

# Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem



**EnfConcursos**  
Sua Melhor Preparação em Concursos de Enfermagem

# Índice

Sistematização da Assistência de Enfermagem .....	3
Processo de Enfermagem .....	3
Etapas do processo de Enfermagem: .....	5
1. Investigação .....	6
2. Diagnóstico de Enfermagem .....	10
3. Planejamento da Assistência de Enfermagem.....	11
4. Implementação .....	13
5. Avaliação.....	14
Questões de Prova .....	15

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

A **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.

### Questão de Prova:

**CESPE - Secretaria de Estado da Saúde - Especialista em Gestão - Área Enfermeiro - 2011**

Julgue os itens subsecutivos, relativos à sistematização da assistência de enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem consiste na organização e na execução do processo de enfermagem, sendo uma atividade privativa do enfermeiro em todas as suas etapas.

- C) Certo
- E) Errado

**Comentário:**

A **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** corresponde a todo o Universo de recursos materiais e humanos e também a ideologia da instituição onde ocorre a assistência de Enfermagem. O **Processo de Enfermagem (PE)** faz parte deste universo como sendo a execução da SAE na prática. Ou seja, SAE e PE não são sinônimos. A SAE é o conjunto de recursos materiais e humanos de extrema importância para que o PE ocorra. Portanto É o PE quem consiste na execução da SAE e não o contrário. Além do mais, o técnico de enfermagem atua nas fases de execução da prescrição de enfermagem. Sendo assim, o PE não é privativo do Enfermeiro em todas as fases.

Resposta Correta: **E) Errado**

## Processo de Enfermagem

O **Processo de Enfermagem (PE)** é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, o método de solução dos problemas do paciente.



### Importante para a prova:

A **NANDA** denomina a primeira etapa do Processo de Enfermagem como “Investigação” e a Resolução COFEN Nº358/2009 denomina Coleta de Dados, mas são **sinônimas!!!**

Nesse ponto é importante você conhecer o Artigo 2º da Resolução COFEN nº 358/2009 que estabelece as etapas do processo de enfermagem:

### ***Resolução COFEN nº 358/2009***

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

**I – Coleta de dados de Enfermagem** (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

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

**III – Planejamento de Enfermagem** – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

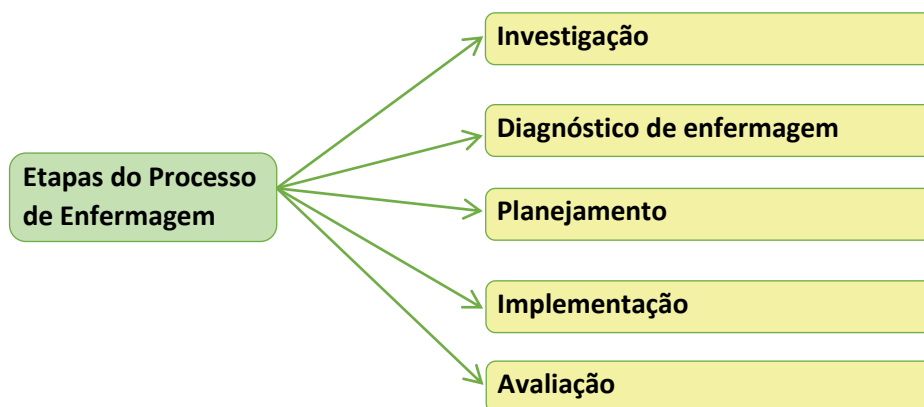
**IV – Implementação** – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

**V – Avaliação de Enfermagem** – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

## Etapas do processo de Enfermagem:

As etapas do Processo de Enfermagem são:

1. **Investigação** (coleta de dados e exame físico);
2. **Diagnóstico de enfermagem**;
3. **Planejamento**(resultados esperados);
4. **Implementação**da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem) e
5. **Avaliação**da assistência de enfermagem.



