



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL

Ivana Fantini Costa

**Diagnóstico e intervenções de enfermagem:** banco de dados para os registros eletrônicos em um hospital geral

Florianópolis  
2020

Ivana Fantini Costa

**Diagnóstico e intervenções de enfermagem:** banco de dados para os registros eletrônicos em um hospital geral

Dissertação submetida ao Programa de Pós- Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

**Orientadora:** Dra. Luciana Martins da Rosa

Florianópolis  
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Costa, Ivana Fantini

Diagnóstico e intervenções de enfermagem : banco de dados para os registros eletrônicos em um hospital geral / Ivana Fantini Costa ; orientador, Luciana Martins da Rosa, 2020.

193 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Processo de Enfermagem. 4. Diagnósticos de Enfermagem. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Rosa, Luciana Martins da . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Ivana Fantini Costa

**Diagnóstico e intervenções de enfermagem:** banco de dados para os registros eletrônicos em um hospital geral

O presente trabalho em nível de mestrado profissional foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Luciana Martins da Rosa, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Carla Pauli, Dra.  
Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Kátia Cilena G. Bertoncello, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Enfa. Gisele Martins Miranda, Dda.  
Centro de Pesquisas Oncológicas

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Saúde e enfermagem Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem – Mestrado Profissional

---

Profa. Jane Cristina Anders, Dra.  
Coordenadora do Programa

---

Profa. Luciana Martins da Rosa, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2020

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de profissão. Poder contar com a boa vontade e o conhecimento destas pessoas foi essencial para o meu sucesso.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por permitir estar aqui e poder viver esta experiência.

Aos meus pais (*in memoriam*), cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos seus esforços. Com muita gratidão.

Aos meus irmãos, Lourdes e Paulo, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Agradeço por todos os momentos que vivemos juntos.

A minha filha, que soube esperar com paciência meus momentos de ausência. Para você todo meu amor.

A minha querida orientadora, Luciana Martins da Rosa, pela dedicação, carinho, amizade, paciência, compreensão e conhecimento transmitido nesta etapa. Sem seus ensinamentos não seria possível concretizar este sonho.

Aos enfermeiros, colegas de trabalho, que participaram deste trabalho, pela parceria e disponibilidade.

As minhas amigas pelo estímulo, apoio, risadas e momentos de descontração, em especial Ramona por toda ajuda prestada e pelo ouvido amigo em muitos momentos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional da UFSC, pela atenção e por colaborarem com o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos colegas do Curso de Mestrado Profissional, pelas experiências compartilhadas e reflexões para melhoria do cuidado de enfermagem.

Aos membros da banca examinadora, pelas significativas contribuições que auxiliaram para melhoria deste estudo.

E finalmente, a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a construção deste trabalho.

Muito obrigada!

Saber e não fazer, ainda não é saber.  
(Lao-Tsé)

## RESUMO

No Hospital Governador Celso Ramos, um hospital geral de Santa Catarina, realiza-se apenas a primeira etapa do processo de enfermagem - o histórico de enfermagem, assim, identificou-se a necessidade de construção das demais fases do processo de enfermagem, de forma a atender as exigências legais instituídas pelo Conselho Federal de Enfermagem. Portanto, objetivou-se com este estudo construir coletivamente um banco de dados com os diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritários para a sistematização da assistência de enfermagem no Hospital Governador Celso Ramos. Além das exigências legais, justifica-se este estudo pela necessidade de inserção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente. Para tanto se desenvolveu uma pesquisa convergente assistencial, que incluiu a técnica de mapeamento cruzado. As taxonomias dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem da NANDA Internacional foram adotadas para sustentação teórica desta construção. Participaram da investigação 49 enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica e ortopedia, cirúrgica, neurologia, neurocirurgia, unidade de terapia intensiva e de hemodiálise. A coleta de dados e construção do banco de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2019 e incluiu a realização de 18 encontros de pactuação, momento em que os enfermeiros foram contactados para apresentação do objetivo do estudo e aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido; capacitação dos profissionais sobre processo de enfermagem com ênfase no raciocínio clínico, exame físico, diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a NANDA Internacional com carga horária total de 60 horas; realização do mapeamento cruzado entre problemas em saúde mais frequentemente identificados nos prontuários dos pacientes, taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e taxonomia intervenções de enfermagem. O desenvolvimento do mapeamento cruzado totalizou 760 horas. Cada etapa do cruzamento foi apresentada aos grupos de participantes, por unidade de atendimento incluída no estudo para consenso dos conteúdos, posteriormente, foi construído o banco de dados objeto desta investigação. O mapeamento cruzado resultou em 177 problemas em saúde identificados em 166 prontuários dos pacientes avaliados e resultou no consenso de 45 diagnósticos de enfermagem, 94 intervenções e 684 atividades de enfermagem para composição do banco de dados, que inclui as seguintes informações: títulos dos diagnósticos de enfermagem, com seus respectivos códigos, página para acesso, definições, fatores relacionados ou de risco; título das intervenções de enfermagem com seus respectivos códigos, definições e as atividades de enfermagem para resolução dos problemas em saúde. Manuscrito, intitulado: Banco de dados: diagnóstico e intervenção de enfermagem para o registro eletrônico em hospital geral, foi construído para apresentar a construção e os resultados do mapeamento cruzado. Acredita-se que o banco de dados aqui apresentado constitui-se importante contribuição para a prática de enfermagem no cenário do estudo, bem como poderá ser replicado em outras instituições.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Processo de Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.



## ABSTRACT

At the Governador Celso Ramos Hospital, a general hospital in Santa Catarina, the first stage of the nursing process is carried out - the nursing assessment, thus, there is a need to build the other phases of the nursing process according to the legal requirements established by the Federal Nursing Council. Therefore, the aim of this study was to collectively build a database with priority nursing diagnoses and interventions for systematization of nursing care at Hospital Governador Celso Ramos. In addition to legal requirements, this study is justified by the need to insert nursing diagnoses and interventions in the patient's electronic medical record. Thus, a convergent care research was developed, which included the cross-mapping technique. The taxonomies of the nursing diagnoses and of the nursing interventions of the NANDA International were adopted to theoretically support this construction. 49 nurses working in the sectors of medical clinic, surgery, neurology, neurosurgery, intensive care hemodialysis unit participated in the investigation. Data collection and database construction took place from January to June 2019 and included 18 meetings to agree on inclusion in the study, when the nurses were contacted to present the objective of the study and apply the informed consent form; training of professionals on the nursing process with an emphasis on clinical reasoning, physical examination, diagnoses and nursing interventions according to NANDA International with a total workload of 60 hours; cross-mapping between health problems most frequently identified in patients' medical records, taxonomy of nursing diagnoses and taxonomy of nursing interventions. The development of cross-mapping totaled 760 hours. Each stage of the crossing was presented to the groups of participants, by service unit included in the study for content consensus, later, the database object of this investigation was built. Cross-mapping resulted in 177 health problems identified in 166 medical records of the evaluated patients and resulted in a consensus of 45 nursing diagnoses, 94 interventions and 684 nursing activities for the composition of the database, which includes the following information: titles of nursing diagnoses, with their respective codes, page for access, definitions, related or risk factors; title of nursing interventions with their respective codes, definitions and nursing activities to solve health problems. Manuscript, entitled: Database: nursing diagnoses and interventions for electronic registration in a general hospital, was built to present the construction and results of cross-mapping. It is believed that the database presented here constitutes an important contribution to nursing practice in the study setting, as well as being able to be replicated in other institutions.

**Keywords:** Nursing. Nursing Process. Nursing Diagnoses. Nursing Care.

## RESUMEN

En el Hospital Gobernador Celso Ramos, un hospital general en Santa Catarina, se lleva a cabo la primera etapa del proceso de enfermería - la Valoración de Enfermería. En este contexto, se identificó la necesidad de construir las otras fases del proceso de enfermería, a fin de cumplir con los requisitos legales instituidos por el Consejo Federal de Enfermería. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue construir colectivamente una base de datos con diagnósticos e intervenciones de enfermería prioritarias para sistematizar la atención de enfermería en el Hospital Gobernador Celso Ramos. Además de los requisitos legales, este estudio se justifica por la necesidad de insertar diagnósticos e intervenciones de enfermería en la historia clínica electrónica del paciente. Luego, se desarrolló una investigación de atención convergente, que incluyó la técnica de mapeo cruzado. Las taxonomías de los diagnósticos y de las intervenciones de enfermería de la *NANDA International* se adoptaron en teoría para apoyar esta construcción. 49 enfermeras que trabajan en los sectores de clínica médica, cirugía, neurología, neurocirugía, unidad de cuidados intensivos y hemodiálisis participaron en la investigación. La recolección de datos y la construcción de la base de datos se llevaron a cabo de enero a junio de 2019 e incluyeron 18 reuniones para acordar la inclusión en el estudio, cuando se contactó a las enfermeras para presentar el objetivo del estudio y aplicar el término de consentimiento libre e informado; capacitación de profesionales en el proceso de enfermería, con énfasis en razonamiento clínico, examen físico, diagnósticos e intervenciones de enfermería, según *NANDA International*, con una carga de trabajo total de 60 horas; mapeo cruzado entre los problemas de salud identificados con mayor frecuencia en los registros médicos de los pacientes, la taxonomía de los diagnósticos de enfermería y la taxonomía de las intervenciones de enfermería. El desarrollo del mapeo cruzado totalizó 760 horas. Cada etapa del cruce se presentó a los grupos de participantes, por unidad de servicio incluida en el estudio para el consenso de contenido; posteriormente, se construyó el objeto de la base de datos de esta investigación. El mapeo cruzado resultó en 177 problemas de salud identificados en 166 registros médicos de los pacientes evaluados y resultó en un consenso de 45 diagnósticos de enfermería, 94 intervenciones y 684 actividades de enfermería para la composición de la base de datos, que incluye la siguiente información: títulos de diagnósticos de enfermería, con sus respectivos códigos, página de acceso, definiciones, factores relacionados o de riesgo; título de las intervenciones de enfermería con sus respectivos códigos, definiciones y actividades de enfermería para resolver los problemas de salud. El manuscrito, titulado: Base de datos: diagnóstico e intervención de enfermería para el registro electrónico en un hospital general, fue construido para presentar la construcción y los resultados del mapeo cruzado. Se cree que la base de datos presentada aquí constituye una contribución importante a la práctica de enfermería en el contexto del estudio, además de poder ser replicada en otras instituciones.

