

I SIMBRASAE

I SIMPÓSIO BRASILIENSE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Os sistemas de classificação em enfermagem e o raciocínio clínico

Prof^a. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus
Universidade de Brasília



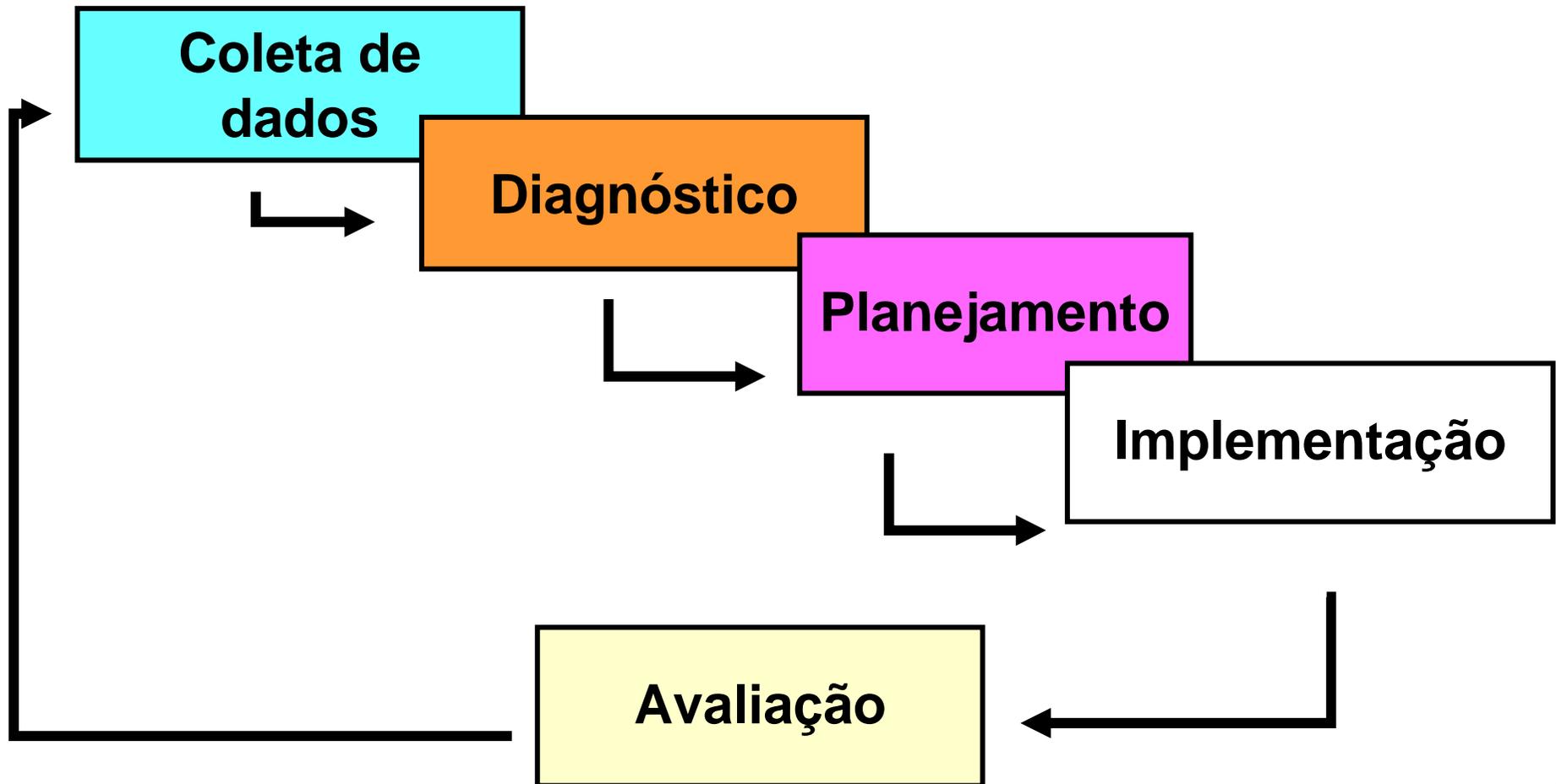
I SIMBRASAE – Brasília, Abril 2009

OBJETIVOS

Focalizar a importância do **Diagnóstico** – como um passo fundamental do processo de enfermagem

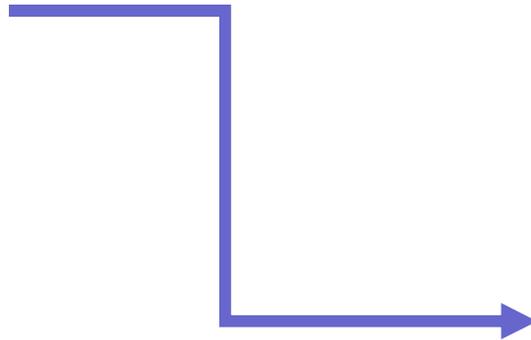
- Enfatizar a necessidade de uma linguagem uniforme de enfermagem
- Destacar o processo diagnóstico como uma abordagem importante para a elaboração do julgamento do enfermeiro

PROCESSO DE ENFERMAGEM



DIAGNÓSTICO

Da investigação



ao diagnóstico

PORQUE DIAGNOSTICAR?