### Questão de Prova:

**AOCP - EBSERH/MEAC e HUWC-UFC - Enfermeiro Assistencial – 2014**

Conforme a resolução do COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são:

- A) histórico de enfermagem, diagnóstico médico, planejamento de enfermagem, incorporação e avaliação de enfermagem.
- B) histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, incorporação e consolidação de enfermagem.
- C) histórico de enfermagem, diagnóstico médico, planejamento médico de enfermagem, implementação e avaliação médica.
- D) histórico de enfermagem, diagnóstico médico, planejamento de enfermagem e avaliação de enfermagem.
- E) histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

Resposta Correta:

E) histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

**Comentário:**

**As etapas do PE são interdependentes pois formam uma sequência metodológica em ordem cronológica para ser executada. O “diagnóstico médico” e a “Incorporação” não fazem parte do PE.**

Resposta Correta: E) histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem

## 1. Investigação

A etapa de **investigação** trata da coleta de dados e exame físico.

### a) Exame Físico

- **Dados objetivos:** o que é observável.
- **Dados subjetivos:** o que a pessoa afirma.



### Importante para a prova:

O exame físico estabelece julgamentos clínicos adequados.

### Etapas do Exame Físico:

#### I. Inspeção

A **inspeção** consiste no processo de observação. Um exame visual das partes do corpo;

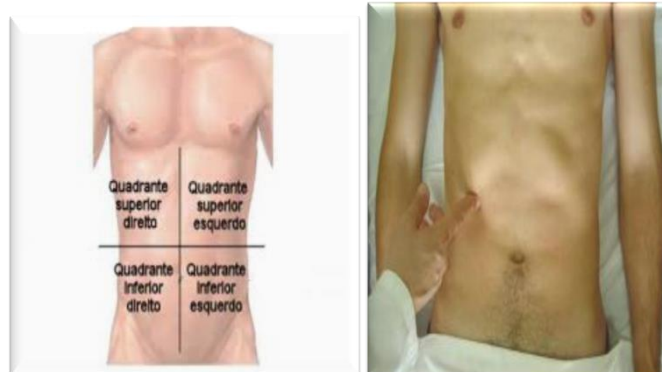
**Inspeção estática do tórax:** A inspeção estática consiste na observação do tórax sem considerar os movimentos respiratórios observando-se:

- a) Pele e suas alterações;
- b) Presença de cicatrizes, especialmente de toracotomia, drenagem torácica ;
- c) Presença e localização de fístulas;
- d) Sistema venoso visível normalmente e circulação venosa colateral;
- e) Presença de edema;
- f) Presença de atrofiasmusculares;
- g) Alteração ósseas e articulares.

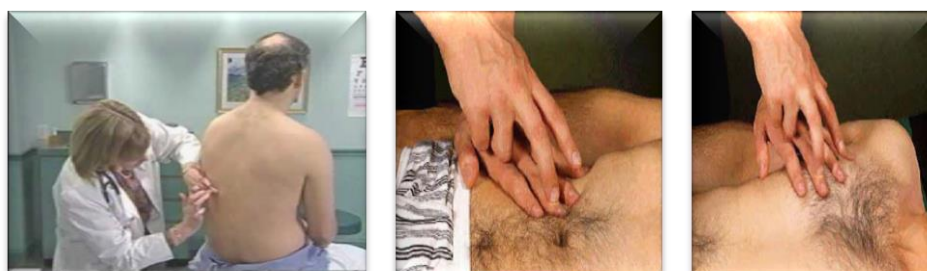
**II. A palpação** envolve o uso do sentido do tato: avalia-se resistência, elasticidade, aspereza, textura e mobilidade;



**Sinal de Murphy:** Parada da inspiração devido a dor durante a compressão do ponto cístico.



**Percussão** é bater no corpo com as pontas dos dedos para demarcar.



**São seis os sons básicos da percussão:**

- a) **Timpânico:** como um tambor (víscera vazia)
- b) **Ressonante:** oco (pulmão normal)
- c) **Hiper-ressonante:** pulmão enfisematoso;
- d) **Maciço:** sólido ( fígado)
- e) **Submaciço** (víscera oca com presença de líquido);
- f) **Som claro:** músculo

**Percussão do tórax:** produzir vibrações na parede torácica.



A percussão também é um procedimento comparativo: examinam-se os 2 hemitórax do ápice para base, nas faces posterior, lateral e anterior. À percussão do tórax o arcação ósseo + partes moles (tecido pulmonar, musculatura, subcutâneo e pele) + ar contido dentro dos pulmões produzem um som chamado claro pulmonar ou simplesmente normal.