**Palavras-chave:** Enfermería. Proceso de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería. Atención de Enfermería.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Coleta de dados do estudo .....	45
Quadro 2 - Unidade de Internação Cirúrgica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	59
Quadro 3 - Unidade de Internação Cirúrgica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	62
Quadro 4 - Unidade de Terapia Intensiva – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	63
Quadro 5 - Unidade de Tratamento Intensivo – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.....	67
Quadro 6 - Unidade de Internação clínica médica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.....	68
Quadro 7- Unidade de internação de clínica médica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil.2020.....	71
Quadro 8 - Unidade de Neurocirurgia – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	72
Quadro 9 - Unidade Neurocirurgia - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	76
Quadro 10 - Unidade de Internação neurologia - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	77
Quadro 11 - Unidade de Internação neurologia – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	81
Quadro 12 - Unidade de Hemodiálise - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a	

NANDA Internacional - Diagnóstico com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	82
Quadro 13 - Unidade de Hemodiálise - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.....	84
Quadro 14 – Diagnósticos com foco no problema da NANDA Internacional, intervenções e atividades de enfermagem segundo NIC para alimentação dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde de um hospital geral de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil, 2020 .....	85
Quadro 15 - Diagnósticos de Risco segundo a NANDA Internacional, intervenções NIC e atividades de enfermagem para alimentação de dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde de um hospital geral de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil, 2020 .....	103
Quadro 16 – Banco de dados para alimentação dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde do Hospital Governador Celso Ramos, incluindo os títulos dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema e suas definições, características definidoras, fatores relacionados, título das intervenções de enfermagem e suas definições e as atividades de enfermagem segundo a NANDA Internacional. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	107
Quadro 17 – Banco de dados para alimentação dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde do Hospital Governador Celso Ramos, incluindo os títulos dos diagnósticos de risco e suas definições, fatores de risco segundo a NANDA - Internacional e título das intervenções de enfermagem e suas definições e as atividades de enfermagem segundo NIC - Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	137

### **QUADROS DO MANUSCRITO 1**

Quadro 1 - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos com foco no problema e intervenções de enfermagem segundo a NANDA Internacional. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	155
Quadro 2 - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de risco. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	157

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Avaliação da capacitação – temática. Florianópolis, SC, Brasil, 2020 .....	56
Tabela 2 – Quantitativo de prontuários selecionados segundo unidade de internação incluída no estudo. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	57

### **TABELA DO MANUSCRITO 1**

Tabela 1 – Quantitativo de prontuários selecionados segundo unidade de internação incluída no estudo e número de problemas identificados. Florianópolis, SC, Brasil. 2020 .....	155
---	-----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	21
1.2	OBJETIVO DO ESTUDO .....	23
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
2.1	TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS .....	24
2.2	IMPORTÂNCIA DO REFERENCIAL TEÓRICO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	27
2.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	28
2.4	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	32
2.5	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA-INTERNACIONAL.....	33
2.6	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA INTERNACIONAL.....	35
2.7	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO.....	36
2.8	INFORMATIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.....	38
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>43</b>
3.1	FASE CONCEPÇÃO.....	43
3.2	FASE DE INSTRUMENTAÇÃO .....	44
3.2.1	<b>Cenário do estudo</b> .....	<b>44</b>
3.2.2	<b>Participantes do estudo</b> .....	<b>46</b>
3.2.3	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>46</b>
3.2.4	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>47</b>
3.3	FASE DE PERSCRUTAÇÃO .....	48
3.3.1	<b>1ª Etapa - Encontros de Pactuação</b> .....	<b>48</b>
3.3.2	<b>2ª Etapa - Capacitação Processo de Enfermagem</b> .....	<b>48</b>
3.3.3	<b>3ª Etapa- Mapeamento Cruzado</b> .....	<b>49</b>
3.3.4	<b>4ª Etapa- Construção do Banco de Dados</b> .....	<b>50</b>
3.4	FASE DE ANÁLISE .....	50
3.4.1	<b>Processo de apreensão</b> .....	<b>51</b>
3.4.2	<b>Processo de síntese</b> .....	<b>51</b>
3.4.3	<b>Processo de teorização</b> .....	<b>51</b>
3.4.4	<b>Processo de transferência</b> .....	<b>52</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>53</b>
4.1	RELATOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	53
4.1.1	<b>Encontros de pactuação</b> .....	<b>53</b>
4.1.2	<b>Capacitação processo de enfermagem</b> .....	<b>53</b>
4.2	MAPEAMENTO CRUZADO .....	58
4.2.1	<b>Mapeamento cruzado entre os problemas em saúde e os diagnósticos de enfermagem</b> .....	<b>58</b>
4.2.1.1	<i>Unidade de Internação Cirúrgica 4º andar</i> .....	<i>61</i>
4.2.2.2	<i>Unidade Terapia Intensiva</i> .....	<i>64</i>

4.2.2.3	<i>Setor de clínica médica e ortopedia - 5 ºandar</i> .....	69
4.2.2.4	<i>Unidade neurocirúrgica - 6ºandar</i> .....	74
4.2.2.5	<i>Unidade de Internação Neurologia clínica - 7º andar</i> .....	78
4.2.2.6	<i>Unidade de Hemodiálise</i> .....	84
<b>4.2.3</b>	<b>Mapeamento cruzado entre os diagnósticos e intervenções de enfermagem</b> .....	<b>87</b>
4.3	<b>PRODUTO CONSTRUÍDO – BANCO DE DADOS</b> .....	109
<b>4.4</b>	<b>MANUSCRITO: BANCO DE DADOS DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O REGISTRO ELETRÔNICO EM HOSPITAL GERAL</b> .....	<b>152</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>165</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>167</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido – participante enfermeiro</b> .....	<b>175</b>
	<b>APENDICE B - Convite para a capacitação</b> .....	<b>177</b>
	<b>APENDICE C - Cronograma de capacitação</b> .....	<b>178</b>
	<b>ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	<b>179</b>
	<b>ANEXO B - Caso fictício</b> .....	<b>184</b>
	<b>ANEXO C - Questionário de avaliação de capacitação</b> .....	<b>185</b>
	<b>ANEXO D - Histórico de enfermagem do cenário do estudo</b> .....	<b>187</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem Moderna iniciou a partir das ações desenvolvidas por Florence Nightingale, que incluíam ações práticas planejadas, organizadas e sustentadas pelo conhecimento científico, pois Florence acreditava que o suporte teórico auxiliava na tomada de decisões e justificava suas ações. Por esse caráter inovador, Florence levou a Enfermagem a era científica e ainda nos tempos atuais é exaltada por seus feitos, além disso, contribuiu com o desenvolvimento da saúde e melhoraram a qualidade do cuidado às pessoas (MEDEIROS; ENDERS; LIRA,2015).

A partir da década de 50 (1950) surgiram as primeiras teorias de enfermagem, ressaltando a visão holística e o papel do enfermeiro frente às necessidades das pessoas acometidas por alguma doença e a importância do processo interpessoal. Esta nova visão exigiu a construção da identidade da profissão, despertando a necessidade de aprimoramento do corpo de conhecimento científico voltado à Enfermagem. Este aspecto solidificou-se na década de 60 (1960), quando então algumas enfermeiras iniciaram a formação em nível de doutorado (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Todo este contexto e outros sequenciais a este fragmento histórico configuram o alicerce para a construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que facilita a organização do cuidado de enfermagem quanto ao método, recursos humanos, instrumentos de coleta e registro das ações de enfermagem, permitindo o desenvolvimento do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem (PE) inclui etapas bem definidas e inter-relacionadas que orientam a execução dos cuidados pela equipe de enfermagem, e ainda, permite o registro da prática desenvolvida (COFEN, 2009).

As etapas do PE têm como primeira fase, a coleta de dados, quando o enfermeiro identifica as informações sobre o paciente, família ou comunidade e sobre as respostas decorrentes do processo de saúde e doença. Diante desta identificação inicial, o enfermeiro tem um corpo de informações que subsidia o raciocínio clínico para definição dos diagnósticos de enfermagem, um processo de interpretação e agrupamento das informações relacionadas aos problemas ou vulnerabilidade de saúde, ou ainda, às potencialidades em saúde.