- ✓ Precisão e relevância do plano dependem da capacidade de identificar problemas e suas causas
- ✓ Elaboração de um plano pró-ativo (promover saúde e prevenir problemas)
- ✓ Identificar melhores recursos e pontos fortes

DIAGNÓSTICO

Prática assistencial
diferenciada e
científica

Utilizar a base de
conhecimentos da
enfermagem que está
em expansão

**Melhores
resultados
ao paciente**

**Maior autonomia
profissional**

DIAGNÓSTICO

Desenvolvimento de
linguagens
padronizadas de
enfermagem

Facilita os registros
computadorizados e
as pesquisas

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

*O que são os
sistemas de
classificação?*

*Para que servem os
sistemas de
classificação?*

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

- ❖ Representam formas de organizar os fenômenos na prática de enfermagem
- ❖ Um sistema de classificação é um arranjo de fenômenos dentro de grupos ou classes baseados em seus relacionamentos
- ❖ Uma classe é um agrupamento de fenômenos similares

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Servem para fornecer uma referência hierárquica aos problemas de saúde, intervenções e resultados dentro do escopo da prática de enfermagem

**Existem diferentes grupos
que desenvolvem
linguagem padronizada de
enfermagem**

PROPÓSITOS DOS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

- Facilitar a prática
- Utilizar as palavras consistentemente (enfermeiros podem consultar manuais)
- Padronizar a definição dos termos (diagnósticos /intervenções/ resultados) representa uniformidade
- Diminuir a probabilidade de erros de comunicação
- Auxiliar na construção de outros sistemas de classificação (como sistemas computadorizados)

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

- 1ª tentativa: 1929
Wilson: objetivo de separar problemas de enfermagem dos problemas médicos
- 2ª tentativa: 1953
Vera Fry: identificou 5 áreas de necessidades do cliente como sendo domínio da enfermagem
- 1ª classificação relevante (EUA): 1960
Os 21 problemas de Abdellah
- 2ª classificação relevante (EUA): 1966
Lista das 14 NHB de Henderson

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Nome do grupo	Foco	Observações
North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)	Diagnósticos	Finalidade de identificar, nomear, validar e classificar problemas tratados pelos enfermeiros NANDA
Nursing Interventions Classification (NIC)	Intervenções	Finalidade de identificar, nomear, validar e classificar ações McCloskey & Bulecheck
Nursing-Sensitive Outcomes Classification (NOC)	Resultados	Finalidade de identificar, nomear, validar e classificar resultados dos pacientes sensíveis Johnson, Maas & Morhead

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005. Pág: 105

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO Continuação

Nome do grupo	Foco	Observações
Omaha Nursing Classification System for Community Health	Diagnósticos, Intervenções, Resultados	Facilitar prática na enfermagem domiciliar e de saúde comunitária Martin & Scheet, 1992
Perioperative Nursing Data Set (PNDS)	Diagnósticos, Intervenções, Resultados	Desenvolver, refinar e validar vocabulário das responsabilidades da enfermagem relacionados à experiência perioperatória Beyea, 2000

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005. Pág: 105

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO Continuação

Nome do grupo	Foco	Observações
Home Health Care Classification (HHCC)	Diagnósticos, Intervenções, Resultados	Estrutura de documentação e classificação do cuidado domiciliar e ambulatorial SABA CARE
International Classification for Nursing Practice (ICNP) (CIPE)	Diagnósticos, Intervenções, Resultados	Abranger as contribuições existentes e oferecer uma estrutura onde as classificações existentes se cruzam comparando dados de vários países

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005. Pág: 105

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Nursing Interventions Classification (NIC)

Universidade de Iowa

**Joanne
McCloskey**

**Gloria
Bulechek**

7 Domínios e 30 classes
São 486 conceitos de
intervenções e 12.000
atividades

McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. Nursing Interventions Classification (NIC), 2002.

Classificação das intervenções de enfermagem – NIC

Evolução histórica da NIC

Fase I: construção da classificação – método indutivo (1987-1992)

Fase II: construção da taxonomia – método dedutivo (1990-1995)

Fase III: Teste clínico e aperfeiçoamento (1993-1997)

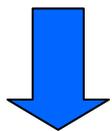
Ligações entre NANDA, NIC e NOC

Fase IV: Uso e manutenção (1996 em desenvolvimento)

VISÃO GERAL DA NIC

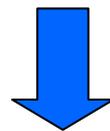
Intervenção: qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento realizado p/ melhorar os resultados do cliente.

Intervenções independentes



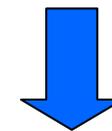
Prescrições iniciadas pela(o) enfermeira(o)

Intervenções interdependentes



Prescrições de colaboração

Intervenções dependentes



Prescrições iniciadas pelo médico

McCLOSKEY & BULECHEK. Classificação das intervenções de enfermagem. 2004.