- O fígado estende-se do 5º espaço intercostal até os limites do rebordo costal.

- A percussão do fígado determina seus limites e avalia seu tamanho.

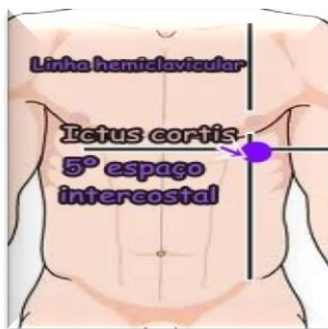
Para um exame sistematizado do abdômen utilizam-se técnicas instrumentais, **obedecendo a sequência**: inspeção, ausculta, percussão e palpação.

#### Técnicas instrumentais para exame sistematizado do abdômen

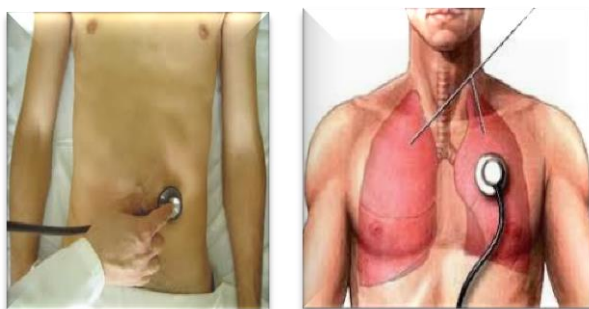


**Hepatimetria**: consiste em medir a distância entre limite superior e o limite inferior do fígado na linha hemiclavicular. Realizada com fita métrica.





- **Ausculta:** É a audição dos sons produzidos pelo corpo.



#### Classificação dos ruídos respiratórios

A ausculta, os sons pulmonares normais são denominados como **Múrmurio Vesicular**. Os sons pulmonares anormais, também conhecidos como Sons Patológicos ou Adventícios, podem ser:

- a) **Roncos** (secreção solta em uma área de grosso calibre);
- b) **Sibilos** (sons mais agudos comuns em pacientes com asma);
- c) **Estertores/Creptações** (são tipos ruídos ásperos e secreções retidas);
- d) **Estridor** (som tipo gargarejo em obstrução de vias aéreas).

#### Questão de Prova:

**CESGRANRIO - Petrobras - Enfermeiro do Trabalho Júnior**

O Processo de Enfermagem que tem o objetivo de resolver os problemas e as necessidades dos trabalhadores, engloba várias etapas dos cuidados de enfermagem. Em qual etapa desse processo ocorre a coleta sistemática de dados para determinação do estado de saúde, identificando problemas reais ou potenciais?

- A) Investigação
- B) Diagnóstico
- C) Planejamento
- D) Implementação
- E) Avaliação

**Comentário:**

**A coleta sistemática de dados ocorre na 1ª etapa do PE, através da Anamnese e do Exame Físico, que correspondem a Investigação.**

Resposta Correta: **A) Investigação**

## 2. Diagnóstico de Enfermagem

O profissional médico diagnostica a doença, e o enfermeiro diagnostica os riscos, as manifestações das doenças, bem como as necessidades dos indivíduos. Um diagnóstico de enfermagem aborda a resposta humana aos problemas de saúde atuais ou potenciais.

Um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais. Ele proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem.

As **hipóteses diagnósticas** são analisadas ao longo do processo de coleta de dados e utilizando-se um guia formal de coleta para geração dos dados necessários aos diagnósticos.

Quando as hipóteses diagnósticas são descartadas, deve-se fazer uma busca focalizada de indícios adicionais. Quando o paciente não é cooperativo, os diagnósticos podem ser validados com familiares ou outros profissionais da saúde.

### Tipos de Diagnósticos de enfermagem:

- a) **Diagnóstico de enfermagem real** (contém características definidoras): descrevem respostas humanas que existem de fato.
- b) **Diagnóstico de Enfermagem de risco**: descrevem respostas humanas que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis. Não contém características definidoras.
- c) **Diagnóstico de enfermagem de bem-estar**: descreve respostas humanas a nível de bem-estar.
- d) **Diagnóstico de enfermagem de promoção à saúde**: é o julgamento clínico de motivação e de desejo de um indivíduo, família ou comunidade, de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana.

### Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem:

- a) **Enunciado diagnóstico**. Ex: Integridade tissular prejudicada;
- b) **Fatores relacionados**: constituem a etiologia do problema. Ex: Integridade tissular prejudicada relacionada a imobilização física e circulação alterada;
- c) **Características definidoras**: sinais, sintomas, manifestações clínicas, evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe. Ex: Integridade tissular prejudicada evidenciada por ferida na região trocantérica;
- d) **Fatores de risco**: fatores ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade.

### Questão de Prova:

**NUCEPE - Fundação Municipal de Saúde do Piauí - Enfermeiro PSF - 2011**

A etapa do processo de enfermagem que permite ao enfermeiro o julgamento clínico do indivíduo, com a identificação de suas necessidades básicas e do grau de dependência do atendimento a ser prestado é:

- A) Histórico de enfermagem
- B) Diagnóstico de enfermagem
- C) Planejamento de enfermagem
- D) Prescrição de enfermagem
- E) Avaliação de enfermagem

**Comentário:**

O Diagnóstico de Enfermagem significa o julgamento clínico do enfermeiro, pois há uma análise deste profissional na elaboração e formulação destes diagnósticos. Esta análise é decorrente da capacidade profissional e dos conhecimentos científicos do enfermeiro, levando-se em consideração que os Diagnósticos de Enfermagem não se limitam ao nome da doença de base, mas aos sinais e sintomas desta doença, e às necessidades físicas e emocionais do paciente.

Resposta Correta: **B) Diagnóstico de enfermagem.**

### 3. Planejamento da Assistência de Enfermagem

O Planejamento inicia-se pela priorização dos diagnósticos de enfermagem.

#### Resultados esperados e NIC

##### a) Resultados esperados:

É um componente essencial na fase do Planejamento. Representam condições favoráveis que possam ser alcançadas por meio de ações prescritas e realizadas pela enfermagem. Devem apresentar um limite de tempo.

##### Exemplos:

- **DE:** Dor aguda relacionada à inflamação do apêndice. **RE:** O paciente apresentará diminuição da intensidade da dor em até 1 hora.
- **DE:** Déficit no autocuidado para banho. **RE:** O paciente irá adquirir capacidade de cuidar de si mesmo e de sua higiene corporal em até 30 dias.

##### b) NIC:

Significa a classificação das intervenções de enfermagem. Tem o objetivo de padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados que eles realizam com os pacientes.

- Seguem alguns exemplos:

- Domínio Fisiológico complexo
- Classe: Termorregulação
- Intervenções:
  - 3740- Tratamento da febre
  - 3780- Tratamento da exposição ao calor;
  - 3800- Tratamento da hipotermia.

**Aplicação:**

**Intervenção:** 3740 – Tratamento da febre

**Definição:** controle de paciente com hipertermia causada por fatores não ambientais

**Atividades:**

- Monitorar a perda insensível de líquidos;
- Monitorar a coloração e a temperatura da pele;
- Estimular maior ingestão VO de líquidos;
- Monitorar atividade relacionada com convulsão

**Questão de Prova:**

**CONSULPLAN - Associação para Valorização de Pessoas com Deficiência - AVAPE - Enfermeiro - 2013**

Dentro do processo de enfermagem, as Taxonomias NANDA, NIC e NOC, respectivamente, auxiliam na elaboração e classificação dos(as)

- A) diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.
- B) intervenções, diagnósticos e resultados de enfermagem.
- C) resultados, intervenções e diagnósticos de enfermagem.
- D) diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.
- E) intervenções, resultados e diagnósticos de enfermagem.