Para Horta (2017) o histórico de enfermagem é o primeiro passo para o levantamento de dados dos enfermeiros e possibilitam a identificação dos problemas de



saúde a serem trabalhados. Depois da análise e da interpretação destes dados, ocorre a segunda etapa que é o levantamento dos diagnósticos de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para definição do planejamento das intervenções de enfermagem e da implementação destas, objetivando melhorar a saúde dos pacientes, assim, para cada intervenção almeja-se um respectivo resultado de enfermagem (COFEN, 2009).

Por fim, no processo de enfermagem é necessário verificar se o planejamento realmente alcançou os resultados esperados (avaliação de enfermagem), este processo deve ser efetivado de forma sistemática e continuado, o que permite a reavaliação do paciente e adequação dos cuidados de enfermagem, conforme a individualidade de cada paciente e de acordo com as mudanças obtidas no processo de cuidar (COFEN, 2009).

Assim, entende-se que a SAE é um instrumento que permite organizar a prática profissional, sendo uma ferramenta de gerenciamento e otimização da assistência de enfermagem, promovendo um cuidado individualizado e favorecendo a comunicação entre a equipe (MANGUEIRA; LIMA; COSTA; NÓBREGA; LOPES, 2012). Ela ainda confere maior segurança aos pacientes, padronização das ações de enfermagem no contexto da equipe, melhoria na qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.

A implantação da SAE envolve mudança de comportamento, exigindo a adoção de estratégias que favoreçam a sua incorporação. Ferramentas de gestão, informatização, educação permanente, a construção coletiva e o desenvolvimento de pesquisas têm sido apontados como fatores capazes de auxiliar os enfermeiros neste processo (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No ano de 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) com a instituição da Resolução nº 272 (COFEN, 2002) iniciou um processo para incentivar e fiscalizar a implantação da SAE, mas essa resolução foi revogada pela atualmente em vigor, Resolução nº 358. A atual resolução dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, em todos os ambientes públicos e privados, onde ocorra o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. A principal diferença da antiga resolução para a atual é o envolvimento de toda a equipe no desenvolvimento da SAE, antes focado no enfermeiro e a obrigatoriedade de registro de todas as fases do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Apesar desses saberes e definições legais, ainda se evidencia que muitas instituições brasileiras não implantaram a SAE. Atribui-se isto às dificuldades para implantação da SAE a diversos motivos, tais como: descontinuidade da implementação da assistência entre

turnos, a necessidade de aprofundamento teórico e falta de prática e também a falta de objetividade dos profissionais no levantamento de problemas (SILVA; MOREIRA, 2011).

Remizoski, Rocha e Vall (2010) após realizarem uma análise em 22 produções científicas sobre as dificuldades na implantação da SAE encontraram citações das dificuldades encontradas na implantação da SAE como as descritas acima e também consideraram relevante a falta de treinamento sobre o tema nas instituições de saúde e a falta de estabelecimento de prioridade organizacional. Além destes, pode-se citar também o desconhecimento na aplicabilidade da SAE na prática profissional, a falta de acompanhamento diário da evolução do paciente por parte dos profissionais e a dificuldade na aceitação de mudanças por parte da equipe.

Por outro lado, atualmente existem ferramentas que contribuem para dar agilidade à execução das etapas do PE. Dentre essas, está a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), com o prontuário eletrônico, que é um facilitador para reduzir as dificuldades para a implantação e registro da SAE. A informatização veio para contribuir com a documentação dos dados do paciente, eliminar redundâncias e garantir maior segurança aos registros, facilitando a comunicação entre a equipe de enfermagem e multiprofissional, bem como para tomada de decisão, gestão do cuidado e questão administrativa como a redução de tempo gasto e retrabalhos (LUIZ; PADOIN; NEVES; RIBEIRO; TRONCO, 2010).

O prontuário eletrônico permite integrar uma estrutura de dados, informação e conhecimento favorecendo a tomada de decisões, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico e o raciocínio investigativo, e possibilitando aproximações destes com a assistência. Desse modo, a implementação do PE informatizado torna-se uma tendência para a profissão, ao oferecer agilidade, já que este é um dos grandes desafios para que os profissionais executem a sistematização integralmente. Associado a isto, ainda soma-se a contribuição para o desenvolvimento de ações padronizadas dentre os integrantes da equipe e dos registros de enfermagem (SANTOS; SOUZA; PAIVA; SANTOS, 2016).

A informatização otimiza o tempo utilizado nos registros de enfermagem, garante maior segurança aos registros, facilita o acesso à informação e a comunicação entre a equipe de enfermagem e multiprofissional, contribuindo para a tomada de decisão, passagem de plantão, potencializando a resolutividade do cuidado, a partir das necessidades atuais dos pacientes, além de estimular a troca de saberes (RIBEIRO; RUOFF; BAPTISTA, 2014).

No Hospital Governador Celso Ramos, onde atuo como enfermeira há 14 anos

(autora principal deste estudo), exerci minhas atividades nos setores de clínica cirúrgica, emergência e unidade semi-intensiva e, atualmente no Serviço de Educação Permanente. Neste cenário, a implantação da SAE através do PE em todas as suas fases ainda não ocorreu.

Para implantar a SAE, o primeiro passo a ser dado é selecionar uma teoria de enfermagem que direcione as etapas do processo de enfermagem. Isso precisa ser feito de maneira bem refletida e cuidadosa, e, para tanto, os enfermeiros precisam compreender os elementos que contêm crença, valores, conhecimento, habilidade e prática do enfermeiro, para então escolher a melhor teoria para sustentar o processo de enfermagem em questão (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Esta primeira etapa já foi realizada no cenário em questão, pois a Gerência de Enfermagem, preocupada em atender as determinações legais para implantação da SAE, incentivou a reunião dos enfermeiros para definição de uma teoria de enfermagem para sustentar o processo e os registros de enfermagem institucionais, o que aconteceu no final de 2015. O estudo de algumas teorias de enfermagem como a de Imogenes King, Callista Roy, Martha Rogers e Wanda de Aguiar Horta ocorreu nesse momento, quando entendeu-se que a teoria que melhor vinculava-se ao perfil dos pacientes atendidos no cenário deste estudo era a Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta, que embasou o contexto deste estudo.

Outro aspecto a ser considerado para implantação da SAE no cenário do estudo relaciona-se a existência do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), construído no Micromed Sistemas, que se constitui de um banco de dados de informações sobre a história clínica do paciente e seu objetivo é permitir o armazenamento e a recuperação de eventos clínicos de um indivíduo de forma que os profissionais de saúde possam ter acesso, possibilitando assim uma melhor assistência ao indivíduo. Porém, esta ferramenta está em fase de remodelamento, devido à transição governamental. Atualmente, permanecem no sistema as telas para os registros do histórico (Anexo D) e a evolução de enfermagem, que no prontuário eletrônico configura uma tela em branco, para que o enfermeiro possa fazer seus registros, sem qualquer padronização institucional, nesse espaço também se registram os sinais vitais.

A construção e implantação do histórico de enfermagem ocorreram entre o final do ano de 2017 e primeiro semestre de 2018, a partir da iniciativa da autora deste estudo, após ingresso no Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem com a colaboração de alguns enfermeiros que haviam realizado a capacitação

sobre SAE oferecida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Inicialmente criou-se um documento físico que foi testado em todas as unidades de internação, e avaliação periódica. As sugestões dos enfermeiros das unidades foram anexadas ao documento que, então, foi incorporado ao prontuário eletrônico com o auxílio técnico de funcionário da Micromed. Concluída esta etapa, foi então realizada uma capacitação quanto a utilização do sistema Micromed e preenchimento das informações solicitadas no histórico de enfermagem. Uma segunda etapa de avaliação foi solicitada aos enfermeiros das unidades e as sugestões pertinentes foram sendo incorporadas ao sistema, chegando ao formato atual (Anexo A).

Finalizada esta etapa, surgiu então a necessidade de continuidade da implantação das fases subsequentes do processo de enfermagem.

A enfermagem possui um bom número de sistemas de classificação que estão relacionadas com as fases do processo de enfermagem, entre as mais conhecidas estão a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*; a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) (SANTOS; SOUZA; PAIVA; SANTOS, 2016).

A taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) foi escolhida como linguagem padronizada para todos os hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, conseqüentemente, adotou-se essa taxonomia e a de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), para nortear as etapas do diagnóstico e das intervenções de enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS; SWANSON, 2016) para os registros eletrônicos do processo de enfermagem neste estudo.

A NANDA foi formada em 1973 e passou a ser chamada de *North American Nursing Diagnosis Association* em 2005. Atualmente é nominada NANDA – Internacional (NANDA-I), sendo uma organização que se compromete com o desenvolvimento de uma linguagem padronizada de enfermagem. A taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I está disponível em vários idiomas como alemão, espanhol, inglês, português, dentre outros idiomas. Oferece os diagnósticos de enfermagem baseados em evidências e a utilização de uma terminologia padronizada visa melhorar o cuidado de saúde para todos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Já a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma catalogação de

intervenções realizadas pela enfermagem sendo útil no planejamento do cuidado, na documentação clínica e na comunicação sobre o cuidado entre as áreas. As intervenções abrangem os cuidados e tratamentos realizados pelos enfermeiros com o objetivo de alcançar melhores resultados para o paciente (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS; SWANSON, 2016).