Classificação das intervenções de enfermagem – NIC

Como é a estrutura da NIC?

Nível 1	7 Domínios (1 a 7)
Nível 2	30 Classes (A ao Z, a,b,c,d.)
Nível 3	486 Intervenções (número com 4 espaços)
Nível 4	+12.000 Atividades (uso decimal de dois dígitos)

VISÃO GERAL DA NIC

Prescrições

Enfermeira	Colaboração	Médico
<ul style="list-style-type: none">● Conhecimento cliente● Nutrição adequada● AVD● Educação de saúde● Promoção da saúde● Aconselhamento	<ul style="list-style-type: none">● Múltiplas prescrições: de cuidados, fisioterápicas, terapia ocupacional, etc.	<ul style="list-style-type: none">● Medicamento● Procedimento invasivo● Exames diagnósticos

McCLOSKEY & BULECHEK. Classificação das intervenções de enfermagem. 2004.

VISÃO GERAL DA NIC

Utilizada em qualquer local

Inclui aspectos fisiológico e psicossocial

Intervenções para:

- tratamento
- prevenção da doença
- promoção da saúde

Título	Definição	Atividades	Bibliografia
---------------	------------------	-------------------	---------------------

McCLOSKEY & BULECHEK. Classificação das intervenções de enfermagem. 2004.

VISÃO GERAL DA NIC

Nível 1 Domínios (7)	1. Fisiológico básico (cuidados que dão suporte ao funcionamento físico do organismo)
Nível 2 Classes (30)	C. Controle da imobilidade (intervenções p/ controlar a restrição de movimentos corporais e as seqüelas)
Nível 3 Intervenções (486)	0740 Cuidados com o repouso no leito 0940 Cuidados com tração / imobilização

McCLOSKEY & BULECHEK. Classificação das intervenções de enfermagem. 2004.

VISÃO GERAL DA NIC

Intervenção	0740 Cuidado com o repouso no leito
Definição	Promoção de conforto e segurança e prevenção de complicações em paciente incapacitado de sair do leito
Atividades (25)	Posicionar alinhamento correto do corpo Manter roupa de cama limpa, seca e sem rugas Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 h Monitorar condição da pele Realizar exercícios de amplitude de movimentos Monitorar constipação

McCLOSKEY & BULECHEK. Classificação das intervenções de enfermagem. 2004.

Classificação das intervenções de enfermagem – NIC

Exemplo de uma intervenção da NIC – Redução da ansiedade

Definição: Minimização de apreensão, receio, pressentimento ou desconforto relacionados a uma fonte não-identificada de perigo antecipado.

Atividades

Usar uma abordagem calma e segura

Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que provavelmente o paciente terá durante o procedimento

Buscar compreender a perspectiva do paciente sobre uma situação temida

Permanecer com o paciente para promover a segurança e reduzir o medo

Oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico

(...)

VISÃO GERAL DA NIC

Seleção de uma intervenção

Resultados esperados

Características dos DE

Base de pesquisa da intervenção

Exequibilidade da intervenção

Aceitação do cliente

Capacidade da(o) enfermeira(o)

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Nursing Outcomes Classification (NOC)

Universidade de Iowa

**Sue
Moorhead**

**Marion
Johnson**

**Meridean
Maas**

7 Domínios e 31 classes

330 resultados

(versão inglês)

VISÃO GERAL DA NOC

Evolução histórica da NOC

Fase I: trabalho piloto para provar a metodologia (1992- 1993)

Fase II: construção da taxonomia (1993-1996)

Fase III: teste clínico e (1996-1997)

Fase IV: avaliação das escalas de medição (1998 -2000)

Fase V: refinamento e uso clínico (1997 até a presente data)

VISÃO GERAL DA NOC

Uma classificação integral e normalizada dos resultados obtidos com os clientes desenvolvida para avaliar os efeitos das intervenções.

Título (nome)	Definição	Lista de indicadores objetivos e subjetivos	Escala tipo <i>Likert</i>	Bibliografia
--------------------------	------------------	--	--------------------------------------	---------------------

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. Classificação dos resultados de enfermagem. 2004

VISÃO GERAL DA NOC

Exemplo de um resultado da NOC – Controle da ansiedade

Definição: atos pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão e de tensão decorrentes de fonte não-identificável

Controle da ansiedade	1	2	3	4	5
Monitora a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5
Elimina os precursores da ansiedade	1	2	3	4	5
Reduz os estímulos ambientais quando ansioso	1	2	3	4	5
Busca informações para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5
Usa estratégias eficazes de enfrentamento	1	2	3	4	5
(...)					