**Comentário:**

**O NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) trata-se de um sistema criado e adotado por enfermeiras americanas, que tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize diagnósticos para ser usado por profissionais de enfermagem. Ao contrário do CID (Código Internacional de Doenças) que procura descrever uma doença em si, o NANDA se preocupa em descrever a reação do paciente diante da doença.**

**NIC está relacionada com a etapa de Planejamento de Enfermagem, onde são elaboradas e classificadas as intervenções de enfermagem que deverão ser executadas na fase de implementação.**

**NOC corresponde à fase de Avaliação do PE, pois a NOC é a classificação dos resultados, ou seja, após a execução dos procedimentos de enfermagem o paciente é avaliado quanto a sua reação a esses procedimentos, ou seja, se o paciente está reagindo bem ou não ao tratamento.**

Resposta Correta: **A) diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.**

#### 4. Implementação

Trata da realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

**PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM:** Configuram o roteiro diário (aprazado) que coordena as ações da equipe de enfermagem junto aos clientes. Corresponde à dinamização do plano assistencial. Deve-se enumerar as ações, utilizar o verbo no infinitivo e haver o aprazamento. Devem existir numa folha exclusiva ou usa-se a própria folha de prescrição médica da instituição. Traduzem a ação correspondente ao nível de dependência de enfermagem. Desta forma, utiliza-se alguns verbos de acordo com as ações de ajudar e fazer; orientação; supervisão; e encaminhamento.

Exemplos:

**Fazer:** aplicar, banhar, executar, administrar, executar, lubrificar, pesar, mudar.

**Ajuda:** acompanhar, auxiliar, facilitar, fornecer, permitir, ajudar.

**Supervisão:** observar, controlar, avaliar, inspecionar, supervisionar.

**Encaminhamento:** encaminhar, levar, conduzir, dirigir.

A prescrição deve ser concisa, clara e específica. Sempre checada quando realizada. Anota-se observações dos cuidados prestados e não prestados.

##### **EXEMPLIFICAÇÃO DE PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM :**

1. Aferir sinais vitais 6/6h – 1218 24 06.
2. Orientar quanto à necessidade de movimentação ativa no leito – Nas 24 horas.
3. Supervisionar as eliminações vesico- intestinais quanto a quantidade e aspecto - Nas 24 horas.
4. Elevar a cabeceira a 30º- Nas 24 horas.

#### **Questão de Prova:**

**CESPE - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Especialista em Regulação Sanitária - Área Enfermagem**

O enfermeiro, durante a aplicação do processo de enfermagem ao paciente, deve proceder à coleta de dados a partir da realização de entrevista e exame físico, os quais dão suporte para a etapa imediatamente subsequente — a de implementação —, em que as ações de enfermagem devem ser

instituídas a fim de se garantir a recuperação adequada do paciente.

C) Certo

E) Errado

**Comentário:**

**Após a formulação dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro terá subsídios para iniciar a terceira etapa do PE que corresponde á fase de Planejamento de Enfermagem, onde são levantados os procedimentos de enfermagem de acordo com os diagnósticos. Após a fase de planejamento ( organização de idéias e ações) o enfermeiro terá condições de desenvolver a fase de implementação.**

Resposta Correta: **Errado**

## 5. Avaliação

A avaliação da assistência consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados, por meio de anotações no prontuário ou nos locais próprios, da observação, da observação direta da resposta do paciente à terapia proposta, bem como do relato do paciente.

### **NOC: CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM.**

- Nela, constam listagens de resultados de enfermagem para cada diagnóstico da NANDA. Tem o propósito de verificar as mudanças apresentadas por eles após as intervenções de enfermagem.
- Tais resultados mostram as respostas dos pacientes às condutas realizadas.
- Na NOC, os resultados não são anunciados como metas, objetivos ou resultados esperados.
- Sua utilização permite que identifiquem piora, melhora ou manutenção da condição avaliada.
- Na NOC, os resultados não são anunciados como metas, objetivos ou resultados esperados.

**Escalas de medidas primárias da NOC** (avaliação dos indicadores de forma global):

- a) Gravemente comprometido a não comprometido;
- b) Desvio grave dos parâmetros normais a sem desvios dos parâmetros normais;
- c) Não adequado a completamente adequado;

- d) Acima de 10 a nenhum;
- e) Nenhum a extenso;
- f) Nunca positivo a constantemente positivo;
- g) Muito fraco a muito forte;
- h) Nunca demonstrado a constantemente demonstrado;
- i) Grave a nenhum;
- j) Insuficiente a excelente;
- k) Nada satisfeito a completamente satisfeito

Exemplo: Capacidade dos sistemas nervoso periférico e central para receber, processar e responder a estímulos internos e externos.