Entendendo que a implantação da SAE contribui para qualificação da assistência de enfermagem aos pacientes, através de um cuidado sistematizado, fundamentado e que respeite a singularidade do indivíduo, sendo esta também a preocupação dos outros enfermeiros que atuam comigo no mesmo cenário, identificou-se a necessidade da implantação de uma linguagem padronizada para caracterizar o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro e o planejamento de enfermagem.

Surgiu então a pergunta norteadora para este estudo: como construir coletivamente um banco de dados com os diagnósticos e intervenções de enfermagem para posterior implantação nos registros eletrônicos do prontuário do paciente no sistema de gestão em saúde do Hospital Governador Celso Ramos?

## 1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Governador Celso Ramos, que é um hospital geral do município de Florianópolis – SC, fundado em 1966, e que ainda necessita de um método de trabalho institucionalizado e pactuado entre os profissionais da enfermagem capaz de organizar a assistência de enfermagem de forma sistematizada, como propõe a Resolução 358/2009 do COFEN.

Outro aspecto a ser considerado é a questão da segurança e da qualidade do cuidado prestado que estão diretamente relacionados às ações que garantem a efetividade da assistência, bem como à existência de registros adequados e eficazes, que evidenciem as ações planejadas e executadas, bem como seus resultados.

A implantação do processo de enfermagem, destacando-se as etapas dos diagnósticos e do planejamento de enfermagem, permitirá maior autonomia, empoderamento e autonomia do profissional enfermeiro na avaliação e tomada de decisão com a metodologia do processo de enfermagem incluída no planejamento maior que é a SAE, permitirá ainda que a equipe de enfermagem preste uma assistência de forma sistematizada, pautada em princípios científicos. Os benefícios gerados pela sua efetivação são reconhecidos não apenas na literatura pertinente à temática, mas também pelos

profissionais que estão diretamente vinculados à prática assistencial, os profissionais engajados no processo de implantação, em geral, motivam-se na execução da tarefa, por acreditarem nos resultados para a profissão (MANGUEIRA; LIMA; COSTA; NÓBREGA, 2012).

Cabe ainda registrar que com meu ingresso, em 2018, no Mestrado Profissional surgiu então a possibilidade de problematizar a prática e contribuir com o aperfeiçoamento da assistência e gestão de enfermagem no meu cenário de trabalho. Assim, a construção de um banco de dados, contendo os diagnósticos e intervenções de enfermagem para inserção em sistema de gestão em saúde a ser adotado pelo cenário do estudo no ano de 2020, configura um produto de enfermagem e dá retorno à necessidade assistencial/institucional e às exigências legais, definidas pelo COFEN.

O método escolhido para esta construção foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que consiste em manter uma relação com o método científico e com a prática assistencial, com o objetivo de encontrar mudanças para solucionar ou minimizar problemas, realizar alternativas e/ou introduzir inovações no contexto da prática como ocorre nessa investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Com o uso da PCA, acredita-se que a construção coletiva dos diagnósticos e intervenções de enfermagem possibilita melhorias na comunicação entre os enfermeiros e na qualidade dos registros de enfermagem. Além disto, os resultados a serem obtidos, após a inclusão do banco de dados no sistema de gestão em saúde, também possibilitarão a gestão dos registros de enfermagem, pois criará a possibilidade de auditoria dos dados, até então não realizada e, ampliará a visibilidade da enfermagem.

Registra-se que o objetivo inicial deste estudo era de concluir a informatização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no prontuário eletrônico, no entanto, diante do cenário político atual, com a troca do sistema de gestão em saúde, houve necessidade de limitar o objetivo deste estudo à construção do banco de dados, ou seja, não finalizou-se a alimentação dos dados no sistema para a efetiva disponibilização do mecanismo para o registro eletrônico dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Entretanto, a partir da construção do banco de dados, a realização desta alimentação poderá ocorrer logo que o novo sistema de gestão em saúde seja implantado na instituição.

## 1.2 OBJETIVO DO ESTUDO

Construir, coletivamente, um banco de dados com os diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritários para a sistematização da assistência de enfermagem no Hospital Governador Celso Ramos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção apresenta-se a sustentação teórica desta dissertação, que inclui os seguintes temas: Teoria das Necessidades Humanas Básicas, importância do referencial teórico para a sistematização da assistência de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA-I, tecnologia da informação e da comunicação, informatização da sistematização da assistência de enfermagem no prontuário eletrônico. Os conteúdos aqui apresentados foram construídos através do desenvolvimento de uma revisão narrativa.

A revisão narrativa apresenta o estado da arte de um assunto específico, constituindo-se pela análise da literatura a partir da interpretação e análise crítica do pesquisador, sem seguir um método pré-determinado. A seleção das publicações a serem incluídas no estudo é realizada pelo investigador, de acordo com seu interesse ou de acordo com o acesso às publicações. Este tipo de estudo é indicado quando se deseja defender um ponto de vista ou para abordar diferentes pontos de vista. Portanto, não podem ser reproduzidas por outros investigadores e o resultado consiste no ponto de vista do autor (PRADO; BULNES; PENÃ, 2013).

A investigação bibliográfica foi realizada por meio da pesquisa dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Enfermagem, Processo de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Registros de Enfermagem”, localizando artigos científicos publicados em português, inglês e espanhol disponíveis nas bases de dados em Ciências da Saúde LILACS, Scielo, BDEF, além dos livros: Processo de Enfermagem, Horta, 2017, Fundamentos Pesquisa em Enfermagem (POLIT; BECK, 2010), Nanda Internacional (HERMAN; KAMITSURU, 2018), Classificação dos Resultados de Enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS; SWANSON, 2016), Classificação da Intervenções de Enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) e Pesquisa Convergente Assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

### 2.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é o marco que norteia os cuidados na instituição de saúde do estudo. Wanda Aguiar Horta, por ser brasileira e conhecer a realidade do contexto cultural do país, sua teoria tem norteado vários estudos relacionados à SAE no Brasil. Na sua teoria são definidos termos como o Ser “é aquilo que é, é a



realidade” e realizando a distinção entre três seres: o *Ser-Enfermeiro* “... é gente que cuida de gente”, trata-se de um ser humano com toda as suas dimensões, aberto para o futuro e comprometido com a enfermagem; *Ser - Cliente* segundo ela, os clientes podem ser indivíduos, famílias ou comunidades e são seres humanos que precisam ser cuidados por outros seres humanos em qualquer fase do ciclo vital ou processo saúde-doença; e por fim o *Ser-Enfermagem que surge* da interação entre o *Ser-Enfermeiro* com o *Ser-Cliente*, este existe para que o *Ser-Enfermeiro* assista às necessidades humanas básicas do *Ser-Cliente*. O *Ser-Enfermeiro* é abstrato e transcendente e está associado a estar comprometido com a profissão terapeuticamente tendo a percepção de que cada momento é único e jamais se repete por igual (HORTA, 2017; PINTO; GARANHANI; FRANÇA; PIEROTTI, 2017).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi elaborada a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que propõe que os fatores de satisfação do ser humano dividem-se em cinco níveis dispostos em forma de pirâmide. A base da pirâmide compreende as necessidades de nível baixo, que são as necessidades fisiológicas e de segurança; o topo da pirâmide é constituído pelas necessidades de nível alto, representadas pela busca da individualização do ser, são as necessidades sociais, de estima e de autorrealização. À medida que um nível de necessidade é atendido, mesmo que parcialmente, o próximo torna-se dominante (HORTA, 2010).

Para Horta (2017) as necessidades humanas básicas são conceituadas como sendo um estado de tensão consciente ou inconsciente, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais e são os objetos de estudo da enfermagem fazendo parte do ser humano.

As necessidades são comuns a todos os seres humanos, variando de um indivíduo para o outro a sua manifestação e a forma de atendê-la, sendo os fatores que interferem nestas são: idade, gênero, cultura, escolaridade, questões socioeconômicas, ciclo saúde doença e ambiente físico (HORTA, 2017).

Horta desenvolveu um modelo para sistematizar a assistência de enfermagem, que é organizado em seis etapas inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (KIRCHESCH, 2016; HORTA, 2017).

O histórico de enfermagem é a primeira etapa do processo de enfermagem, trata-se de um roteiro orientado para a coleta de dados que sejam significativos para o enfermeiro (HORTA, 2017).

Um bom histórico de enfermagem, para Horta (2017) deve ser claro, conciso, sem

repetições e preciso, deve dispor de informações que possibilitem prestar um cuidado imediato, deve ser individual e não conter informações duplicadas, sendo a coleta de dados de responsabilidade do enfermeiro.

O histórico deve ser coletado na admissão do paciente mediante a utilização de técnica de entrevista informal, favorecendo a interação enfermeiro-paciente além da observação e exame físico (HORTA, 2017).

Alguns fatores relacionados ao paciente são considerados relevantes como a idade, gênero, cultura, escolaridade, tempo de permanência no hospital e os padrões de comunicação. Há de citar também que o preparo e treino do enfermeiro são essenciais para a atividade (HORTA, 2017).

As necessidades humanas no histórico de enfermagem são apresentadas em três níveis: Necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais, sendo que as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto e se este se prolonga torna-se causa de doença, manifestando-se através de sinais e sintomas tornando-se os problemas de enfermagem (HORTA, 2017).