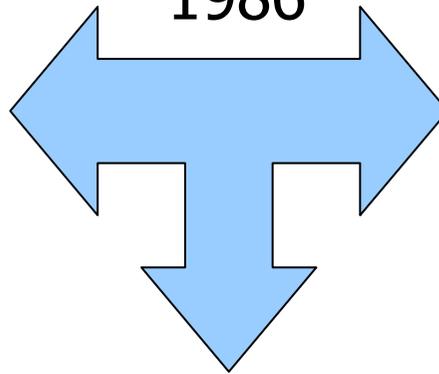
1-Nunca demonstrado, 2-Raramente, 3-Às vezes, 4-Freqüentemente, 5-Consistentemente

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
(CIPE)

American Nurses
Association (ANA)

1986



North American
Nursing Association
(NANDA)

CID-10

OMS

VISÃO GERAL DA CIPE

Congresso Quadrienal do
Conselho Internacional de
Enfermagem (CIE)

Seul
1989

Aprovada a proposta de desenvolver um Sistema de
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

O Conselho CIE em 1991 iniciou levantamento para identificar
os sistemas de classificação utilizados pelo enfermeiros que
auxiliavam a prática de enfermagem no mundo.

VISÃO GERAL DA CIPE

Etapas de uma classificação

1ª) Identificar os termos que se deseja classificar (o vocabulário)

2ª) Conceitos agrupados por características comuns

3ª) Organização hierárquica os termos escolhidos e agrupados

Evolução histórica da CIPE

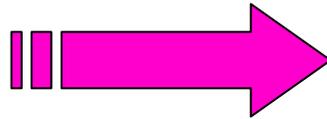
1ª) Lista de termos dos 14 sistemas encontrados (1993 Congresso Quadrienal do CIE em Madrid)

2ª) Qual arquitetura utilizar???

Randi Mortensen e Gunnar Nielsen

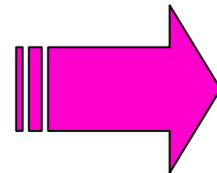
VISÃO GERAL DA CIPE

Ano de 1996



Versão Alfa da CIPE
Estimular discussão
Fenômenos e ações

Ano de 1999



Versão Beta da CIPE
Fenômenos, ações e resultados

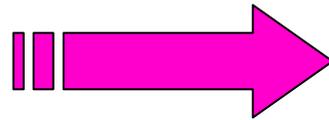
Ano de 2003



Versão Beta 2 da CIPE

VISÃO GERAL DA CIPE

Ano de 2005



**Versão 1.0
Exigências ISO
18.104**

Organização Internacional para Normalização – ISO 18.104 (publicada em 2003) Integração de um modelo de terminologia de referência para a enfermagem.

CIPE



**Sete eixos
Estrutura mais
simplificada**

VISÃO GERAL DA CIPE - EIXOS

Foco: área de atenção – fenômenos, diagnósticos, ações ou resultados 816 termos (ex: dor, eliminação, conhecimento, etc.)

Julgamento: determinação clínica (ex: risco, interrompido, anormal)
34 termos

Meios: maneira de realizar uma intervenção (ex: atadura, serviço de nutrição) 269 termos

Ação: ex: educar, administrar, monitorar 214 termos

Tempo: ex: crônico, admissão 60 termos

Localização: ex: posterior, abdome, escola 238 termos

Cliente: ex: recém-nascido, comunidade 27 termos

VISÃO GERAL DA CIPE

Exemplo

Diagnóstico de Enfermagem:

Risco de não aderência à medicação em domicílio

Intervenções de Enfermagem:

Explicar ao indivíduo o regime medicamentoso em domicílio

Ensinar os efeitos colaterais

Monitorar a aderência à medicação em domicílio verificando a caixa de comprimido.

Resultado de Enfermagem: Aderência à medicação - domicílio

Taxonomia dos diagnósticos de Enfermagem - NANDA



Evoluiu de uma lista alfabética (anos 80) para um sistema conceptual

TAXONOMIA I e IR

Anos 90

Organizadas

obedecendo 9 PRH

Níveis de abstrações:

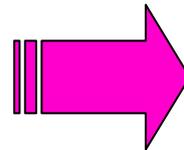
1º ao 5º

TAXONOMIA II

- . Multiaxial
- . Domínios e classes
- . Classificação 2007-2008:
 - 07 eixos
 - 13 domínios
 - 47 classes
 - 187 diagnósticos

NANDA - PERSPECTIVA HISTÓRICA - ANOS 70

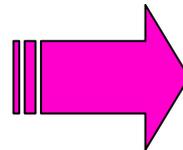
Kristine Gebbi e Mary A.
Lavin
Outubro de 1973 - St. Louis



First National Conference
on Classification of Nursing
Diagnosis

100 participantes
chegaram a poucos rótulos
diagnósticos

Second National Conference on
Classification of Nursing
Diagnosis
Março 1975 - St. Louis



119 representantes da
assistência, ensino e
pesquisa aprovaram
37 rótulos diagnósticos

NANDA - PERSPECTIVA HISTÓRICA - ANOS 70

Martha Rogers

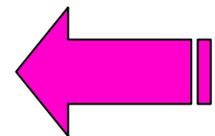
Sr. Callista Roy

Dorothea Orem

**Third and Fourth National
Conferences on
Classification of Nursing
Diagnosis (1978 e 1980)**

**Participação de 14
teoristas e 3 especialistas
clínicos para definirem o
referencial teórico da
taxonomia**

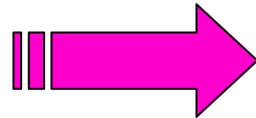
Crescimento da aceitação do termo DE
como também o incremento na
aplicação dos DE na prática clínica e no
ensino



