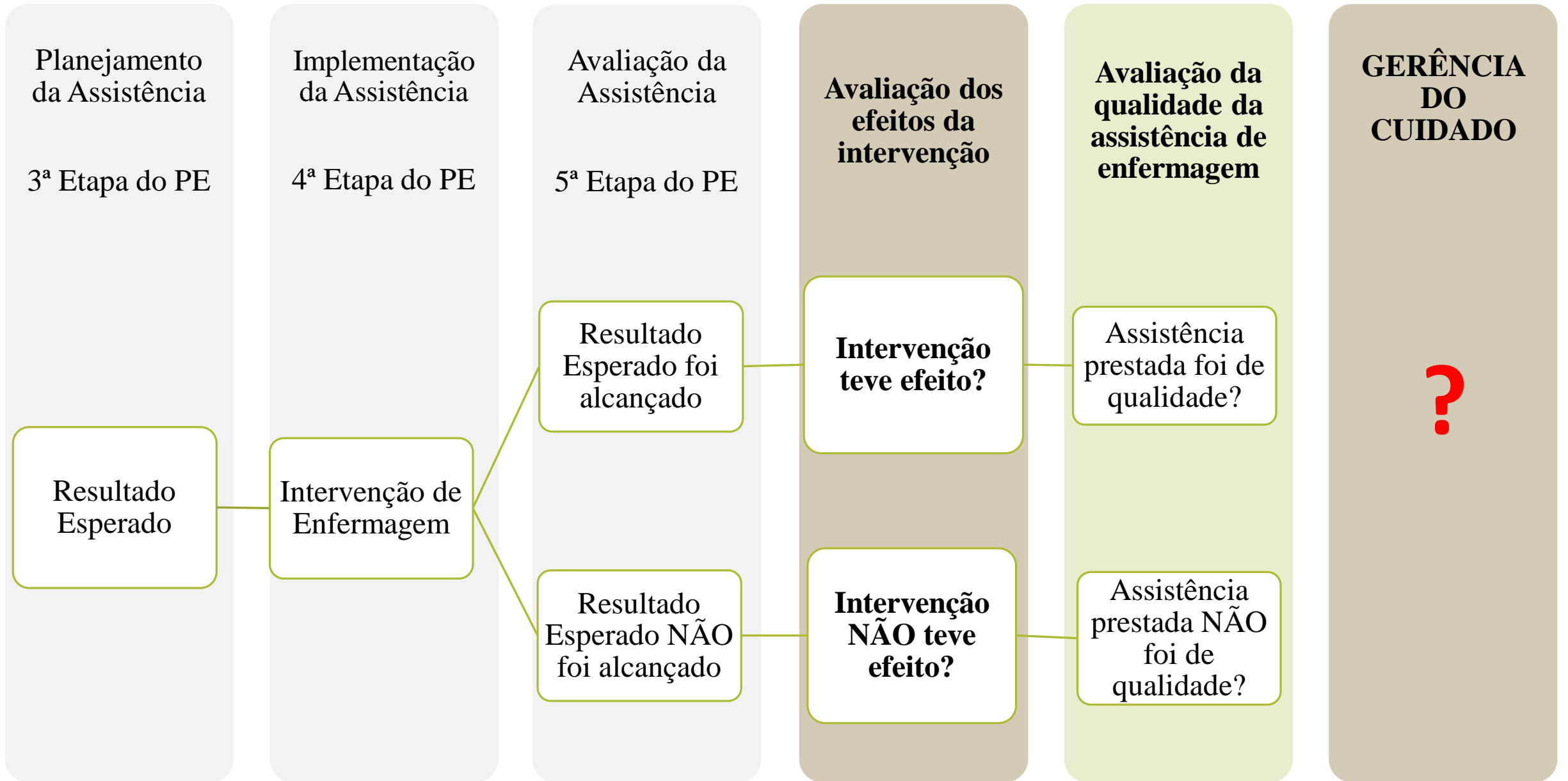
- Houve manutenção da pontuação do(s) indicador(es)? =
- Houve melhora da pontuação do(s) indicador(es)? 
- Houve piora da pontuação do(s) indicador(es)? 

Indicadores revelam se:


RESULTADO ESPERADO **FOI ALCANÇADO**

RESULTADO ESPERADO **NÃO FOI ALCANÇADO**





COMO ORGANIZAR O REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM?

- S** DADOS SUBJETIVOS (ANAMNESE)
- O** DADOS OBJETIVOS (EXAME FÍSICO)
- A** AVALIAÇÃO DO CASO E JULGAMENTO (**Diagnóstico de enfermagem**)
- P** PLANO DE AÇÃO (**Planejamento de enfermagem**)
- 

+ Implementação + Avaliação de enfermagem

REFERÊNCIAS

BULECHEK G.M., BUTCHER H.K., DOCHTERMAN J.M.; Wagner, C.M. Classificação das Intervenções de Enfermagem Nic/Nursing Interventions Classification (Nic). 6ª ed. Porto Alegre: ELSEVIER; 2016.

HERDMAN, T. H.; SHIGEMI, K. Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S., JOHNSON M., MERIDEAN L., MAAS M.L., SWANSON, E.; Classificação dos resultados de enfermagem Noc/Nursing outcomes classification (Noc). 5ª ed. Porto Alegre: ELSEVIER; 2016.