**Estado Neurológico (gradação):** Gravemente comprometido.; Muito comprometido.; Moderadamente Comprometido; Levemente comprometido, Não comprometido.

**Indicadores:**

- a) Consciência:     **1**   2   3   4   5
- b) PIC:               **1**   2   3   4   5
- c) Tamanho Pupilar **1**   2   3   4   **5**

Gradação-alvo do resultado: manter tamanho pupilar em **5**. Aumentar demais escores para **5**

## Questões de Prova

**UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Enfermeiro - Área Pediatra – 2013**

O processo de enfermagem descreve como os enfermeiros organizam o atendimento de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Hoje, o processo de enfermagem é descrito como um processo dinâmico. Segundo as definições e classificações do Diagnóstico de Enfermagem "NANDA", a sistematização é dividida em partes. Assinale a alternativa correta quanto ao número e sequência destas partes.

- A) coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.
- B) histórico de enfermagem, anamnese, planejamento, plano assistencial, plano de cuidados e evolução.
- C) coleta de dados, diagnóstico, plano de cuidados, avaliação e evolução.
- D) histórico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.
- E) planejar, agir, checar e avaliar.

**Comentário:**

A letra A) corresponde a opção mais completa das fases do PE de acordo com a Resolução 358/2009 do COFEN. Erro da letra B): faltou o exame físico. Plano assistencial está inserido na fase de planejamento. Plano de cuidados é denominação antiga. Agora é implementação e evolução não é etapa. Avaliação que é a 5ª etapa. A evolução faz parte da avaliação. Erro da letra C): está incompleta e com denominações erradas. Erro da letra D): faltou diagnóstico de enfermagem. Erro da letra E): não são etapas do PE.

Resposta Correta: **A) coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.**

**CESPE - Secretaria de Estado de Gestão Administrativa do Distrito Federal - Professor de Classe A - Área Enfermagem**

Ao longo dos anos, a enfermagem passou por mudanças dinâmicas no âmbito de sua prática, passando de um exercício intuitivo e empírico para a assistência planejada e embasada em conhecimentos científicos e concepções teóricas e práticas, que fizeram da enfermagem uma ciência. A esse respeito, julgue os itens a seguir.

Nas fases finais do processo de enfermagem de avaliação e evolução, são exigidas as seguintes competências: observação, investigação e raciocínio clínico, em que são realizados a entrevista e o exame clínico de enfermagem.

C) Certo

E) Errado

**Comentário:**

**Investigação é a 1ª etapa. Raciocínio clínico é a 2ª etapa (diagnóstico), entrevista é a 1ª etapa e exame físico também é a 1ª etapa. Na fase de avaliação (5ª etapa) são exigidos a classificação dos resultados (NOC).**

Resposta Correta: **E) Errado**

**UNIUV - Prefeitura de Jaguariaíva - PR - Enfermeiro – 2015**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE possibilita guiar as ações de enfermagem, a fim de atender, de forma mais qualificada, às necessidades dos pacientes-família-comunidade. Assim, o processo de enfermagem é composto por fases, com peculiaridades em relação ao cuidado. A fase de planejamento consiste em \_\_\_\_\_. Assinale a alternativa que completa corretamente a lacuna:

A) Definir objetivos, fazer o levantamento de dados e tomar as decisões para o cuidado qualificado;

B) Estabelecer as prioridades, definir os objetivos e ações de enfermagem a serem executadas;

C) Definir as ações de enfermagem a serem executadas, levantar os dados e avaliar a assistência prestada;

D) Fazer o diagnóstico do problema de saúde, prever os resultados e avaliar o cuidado;

E) Levantar os dados, definir objetivos e realizar as técnicas de enfermagem.