O histórico leva a identificação de problemas de enfermagem ou diagnóstico de enfermagem que é toda condição ou situação apresentada pelo paciente, família ou comunidade que necessite de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento, que pode ser total (tudo que a enfermagem faz pelo paciente que ele não tem condição de fazer sozinho), ou parcial (pode ser uma ajuda, orientação, supervisão ou encaminhamento) (HORTA, 2017).

Assim como o histórico, os diagnósticos de enfermagem são elaborados pelo enfermeiro, porém Horta (2017) observou que o enfermeiro possui dificuldade na elaboração destes e atribui várias causas como o desconhecimento dos sintomas e de necessidades básicas alteradas em especial as psicossocioespirituais e também a não distinção entre problema de enfermagem e necessidade básica (HORTA, 2017).

Analisando os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência, temos a terceira etapa, o plano assistencial ou prescrição de enfermagem. Trata-se da escolha e determinação da assistência de enfermagem que o paciente deverá receber, é organizado em atividades a serem realizadas pela enfermagem como a orientação, execução de cuidados, ajuda e supervisão. A prescrição dos cuidados deve ser escrita como um objetivo operacional, com o verbo no infinitivo, devendo também ser concisa, clara e específica. A prescrição deverá ser verificada quando realizada e anotados as observações referentes ao cuidado prestado (HORTA, 2017).

Uma vez determinado o plano assistencial passa-se a quarta etapa que é a implementação deste através do aprazamento das atividades de enfermagem atendendo as necessidades humanas básicas (HORTA, 2017).

O plano assistencial ou de cuidados é avaliado continuamente fornecendo os dados para a quinta etapa, a evolução de enfermagem. Trata-se de um relato diário das mudanças ocorridas no paciente sob assistência da enfermagem e da evolução poderão surgir alterações nos diagnósticos e no plano assistencial, esta possui os dados necessários para avaliar a qualidade e quantidade do atendimento (HORTA, 2017).

A última etapa para Horta (2017) é o prognóstico de enfermagem, pressupõe a capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após o plano assistencial e baseadas nos dados fornecidos pela evolução de enfermagem, é também uma forma de avaliar o processo em si e chegar a uma conclusão quanto as condições que o paciente atingiu na alta hospitalar, porém esta etapa não é contemplada na Resolução 358/2009 (COFEN, 2009).

Os diagnósticos e intervenções de enfermagem a serem implantados neste estudo serão norteados pela NANDA–I, desta forma, apresenta-se na sequência alguns esclarecimentos sobre estas taxonomias.

## 2.2 IMPORTÂNCIA DO REFERENCIAL TEÓRICO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Desde Florence, a enfermagem tem se preocupado em construir um corpo de conhecimento que vem se estruturando e modificando ao longo do tempo, porém, foi somente a partir da década de 50 (1950), que se começou a construir novas visões teórico-filosóficas acerca da enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Na enfermagem, o marco conceitual torna-se necessário, pois explica claramente as orientações filosóficas e pragmáticas específicas à assistência de enfermagem e sobre a dimensão dos cuidados prestados. O marco conceitual é uma fronteira, daquilo que se pretende desenvolver, conhecer ou realizar no contexto do domínio e da ação. No que se refere à enfermagem, é necessário que, através do marco conceitual, possam ser identificados os significados favoráveis às buscas da profissão e ao processo de construir dos enfermeiros (SCHMITZ, 2015).

Escolher um referencial teórico pressupõe buscar e analisar os conhecimentos das teorias que dão suporte à prática da enfermagem, exige análises e discussões sobre a

temática; empatia pela teoria, seus conceitos, pressupostos e proposições; avaliar a viabilidade de aplicação do modelo eleito ao contexto da aplicação, considerando as necessidades dos pacientes, bem como a estrutura da instituição (OLIVEIRA; ALMEIDA; AZEVEDO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2015).

No Brasil, a partir da década de 70 (1970), Wanda de Aguiar Horta desenvolveu um modelo para sistematizar a assistência de enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que é organizado em seis etapas inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (KIRCHESCH, 2016).

As teorias de enfermagem auxiliam na compreensão da realidade incluindo elementos científicos e favorecendo a reflexão resultando em mudanças e transformações a nível pessoal e profissional.

Nas instituições, o modelo de cuidado adotado deve ser construído coletivamente por toda equipe de enfermagem, apoiado nos referenciais de enfermagem, e por demais referenciais que se aplicam tais como o biomédico, epidemiológico, de risco, de família, dentre outros, além das classificações de enfermagem e devem estar refletidos nas etapas do processo de enfermagem (BARROS, SANCHEZ, LOPES, DELL'ACQUA, LOPES, SILVA, 2015).

Na instituição de estudo, através de análise das teorias de enfermagem e discussão com o grupo de enfermeiros optou-se pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta por entender que era a que mais se aproximava do perfil dos pacientes atendidos e da compreensão de cuidado dos enfermeiros envolvidos, pois como corrobora Tannure e Pinheiro (2011), a escolha do referencial teórico deve ser sustentada pela coerência entre os conceitos da teoria de enfermagem, o perfil dos pacientes e dos enfermeiros e o tipo de ambiente em que a teoria será aplicada.

### 2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão essencial no mundo atual estando presente em praticamente todas as instituições onde é prestado atendimento de saúde à população, sendo reconhecida como uma atividade de grande valor, porém os enfermeiros ainda têm uma longa trajetória a percorrer quando falamos em sistematizar a assistência (MARCHIORI; ALVES; RODRIGUES; SANTOS; BRANCO; GABRIEL, 2018).

O vocábulo sistematizar é compreendido como um método que visa organizar os

processos e, por sua vez, utilizar instrumentos metodológicos para que a prática seja a melhor para o ambiente de trabalho em que é aplicada ou utilizada, tal prática visa possibilitar a visibilidade da profissão diante das ações desempenhadas pelo enfermeiro e sua equipe, direcionando-o ao desenvolvimento do conhecimento e permitindo caracterizar a enfermagem como disciplina e ciência (MARCHIORI; ALVES; RODRIGUES; SANTOS; BRANCO; GABRIEL, 2018). Conceito que é corroborado por Silva, Oliveira, Neves e Guimarães (2011) quando falam que sistematizar o cuidado implica no emprego de um método de trabalho pautado num modelo teórico- científico, que visa solidificar a enfermagem enquanto profissão.

SAE configura-se como uma metodologia para organizar o cuidado, apoiando-se nos princípios do método científico e tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL; MEIER; CALIXTO; PERUZZO; CROZETA, 2009). Sendo uma atividade privativa do enfermeiro, onde a forma de trabalho possui um método científico que deve ser utilizado na prática clínica, com o objetivo de dar maior autonomia e respaldo a enfermagem (KIRCHESCH, 2016).

A SAE é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhorando a qualidade da assistência e proporcionando maior autonomia aos profissionais de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Assim, a SAE quando de sua implantação, deverá ser guiada por princípios éticos e com base teórica bem definida, pois deve-se fazer um inter-relacionamento entre a teoria e a prática, para que o processo de enfermagem se desenvolva continuamente e faça parte, no dia a dia, da prática assistencial do enfermeiro (OLIVEIRA; ALMEIDA; AZEVEDO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2015).

Portanto, define-se a SAE como uma forma de organização do trabalho de enfermagem, com etapas privativas do enfermeiro, que através de uma metodologia científica realiza a identificação das situações de saúde, estabelece os diagnósticos, as intervenções/ações para assistência de enfermagem que contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (KIRCHESCH, 2016; TANNURE; PINHEIRO, 2011). A etapa de avaliação de enfermagem também configura como atividade privativa do enfermeiro e a etapa de implementação inclui a equipe de enfermagem.

A implementação da SAE possibilita que as atividades de trabalho sejam realizadas por meio de respaldo científico, o que permite subsidiar com segurança às práticas efetuadas, aumentando a credibilidade das ações de enfermagem e a satisfação dos profissionais. A enfermagem não deve perder de vista sua contribuição para a vida humana onde destaco a escuta qualificada, a presença e a atenção devida ao ser humano no seu momento mais frágil, que é o período de doença (SILVA; OLIVEIRA; NEVES; GUIMARÃES, 2011).

Para Soares, Silva, Resck e Terra (2016) em um estudo realizado em três hospitais no sul de Minas Gerais, onde procuraram analisar as facilidades e os desafios do enfermeiro na gerência da assistência instrumentalizado pela SAE. Evidenciaram que apesar de não conseguir implementar a SAE no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que a mesma direciona o planejamento e a organização das atividades assistenciais e das funções dos membros da equipe de enfermagem. Contudo, é notório enfatizar, neste estudo, que por não terem a SAE concretizada os enfermeiros acabam realizando suas ações de acordo com suas prioridades no transcorrer do trabalho, fazendo com que a equipe de enfermagem, realize seu trabalho de uma forma fragmentada.

Autores como Neves e Shimizu (2010) apontam que para uma implementação eficaz da SAE são necessários elementos prévios como a estrutura das organizações do trabalho de enfermagem, crença, valores, conhecimento, comunicação, habilidade e prática do enfermeiro, política institucional, educação continuada, recursos humanos, instrumentos e processo de mudança.