**Resultado das
Conferências**

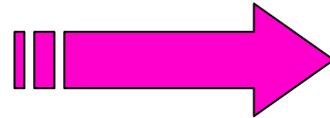
NANDA - PERSPECTIVA HISTÓRICA – 80/90/2000

Abril de 1982



Criação da NANDA

**7ª Conferência
(1986)**



**Taxonomia I Revisada
(09 PRH - 110 DE)**

13ª Conferência
NANDA (1998)



Padrões funcionais de
saúde Marjory Gordon

**14ª Conferência
NANDA 2000**



**Taxonomia II com 13
Domínios, 46 Classes e
155 DE**

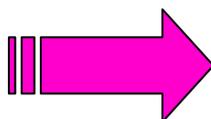
NANDA- PERSPECTIVA HISTÓRICA - 2001 ATÉ ATUAL

Ano de 2002



**NANDA-I
(International)**

**16ª Conferência
NANDA 2004**



**Taxonomia II com 13
Domínios 46 Classes e 167 DE**

**17ª Conferência
NANDA 2006**



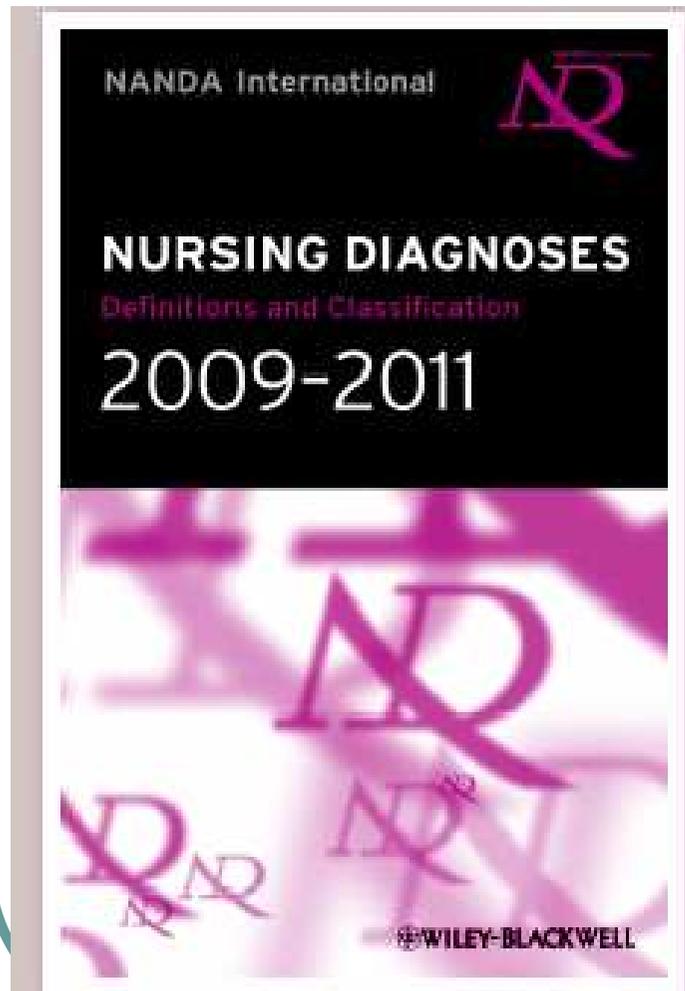
**Taxonomia II com 13 Domínios
47 Classes e 172 DE**

**18ª Conferência
NANDA 2008**



**Taxonomia II com 206 DE
(publicação p/ 2009)**

Taxonomia dos diagnósticos de Enfermagem - NANDA



A edição 2009-2011 traz a Taxonomia II com os 13 domínios, 47 classes e 206 diagnósticos de enfermagem aprovados. Contém um capítulo sobre julgamento crítico, investigação e como identificar diagnósticos de enfermagem apropriados.



TAXONOMIA II DA NANDA-I

Domínios

Classes

Diagnósticos de Enfermagem

Do mais
abstrato ao
mais
concreto



TAXONOMIA II DA NANDA-I

Multiaxial em sua forma para maior flexibilidade

Eixo: é uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico

EIXOS

Eixo 1: conceito diagnóstico

Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família ou comunidade)



TAXONOMIA II DA NANDA-I

EIXOS

Eixo 3: Julgamento - descritor (especifica o significado do conceito diagnóstico)

Eixo 4: Localização

Eixo 5: Idade



TAXONOMIA II DA NANDA-I

EIXOS

Eixo 6: Tempo (duração - agudo, crônico, contínuo, intermitente)

Eixo 7: Situação do diagnóstico (bem-estar, real, risco, promoção da saúde)



TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS NANDA

13 Domínios:

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Promoção da Saúde | 8. Sexualidade |
| 2. Nutrição | 9. Enfrentamento/
Tolerância ao estresse |
| 3. Eliminação/ Troca | 10. Princípios de vida |
| 4. Atividade/ Repouso | 11. Segurança/ Proteção |
| 5. Percepção/ Cognição | 12. Conforto |
| 6. Auto-percepção | 13. Crescimento/
Desenvolvimento |
| 7. Relacionamentos de
papel | |



TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS NANDA

Eliminação/ Troca	Sexualidade	Princípios de vida
Função urinária	Identidade sexual	Valores
Função Gastrintestinal	Função Sexual	Crenças
Função Tegumentar	Reprodução	Congruência entre valores/ crenças/ ações
Função Respiratória		



TAXONOMIA DOS DIAGNÓSTICOS DA NANDA

Exemplos Diagnósticos:

Classe 4 – Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares

00029 Débito cardíaco diminuído

00033 Ventilação espontânea prejudicada

00032 Padrão respiratório ineficaz

00092 Intolerância à atividade

00094 Risco de intolerância à atividade

00034 Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

00024 Perfusão tissular ineficaz (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrintestinal, periférica)



DEFINIÇÃO DE DIAGNÓSTICO - NANDA

Definição apresentada na nona Conferência da NANDA (1990)

“O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde / processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É uma afirmação sumária, concisa, que identifica problemas do cliente, e os torna passíveis de serem tratados por intervenções de enfermagem

É uma conclusão resultante da identificação de um padrão ou grupo de sinais e sintomas

É uma declaração de um julgamento de enfermagem

COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Afirmação



nome propriamente dito

Etiologia



fatores relacionados

Sintomatologia



características definidoras

Exemplo:

Mobilidade física prejudicada relacionada a dor ou desconforto evidenciada por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas

EXEMPLO TAXONOMIA II NANDA

DOMÍNIO 4 – ATIVIDADE / REPOUSO

CLASSE 2: atividade / exercício

Diagnóstico: 00085 Mobilidade Física Prejudicada

DEFINIÇÃO

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION- (2007-2008)

EXEMPLO TAXONOMIA II NANDA (Continuação)

DOMÍNIO 4 – ATIVIDADE / REPOUSO

CLASSE 2: atividade / exercício

Diagnóstico: 00085 Mobilidade Física Prejudicada

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

- Instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária
- Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas e/ou grossas
- Amplitude limitada de movimento
- Mudanças na marcha (...) dentre outras.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION- (2007-2008)

EXEMPLO TAXONOMIA II NANDA (Continuação)

DOMÍNIO 4 – ATIVIDADE / REPOUSO

CLASSE 2: atividade / exercício

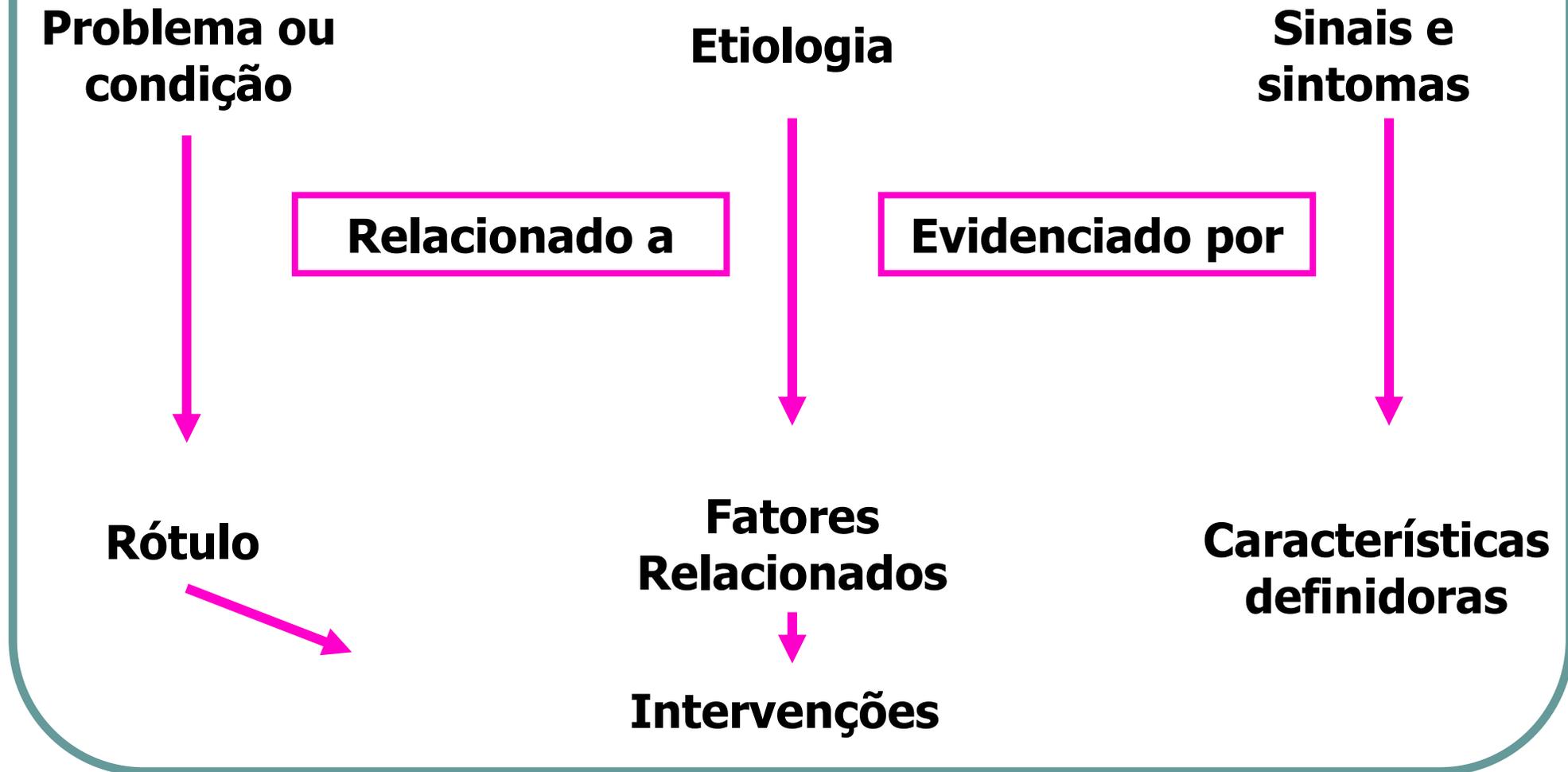
Diagnóstico: 00085 Mobilidade Física Prejudicada