**Comentário:**

**A letra B) é a mais correta, pois o Planejamento justamente estabelece as prioridades de ações. O levantamento de dados é na 1ª fase. Diagnóstico é na 2ª fase. Avaliar o cuidado é na 5ª fase. Realizar as técnicas é a 4ª fase.**



Resposta Correta: **B) Estabelecer as prioridades, definir os objetivos e ações de enfermagem a serem executadas;**

**RUFFO - Prefeitura de Perobal - PR - Enfermeiro - 2015**

Ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente:

- A) Histórico e diagnóstico de enfermagem.
- B) Prescrição das ações e implementação.
- C) Plano de cuidados e planejamento.
- D) Diagnóstico de enfermagem e prescrição das ações.

**Comentário:**

**O diagnóstico de enfermagem e a prescrição de enfermagem são privativas do enfermeiro, bem como a Consulta de Enfermagem.**

Resposta Correta: **D) Diagnóstico de enfermagem e prescrição das ações.**

**IADES - EBSERH/ HUOL - UFRN - Enfermeiro - Assistencial - 2014**

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa no processo de enfermagem. Acerca desse tema, é correto afirmar que o diagnóstico de enfermagem é composto por

- A) título, característica definidora e fatores relacionados.
- B) introdução, desenvolvimento e conclusão.
- C) problema, causa e consequência.
- D) agente causador, patogenia e tratamento.
- E) etiologia, patogenia e farmacologia.

**Comentário:**

**Todo diagnóstico tem um título padronizado pela NANDA. As características definidoras são os sintomas relacionados à doença de base e os fatores relacionados são os motivos que levaram aos sinais e sintomas.**

Resposta Correta: **A) título, característica definidora e fatores relacionados.**

**CONSULPLAN - Prefeitura de Cantagalo - Enfermeiro – 2014**

No processo de enfermagem, a realização das ações ou intervenções que foram determinadas acontece na fase do(a)

- A) avaliação.
- B) diagnóstico.
- C) planejamento.
- D) implementação.
- E) coleta de dados.

**Comentário:**

**A fase de implementação é a fase da execução da prescrição de enfermagem.**

Resposta Correta: **D) implementação.**

**CESPE - Secretaria de Estado da Saúde - Especialista em Gestão - Área Enfermeiro - 2011**

Julgue os itens subsecutivos, relativos à sistematização da assistência de enfermagem.

A taxonomia da prática de enfermagem — elaborada para harmonizar as diferentes denominações existentes de NANDA, NIC e NOC — associa os diagnósticos de enfermagem, as intervenções previstas e os resultados.

- C) Certo
- E) Errado

**Comentário:**

**Exatamente isso! Para reforçar e fixar:**

**O NANDA (North American NursingDiagnosisAssociation) trata-se de um sistema criado e adotado por enfermeiras americanas, que tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize diagnósticos para ser usado por profissionais de enfermagem. Ao contrário do CID (Código Internacional de Doenças) que procura descrever uma doença em si, o NANDA se preocupa em descrever a reação do paciente diante da doença.**

**NIC está relacionada com a etapa de Planejamento de Enfermagem, onde são elaboradas e classificadas as intervenções de enfermagem que deverão ser executadas na fase de implementação.**

**NOC corresponde à fase de Avaliação do PE, pois a NOC é a classificação dos resultados, ou seja, após a execução dos procedimentos de enfermagem o paciente é avaliado quanto a sua reação a esses procedimentos, ou seja, se o paciente está reagindo bem ou não ao tratamento.**

Resposta Correta: **C) Certo**

**CESPE - Prefeitura de Boa Vista - Analista Municipal - Área Enfermeiro**

A interação entre paciente e enfermeiro deve ocorrer no contexto do processo de enfermagem, para que sejam garantidas a individualização do cuidado, a maximização de recursos, a satisfação do paciente e o crescimento profissional do enfermeiro. Acerca das etapas do processo de enfermagem, julgue os itens a seguir.

A avaliação somente pode ocorrer no momento final do processo de enfermagem, uma vez que é nesse momento que se pode realizar a comparação entre os resultados esperados e o estado de saúde do paciente.

- C) Certo
- E) Errado

**Comentário: O PE é contínuo! É cíclico! As fases são interdependentes! Por isso a avaliação ocorre durante todo o PE! A prescrições de enfermagem são modificadas diariamente conforme a avaliações diárias!!!!**

Resposta Correta: **E) Errado**