Já Castilho (2015), através de um estudo metodológico, levantou outras necessidades para a implantação da SAE, entre elas o apoio institucional por meio de ações que propiciem todas as condições necessárias para executar de maneira efetiva a SAE. É fundamental que a instituição reconheça a SAE, e faça constar a documentação no prontuário do paciente para que a sistematização seja valorizada pelos profissionais da equipe de saúde. Existência de recursos humanos adequados foi outra necessidade levantada, além da elaboração de manuais e rotinas para racionalizar o trabalho e padronizar o cuidado. Além disso, citaram em seus resultados que a realização insatisfatória do registro de enfermagem torna a SAE incompleta.

Segundo o dicionário *on-line* de português (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018) o termo processo, significa “ação que expressa a continuidade na realização de determinada atividade: ato prolongado e contínuo; seguimento em que há conhecimento próprio e específico”, assim o processo de enfermagem (PE) tem por objetivo organizar o cuidado

profissional de enfermagem, através de uma ferramenta metodológica, visando à satisfação das necessidades de saúde da pessoa, família ou comunidade, implicando o reconhecimento de uma situação e conseqüentemente na geração de um planejamento, intervenção e avaliação de resultados, promovendo a qualidade do serviço prestado (BARROS; SANCHEZ; LOPES; DELL'ACQUA; LOPES; SILVA, 2015).

O PE proposto por Horta (2017) contempla seis etapas que são: histórico ou coleta de dados, diagnósticos, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. Destaca-se que o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico), dispara as demais etapas do PE (diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição e prognóstico de enfermagem) e, por sua vez, desencadeia a assistência de enfermagem ao indivíduo.

Para fins didáticos, essas etapas são descritas separadamente e em ordem sequencial, mas é importante salientar que as etapas são inter-relacionadas e sobrepõem-se, sendo assim um processo contínuo, devendo ser registradas no prontuário do paciente (HORTA, 2017).

O PE de acordo com a Resolução 358/09 (COFEN, 2009) deve ser desenvolvido em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem.

Quanto aos registros de enfermagem, Ochoa-Vigo, Pace, Rossi e Hayashida (2001) considera que as anotações de enfermagem no prontuário do paciente são extremamente relevantes no processo saúde doença, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha todo esse decorrer de forma mais integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações, sendo este o objetivo da implantação da sistematização da assistência de enfermagem na realidade vivida.

Para Barral, Ramos, Vieira, Dias e Souza (2012) os registros de enfermagem são uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem, sendo essenciais na documentação do cuidado humano, e possibilitam a comunicação segura quando redigidos de forma eficaz. Servem também de base para a elaboração do plano assistencial acompanhando a evolução do paciente, além de fornecerem subsídios para a avaliação da assistência prestada e favorecem a auditoria de enfermagem, além de produzirem elementos que podem ser tabulados e subsidiam a pesquisa em enfermagem.

Para Horta (2017) os registros devem ser claros e objetivos contendo a identificação

do profissional e escrito de forma legível, sem rasuras, devem fazer parte do prontuário do cliente e fornecem elementos administrativos e clínicos para a auditoria de enfermagem.

Os registros de enfermagem são assegurados através da Resolução n. 429/2012 do COFEN (COFEN, 2012), que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos da enfermagem independente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico. O primeiro artigo declara que é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Além das observações já registradas pode-se citar também o estudo de Santos e Santos (2012) que através de revisão bibliográfica concluíram que por meio da SAE pode-se estabelecer a auditoria de qualidade, o que contribui com melhora na assistência ao paciente/cliente por meio do cuidado humanizado, além de promover redução de custos para a instituição.

## 2.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O enfermeiro após analisar os dados colhidos no histórico e exame físico, identifica os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre os problemas apresentados ou potenciais, e antevê as respostas do indivíduo, da família e comunidade, frente a estes. Sendo de responsabilidade dos enfermeiros a elaboração do planejamento da assistência.

Um diagnóstico de enfermagem é considerado título atribuído a um achado, evento, situação ou outro aspecto de saúde resultante de uma coleta de dados, para indicar que são considerados pelo enfermeiro e pelo sujeito do cuidado como merecedores de atenção (GARCIA, 2017, p.11).

Este conceito também é divulgado pelo COFEN (2009) quando refere que os diagnósticos de enfermagem são um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados no histórico de enfermagem, que resulta na tomada de decisão sobre os conceitos da enfermagem ou taxonomias adotadas que representam com 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.

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerada uma fonte de conhecimento científico para a profissão tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Também para Reppetto e Souza (2005), os diagnósticos de enfermagem permitem a evolução profissional através do aprofundamento do conhecimento, desenvolvimento do raciocínio e valorização profissional.

Os autores Reppetto e Souza (2005), através de um estudo em duas unidades de internação de um hospital universitário em São Paulo, identificaram que os diagnósticos de enfermagem estavam presentes em 84% dos prontuários analisados na unidade de cardiologia e em 80% dos prontuários na unidade de infecto-parasitária no adulto, demonstrando assim que a SAE não é realizada de maneira uniforme.

Em outro estudo de análise de prontuários, Neves e Shimizu (2010) perceberam a valorização de dados no registro de diagnósticos relacionados com as alterações biológicas e constataram o preenchimento parcial de diagnósticos relativos às alterações do exercício/locomoção/autocuidado, integridade física, integridade cutâneo-mucosa, nutrição/hidratação e eliminação. Enfatizam que o diagnóstico de enfermagem é o resultado do exame físico/emocional do paciente e no qual o enfermeiro identifica sinais ou sintomas que são indicadores de desvio de saúde a riscos a que o cliente é submetido, permitindo realizar as observações, apontar a ação e identificar necessidades, problemas, preocupações ou respostas humanas, a partir da análise dos dados coletados, extraindo conclusões importantes para os cuidados. O diagnóstico de enfermagem descreve os problemas de saúde atuais ou potenciais que os enfermeiros podem tratar, com modos terapêuticos específicos.

## 2.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA-INTERNACIONAL

A linguagem unificada da NANDA-I não está fundamentada em uma teoria de enfermagem específica, mas é direcionada pela Prática Baseada em Evidência (PBE), que destaca a importância da pesquisa para guiar a tomada de decisão clínica. A PBE é definida como uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e na qualidade da evidência com o uso consciente, explícito na melhor tomada de decisão, englobando a competência clínica dos profissionais com os achados clínicos das pesquisas sistemáticas e também com os princípios da epidemiologia clínica

(GARCIA, 2017).

Alguns fatores contribuem para a escolha da NANDA-I na prática de enfermagem, a saber: auxilia o raciocínio e a tomada de decisão clínica, promove a comunicação dos profissionais de enfermagem com as demais áreas, favorece o registro da prática profissional dando evidência as ações desenvolvidas pela enfermagem para a solução, alívio ou prevenção de problemas de saúde, os dados que resultam da documentação embasada nesta taxonomia podem ser utilizados no planejamento e gerenciamento do cuidado e na análise do impacto que as ações de enfermagem estão causando nas condições de saúde das pessoas (GARCIA, 2017).

A taxonomia NANDA-I oferece uma maneira de o enfermeiro classificar os problemas de saúde de quem tratam, possuindo 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios, que são as áreas de interesse, e 47 classes que são agrupamentos de atributos comuns (HERDMAN; KIMITSURU, 2018).

Para Herdman e Kimitsuru (2018) o diagnóstico é um julgamento clínico sobre a resposta humana a condição de saúde ou uma vulnerabilidade para tal resposta, costumando ter duas partes: 1- descritor ou modificador e 2 - conceito chave do diagnóstico.

Um diagnóstico de enfermagem pode ser com foco no problema - um julgamento clínico sobre a resposta humana indesejável a uma condição de saúde de um indivíduo, família ou comunidade; de risco – julgamento clínico sobre o risco de um indivíduo, família ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta indesejável; de promoção da saúde – julgamento clínico sobre a motivação de alcançar ou aumentar o bem-estar de saúde. Considera-se ainda que os diagnósticos com foco no problema não devem ser considerados mais importantes que o de risco, muitas vezes o diagnóstico de risco pode ser o prioritário para o paciente (HERDMAN; KIMITSURU, 2018).

É importante que o enfermeiro conheça as definições dos diagnósticos normalmente utilizados para diferenciar um diagnóstico de outro, para isso os diagnósticos na taxonomia NANDA-I, contém características definidoras, como, por exemplo, sinais e sintomas, que fazem com que o enfermeiro tenha precisão no diagnóstico. Contém também os fatores relacionados que são componentes que integram os diagnósticos de enfermagem com foco no problema e incluem etiologia, circunstâncias e fatos que têm relação com o diagnóstico de enfermagem.

Em estudo realizado por Sartori, Gaedke, Moreira e Graeff (2018), em um setor de hemodinâmica, identificaram 28 diagnósticos de enfermagem, destes 13 com frequência acima de 50% que representaram os principais problemas adaptativos, sendo os

componentes proteção, neurológico e atividade e repouso os mais frequentes. Para os autores os diagnósticos de enfermagem, são avaliações clínicas sobre as respostas dos indivíduos a problemas de saúde, que podem nortear as intervenções de enfermagem, direcionando o cuidado e estimular o paciente a participar do seu tratamento, contribuindo para o alcance dos resultados, pelo qual respondem os enfermeiros. Sendo assim, as linguagens especiais de enfermagem, como a taxonomia de diagnósticos de enfermagem desenvolvida pela NANDA-I, embasam a padronização da prática da profissão.