FATORES RELACIONADOS

- Intolerância à atividade / força e resistência diminuídas
- Desconforto, dor
- Diminuição da força, controle e/ou massa muscular
- Prejuízos músculoesqueléticos
- Estado de espírito depressivo ou ansiedade
- Prejuízos sensório-perceptivos (...) etc.

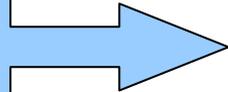
NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION- (2007-2008)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM



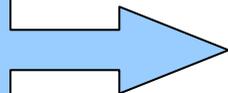
TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

REAL



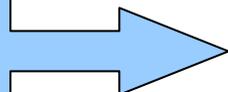
Estão presentes características definidoras do diagnóstico

RISCO



O cliente está mais vulnerável a desenvolver o problema

POSSÍVEL



O diagnóstico pode estar presente

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005. Pág: 125

DECLARAÇÃO DIAGNÓSTICA

Uma parte

Síndrome

Síndrome do trauma de estupro

Duas partes

Diagnóstico
de risco

Risco para integridade da pele prejudicada
devido a imobilização física

Três partes

Diagnóstico
real

Dor aguda relacionada a agentes lesivos
químicos evidenciada por comunicação
verbal de dor e gestos protetores

MODELO BIFOCAL DA PRÁTICA CLÍNICA

Responsabilidades da enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem



Abordam as respostas dos clientes a situações nas quais o enfermeiro pode prescrever intervenções

Problemas Colaborativos



Descrevem complicações fisiológicas que o enfermeiro controla utilizando intervenções interdependentes

MODELO BIFOCAL DA PRÁTICA CLÍNICA

Situação

Cliente internado apresentando vômitos

Cliente internado após IAM com arritmias

Julgamento

CP: desequilíbrio hidroeletrólítico

CP: disritmia

Foco da enfermagem

- Monitorar hidratação, balanço hídrico
- Monitorar eletrólitos

- Monitorar o estado e controlar episódios de disritmia

COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

Problema	Complicações Potenciais (CP)
Terapia intravenosa	Flebite Extravasamento Sobrecarga de líquidos
Traumatismo craniano	Sangramento / choque Edema cerebral Pressão intracraniana aumentada
Fraturas	Formação de trombos / êmbolos Infecção

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005. Pág: 110

DIAGNÓSTICO

- Segunda etapa do processo de enfermagem
- Dinâmica, sistemática, organizada e complexa
- Não é apenas uma simples listagem de problemas
- Envolve avaliação crítica e tomada de decisão
- Tem sido descrito como um processo

PROCESSO DE DIAGNOSTICAR

- Para BIRCHER* envolve as etapas de: Observação, descrição, interpretação, verificação, tomada de decisão, ação
- Necessidade de se estudar o processo de pensamento para a formulação dos diagnósticos de enfermagem

* BIRCHER, A.U. Nursing Forum, v.14, n.1, p.10-29, 1975.

PROCESSO DE DIAGNOSTICAR

Confusão de
termos

Pensamento

Raciocínio

Intuição

Processo



CONSTRUTOS

Pensamento

Inteligência

Raciocínio

**Julgamento
clínico**

**Raciocínio
Clínico**

**Pensamento
crítico**

**Processo
Diagnóstico**

**Raciocínio
Diagnóstico**

PENSAMENTO

- Processo destinado à construção de modelos ou estruturas através dos quais se organizam impressões produzidas pelos sentidos
- Processo cognitivo extraído do comportamento humano que se dirige à busca de uma solução
- Pensamento reflexivo X Pensar
- Liberta de submissões ao instinto