## 2.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA INTERNACIONAL

Definidos os diagnósticos de enfermagem, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, as intervenções de enfermagem devem ser estabelecidas. Para Garcia (2017), o termo intervenções de enfermagem é entendido como “atos realizados pelo enfermeiro ou sob supervisão deste, para direta ou indiretamente, melhorar ou manter o estado de saúde de uma pessoa, grupo ou população”.

Para Bulechek, Butcher, Dochterman e Wagner (2016), as intervenções de enfermagem são ações iniciadas pelo enfermeiro em resposta ao diagnóstico de enfermagem, baseadas no raciocínio científico e possuem o objetivo de beneficiar o paciente de uma forma prevista objetivando alcançar o resultado desejado.

Neste estudo, utilizou-se a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), que é uma ampla classificação padronizada de ações realizadas pelos enfermeiros. A edição de 2016 foi organizada em sete domínios, 30 classes e 554 intervenções de enfermagem com aproximadamente 13 mil atividades abrangendo tanto as intervenções fisiológicas, quanto as psicológicas, as partes padronizadas são os títulos e suas definições, que não devem ser alterados, pois possibilita a comunicação e comparação dos resultados (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).

Para cada diagnóstico as intervenções de enfermagem são organizadas em três níveis: prioritárias, sugeridas e opcionais, sendo que para cada intervenção, a NIC lista de dez a 30 atividades que podem ser selecionadas, modificadas ou ainda incluídas, conforme a necessidade, para atender as demanda de cuidado de uma população ou indivíduo, desta forma proporciona um meio para que os enfermeiros individualizem a assistência (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).

A NIC está associada aos diagnósticos de enfermagem NANDA-I e também a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), atuando como um instrumento

importante para a elaboração dos planos de assistência e sistemas de informação para a enfermagem, sendo constantemente atualizada.

Em estudo realizado em 2017, por Alves, Freitas, Ramos, Chagas, Azevedo e Mata, onde os autores procuraram identificar a correspondência entre as ações do protocolo de quedas do Ministério da Saúde com a NIC, identificaram 51 ações no protocolo e 42 intervenções na NIC. Após duas rodadas de avaliação com peritos identificaram correspondência entre 47 ações do protocolo com 25 intervenções na NIC, sendo as intervenções que apresentaram maior correspondência: prevenção contra quedas, controle do ambiente/segurança e identificação de risco. Os autores puderam concluir neste estudo que as ações do protocolo são mais específicas e detalhadas, porém a NIC contempla maior diversidade de intervenções e pode fundamentar uma revisão do protocolo objetivando uma ampliação das ações relacionadas à prevenção de quedas.

Em outro estudo os autores Batista e Peduzzi (2019) buscaram mapear e categorizar, de acordo com a NIC as atribuições específicas dos enfermeiros e identificar as compartilhadas com médicos e fisioterapeutas nos Serviço de Emergência. Inicialmente os autores construíram um instrumento não validado, onde listaram todas as atividades dos enfermeiros baseado em busca em banco de dados de teses e dissertações. Para uniformizar a linguagem, o elenco de atividades foi categorizado, de acordo com a NIC. O instrumento foi apresentado a especialistas através da técnica “Bola de Neve”, chegando à conclusão que 45,7% das atividades são específicas dos enfermeiros, 14,2% compartilhadas com fisioterapeutas e/ou médicos e em 40% não havendo consenso sobre o compartilhamento das atribuições, demonstrando assim o movimento de flexibilização das fronteiras profissionais e a necessidade de mudanças na formação profissional.

Os exemplos de estudos citados acima demonstram que a NIC por se tratar de uma linguagem padronizada ajusta-se bem em diferentes cenários de atuação da enfermagem.

## 2.7 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO

Ao longo dos anos contava-se apenas com registros manuais dos cuidados prestados aos pacientes, utilizados como meio de gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento. É possível estimar que a enfermagem seja responsável por mais de 50% das informações contidas nos prontuários (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

Nos últimos anos, o desenvolvimento da tecnologia tem modificado a sociedade em

todos os setores e na área da saúde a utilização do prontuário eletrônico tem contribuído de forma significativa, proporcionando resultados favoráveis para profissionais da saúde, usuários e gestão (MARTINS; LIMA, 2014).

Para Marin, Grossi e Pisa (2015), os sistemas de informação em saúde podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação auxiliando no processo decisório dos vários profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes.

A utilização de um prontuário eletrônico proporciona inúmeras vantagens, entre as quais: agilidade no acesso à informação, intercâmbio de informações entre os profissionais da assistência, economia de espaço, redução com impressos, informações gerenciais rápidas e precisas. Com a redução do tempo utilizado nos registros conseqüentemente temos um aumento de tempo para os profissionais se dedicarem aos pacientes. Há que se considerar também algumas desvantagens, como o custo elevado na implantação (equipamentos e treinamentos), a possibilidade de o sistema ficar inoperante e a resistência da equipe. No entanto, a literatura registra que os benefícios são mais evidentes para a instituição de saúde, sendo que promove um atendimento seguro, eficiente e rápido para o paciente (MARIN; GROSSI; PISA, 2014).

Tannure, Lima, Oliveira, Lima e Chianca (2015) relatam que, o uso de programas de computadores utilizados para a implantação do PE vem sendo indicado como uma ferramenta que contribui para a sua inserção de uma forma mais ágil, precisa e completa. Utilizando sistemas informatizados, construídos a partir das etapas do processo de enfermagem, o enfermeiro passa a dispor de mais tempo para a assistência ao paciente. Os sistemas informatizados podem fornecer dados para a avaliação dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, registro da carga de trabalho da enfermagem, facilitar o registro da evolução clínica e dos resultados obtidos com os pacientes, caracterizando desta forma o favorecimento da aplicação do PE na prática. Também no estudo, segundo os relatos dos enfermeiros pesquisados é mais fácil compreender os conceitos e a aplicabilidade dos instrumentos através do sistema informatizado.

Para Kobayashi e Leite (2015), as tecnologias da informação e comunicação, são um apoio para o desenvolvimento do processo de enfermagem, pois permitem integrá-lo a uma estrutura lógica de dados, informação, desenvolvendo o raciocínio clínico e conhecimento facilitando a tomada de decisão da enfermagem, promovendo a melhoria na qualidade de assistência, assim como reduz o tempo empregado na documentação e no

registro clínico. O principal esforço da enfermagem na informática é incluir as necessidades dos enfermeiros no processamento das informações, sendo fundamental para que isso ocorra a integração das pessoas, compartilhar informações, procedimentos e recursos da computação em prol de um objetivo comum.

Esta tecnologia permite aos enfermeiros a oportunidade de crescimento profissional adaptando os recursos tecnológicos disponíveis na sua prática profissional. A prática profissional de enfermagem é ampla e exercida em diversos setores do atendimento em saúde, desde o cuidado preventivo, curativo e readaptação até as atividades de administração, ensino dentre outras, cabendo a estes profissionais a identificação de quais recursos trarão mais facilidades e poderão auxiliar, impondo mais agilidade e organização nas suas tarefas (MARIN; GROSSI; PISA, 2014).

Os pesquisadores de enfermagem têm se esforçado no sentido de desenvolver sistemas de informação que focalizem a importância da padronização de uma linguagem comum (SANTOS; SOUZA; PAIVA; SANTOS, 2016).

É importante ressaltar que para que o sistema informatizado seja utilizado e compreendido de forma adequada otimizando a aplicação de todas as ferramentas utilizadas é de grande importância que tenha o acompanhamento da educação permanente com elaboração de capacitações (SANTOS; SOUZA; PAIVA; SANTOS, 2016).

## 2.8 INFORMATIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Por meio das tecnologias da informação e comunicação, a utilização dos computadores é fundamental nos serviços de saúde, especialmente pela necessidade de processar uma grande quantidade de informações em pequeno intervalo de tempo conferindo maior rapidez e segurança ao acesso e organização das informações, independentemente de tempo e lugar, melhorando também a organização dos dados e informações dos pacientes (BARRA; ALMEIDA; DAL SASSO; PAESE; RIOS, 2016).

Segundo Palomares e Marques (2010), a enfermagem caracteriza-se como maior grupo de profissionais nas instituições hospitalares e conseqüentemente de usuários dos sistemas computacionais e os enfermeiros gastam cerca de um terço do tempo em atividades de localização, busca, agregação e processamento de dados ou informações dos pacientes, sendo os avanços da informática importantes para aumentar o tempo disponível

do profissional para as atividades relacionadas ao cuidado, proporcionando assim uma assistência mais humanizada. Barra, Almeida, Dal Sasso, Paese e Rios (2016) também afirmam que a informatização da SAE demonstra ser um aspecto importante, pois sua implantação está relacionada à otimização do tempo.

Diante deste cenário, entende-se que a enfermagem deve adotar as tecnologias de informatização e comunicação em seus diversos contextos devido aos potenciais benefícios das mesmas, tais como: aumento da eficiência organizacional e da continuidade do cuidado direto ao paciente; melhoria da comunicação e do desempenho clínico, aperfeiçoamento dos registros clínicos em saúde, redução do tempo despendido para registro/documentação clínica do processo de enfermagem, estabelecimento de indicadores de qualidade/segurança do paciente/resultados do cuidado, acesso em tempo real e/ou à beira do leito aos dados clínicos dos pacientes, desenvolvimento de sistemas de alertas eletrônicos voltados para a segurança do paciente; diminuição da carga cognitiva de trabalho, entre outros (ALMEIDA; DAL SASSO; BARRA, 2016).