INTELIGÊNCIA

- Faculdade de pensar (cognitiva), cuja função é adquirir conhecimento que seja verdadeiro
- A partir dela é possível adquirir o saber, realizar abstrações e formar idéias universais
- Intelecção: funções mentais de formação de idéias (o conhecer) , juízos (o juízo) e processos de raciocínio (o raciocínio)

RACIOCÍNIO

Dedutivo

geral para o particular
abstrato para o
concreto
todo para as partes

Indutivo

particular para o geral
concreto para o
abstrato
conseqüência para o
princípio

Analítico

concreto, limitado por
regras

Não
analítico

intuitivo,
abrangente

INTUIÇÃO

- Conhecimento sem uma razão (embora não seja místico nem uma capacidade humana casual)
- Reconhecimento de padrão
- Reconhecimento de similaridades
- Senso de identificação do que é mais importante
- Racionalidade deliberativa (considerar as diferentes possibilidades)

RACIOCÍNIO INTUITIVO

- Considerar os lampejos de intuição
- Validar as intuições (caso não haja sinais clínicos – realizar monitoração rigorosa)
- Aprofundar pesquisas

PENSAMENTO CRÍTICO

- Intencionalidade do pensamento: busca em realizar julgamentos baseados em evidências
- Aplicabilidade do método científico
- Maximização do potencial humano
- Requer racionalidade, pensamento reflexivo, intencionalidade, similaridade aos princípios científicos

NÍVEIS DE PENSAMENTO CRÍTICO

Nível 3
Compromisso

Nível 2 - Complexo

Nível 1 - Básico

JULGAMENTO CLÍNICO

- Julgamento que o enfermeiro faz sobre a situação do cliente a partir da inferência dos dados observados
- Utilizam-se as estratégias do pensamento crítico
- Representa o resultado do pensamento crítico aplicado a situações de cuidado direto
- É o pensar criticamente, a análise das possibilidades e a tomada de decisão do enfermeiro

FATORES QUE INTERFEREM NO JULGAMENTO CLÍNICO

Aspectos
pessoais
de quem
diagnostica

Aspectos
Intra-pessoais
de quem
diagnostica

Aspectos
externos
de quem
diagnostica

RACIOCÍNIO CLÍNICO

Especialistas

Maior habilidade em organizar a informação dentro de um contexto

semântico significativo inter-relacionando grupos de informações

Não processam informações irrelevantes

Em situações de rotina utilizam estratégias de resolução de problemas baseadas no conhecimento

Não é limitado apenas por regras

RACIOCÍNIO CRÍTICO

- Pensamento com um propósito
- Direcionar-se para as necessidades do indivíduo
- Baseado no conhecimento científico
- Usa a intuição e a lógica com base no conhecimento, habilidades e experiências
- Orientado para a ética
- Estratégias que utilizam o máximo do potencial humano
- Reavaliar constantemente

RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

Análise de agrupamento e indicadores

Criação de uma lista de problemas suspeitados

Descarte de diagnósticos similares

Escolha de rótulos diagnósticos mais específicos

Declaração dos problemas e suas causas

Identificação de pontos fortes e recursos

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005.

RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

Princípios fundamentais

- Familiarize-se com os diagnósticos
- Mantenha a mente aberta
- Fundamente o diagnóstico com evidências
- Não faça diagnósticos baseando-se apenas na intuição
- Não erre ao diagnosticar

Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem, 2005.

PROCESSO DIAGNÓSTICO

- Após a coleta de dados estes devem ser interpretados e nomeados
- Dados isolados são apenas um conjunto de pistas ou pedaços de informações

PROCESSO DIAGNÓSTICO

*ETAPAS SEGUNDO IYER et al. (1993)**

- Processamento dos dados : classificação, interpretação e nova confirmação dos dados
- Formulação da declaração do diagnóstico: rótulo
- Confirmação: verificar a coerência do diagnóstico a partir de seus indicadores
- Documentação: registro oficial
 - IYER, P. W. et al. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. 1993

PROCESSO DIAGNÓSTICO

*ETAPAS SEGUNDO GORDON (1994)**

- Coleta de informações
- Interpretação das informações
- Agrupamento das informações
- Denominação dos agrupamentos

* GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*, St. Louis, Mosby, 1994.

PROCESSO DIAGNÓSTICO

*ETAPAS SEGUNDO HELLAND (1995)**

- Categorização dos dados
- Identificação de Lacunas ou dados divergentes
- Agrupamento dos dados relevantes em padrões
- Comparação dos agrupamentos
- Inferência e proposição de hipóteses (identificação de desvios ou potencialidades de saúde)
- Proposição de relações etiológicas

* HELLAND, W. Y. Nursing diagnosis: diagnostic process. In: CHRISTENSEN, P. J. & KENNEY, J. W. Nursing process: application of conceptual models. p. 120-138, 1995.

PARA ONDE IR? O QUE FAZER?

E o que fica desse cipoal de conceitos?

Para o ensino

Para nossa prática clínica

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico é um passo fundamental do processo de enfermagem

- Importância de uma linguagem uniforme de enfermagem
- Importância do processo diagnóstico como uma abordagem necessária para a elaboração do julgamento do enfermeiro