Porém, ainda para muitos profissionais da saúde é um desafio trabalhar com esta ferramenta, muitas vezes pela indisponibilidade de computadores ou falta de intimidade com a máquina, e até por comodismo, preferem ficar com um prontuário manual e depois arquivar os documentos em uma sala, ocupando espaço.

A utilização de um prontuário eletrônico que pode ficar guardado por tempo indeterminado, sem desperdício de papel e o mais importante é que significa crescimento tanto para padronização quanto para a prática no cuidado direto ao paciente, além disso, para a enfermagem, especificamente, os avanços da informática, visam também aumentar o tempo disponível do profissional para as atividades relacionadas ao cuidado, proporcionando uma assistência mais humanizada (PALOMARES; MARQUES, 2010).

As maiores contribuições da informatização da sistematização da assistência de enfermagem são: otimização do tempo, melhor organização, linguagem padronizada, auxílio na tomada de decisão, maior facilidade para recuperação de dados, evitar a redundância, maior facilidade para comunicação multiprofissional, maior integração das informações e maior segurança e integridade dos dados (SOARES; SILVA; RESCK; TERRA, 2016).

Estas percepções são relatadas também por Ribeiro, Ruoff e Baptista (2014) quando identificou em seus estudos aspectos facilitadores dos quais destaca a segurança nos registros de enfermagem e a criação de informações, por meio da SAE, que subsidiam a

tomada de decisão em outros níveis institucionais, assim como a melhora na comunicação entre equipes de saúde de diversos setores de internação e para a segurança do paciente.

Percebe-se, que inúmeras são as vantagens e possibilidades da utilização do PEP, e podemos citar ainda: acesso mais veloz ao histórico de saúde e às intervenções às quais o paciente foi submetido; disponibilidade remota; uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde; flexibilidade do *layout* dos dados; legibilidade absoluta das informações; fim da redigitação das informações; integração com outros sistemas de informação; processamento contínuo dos dados, deixando-os imediatamente disponíveis para todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente; informações organizadas de forma mais sistemática; facilidade na coleta dos dados para emissão de relatórios, seja para pesquisa ou faturamento, acesso ao conhecimento atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão e da efetividade do cuidado (PATRÍCIO; MAIA; MACHIAVELLI; NAVAES, 2011).

Em estudo realizado por Lima e Melo (2012) para avaliar a percepção dos enfermeiros durante a implantação de um sistema informatizado para a documentação da enfermagem evidenciaram que o suporte contínuo fornecido pelas pessoas envolvidas neste processo de mudança era valorizado pelos profissionais, assim como a realização do programa de capacitação é percebido como essencial ao êxito da mudança preconizada. Também neste estudo uma dificuldade percebida pelos profissionais da enfermagem foi o grande número de atendimentos realizados e o pouco tempo disponível para realizar as tarefas no sistema informatizado que estava em implantação, a solução encontrada para este foi a distribuição das admissões dos pacientes entre os turnos na manhã, tarde e noite, sugestão aceita pelo grupo gestor, evidenciando a importância de grupo estar coeso num mesmo objetivo, valorizando a administração participativa.

Em estudo realizado por Lima, Vieira e Nunes (2018), que descreve o processo utilizado para a criação de construção da tecnologia móvel, tendo por arcabouço teórico Wanda Horta e a taxonomia NANDA-I, foram implementadas três etapas. Primeiramente, o levantamento bibliográfico para o qual foram utilizados descritores para busca na Biblioteca Virtual em Saúde, quando os autores selecionaram cinco artigos que se adequavam a proposta. De posse dos artigos foi possível levantar 36 diagnósticos de enfermagem para a montagem dos bancos de dados, para isto os autores utilizaram o *software* Excel®, pois consideraram permitir melhor visualização e organização dos componentes dos diagnósticos com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, onde foram criadas dez colunas: Níveis, Necessidades Humanas Básicas, Definição,



Necessidades Empíricas, Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema, Diagnósticos de Enfermagem de Risco, Diagnósticos de Enfermagem de Promoção da Saúde, Características Definidoras, Fatores Relacionados e Fatores de Risco. E por fim o desenvolvimento do *software* foi operacionalizado por meio do modelo ‘cascata’ ou ‘ciclo de vida clássico’. Este modelo sugere uma abordagem sequencial e sistemática, na qual os requisitos do *software* foram bem compreendidos tanto pelos autores do estudo quanto pela equipe de desenvolvimento.

As fases foram operacionalizadas da seguinte forma: 1) comunicação: através do levantamento das necessidades do aplicativo, com a definição dos objetivos gerais e requisitos a serem oferecidos pelo *software*; 2) Planejamento: através de contato frequente com a equipe de desenvolvedores, para estimar custos e detalhes a serem observados nas fases subsequentes, com duas reuniões presenciais e oito encontros via *webcam*; 3) Modelagem: os requisitos foram analisados, sendo definidas a interface e a base de sustentação para o funcionamento do aplicativo e por último a construção: que compreendeu a codificação e os testes, com o uso de linguagens de desenvolvimento e uma etapa de detecção e correção de problemas na execução e funcionamento do *software* (LIMA; VIEIRA; NUNES, 2018).

Para toda implantação de sistemas informatizados são necessários o planejamento, a remodelação dos processos de trabalho e o treinamento profissional para o uso. Este treinamento refere-se ao preparo dos enfermeiros em relação ao funcionamento dos sistemas computacionais integrados e para o entendimento sobre o processo de representação de conhecimento tácito e explícito para que o sistema informatizado represente a realidade do trabalho (RIBEIRO; RUOFF; BAPTISTA, 2014).

Este remodelamento do processo de trabalho e organização dos dados e informações foi evidenciado no estudo de Barra, Almeida, Dal Sasso, Paese e Rios (2016), com a intenção de atualizar, complementar e adequar o processo de enfermagem informatizado numa instituição hospitalar. O estudo relata primeiramente que a modelagem dos dados seguiu a modelagem conceitual de entidade-relação, contendo 35 entidades representadas por tabelas, utilizando a Linguagem Estruturada de Pesquisa (*Structured Query Language - SQL*), trata-se de uma linguagem declarativa para banco de dados relacional. Na sequência foi realizado agrupamento de diferentes situações clínicas, por ordem de complexidade/gravidade, utilizada para a associação, articulação e reestruturação dos dados, com o intuito de abranger a totalidade dos itens de avaliação clínica do paciente. O

passo seguinte é a determinação de um grupo de diagnósticos e intervenções de enfermagem a partir da CIPE® versão 2.0 para cada situação clínica elaborada. E por fim, a seleção e cadastro dos diagnósticos e intervenções de enfermagem diretamente no sistema informatizado. Os autores destacam a metodologia para modelagem e estruturação do processo de enfermagem informatizado desenvolvida no estudo, foi possível com a participação de enfermeiros, professores e programadores.

### 3 MÉTODO

Este estudo trata-se de uma PCA, método construído por enfermeiras brasileiras como instrumento para a promoção de mudanças e melhoria do processo de cuidar em todos os ambientes onde a enfermagem atua. Apresenta um desenho que propõe a desenvolvimento do conhecimento científico para a resolução de problemas e introdução de novas práticas assistenciais requerendo para isso a atuação do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Este desenho de investigação mostra em seu processo um método de proximidade-afastamento fazendo com que ocorra uma troca constante de informações ao longo da pesquisa, resultando em informações obtidas pela pesquisa influenciando a prática assistencial em renovação e informações obtidas da prática alimentando a pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os pressupostos da PCA abrangem o contexto da prática assistencial que é o campo para a pesquisa e requer inovação ou solução para um problema cotidiano, ou ainda renovação de práticas necessitando do comprometimento dos enfermeiros unindo o saber/pensar e o saber/fazer. Possui o compromisso de beneficiar a prática assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia das informações procedentes da prática assistencial e sendo o profissional da saúde um potencial pesquisador das questões cotidianas, possui análise crítica da dimensão intelectual do trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2004).

As fases da pesquisa abrangem: a fase da concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

O mapeamento cruzado é definido como um processo de explicar ou expressar algo, o qual possibilita mapear e comparar os registros de enfermagem realizados com terminologias não uniformizadas com linguagem padronizada com a intenção de identificar a similaridade e validar o objeto de estudo em diferentes contextos (LUCENA; BARROS, 2005).

#### 3.1 FASE CONCEPÇÃO

Nesta fase ocorre a escolha do tema através de uma problematização da prática do pesquisador, a questão de pesquisa, o objetivo do estudo, a revisão de literatura e o

referencial teórico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Ainda para as autoras esta fase pode ser definida como:

[...] construída com muita reflexão, envolvendo revisões da literatura e decisões. [...]. Do conteúdo desta fase dependem os das demais fases e também o sucesso do andamento da pesquisa, motivo porque, analogicamente, a concepção do problema de pesquisa está para o processo de pesquisa como o cérebro para o corpo humano [...] (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 32).

Sendo assim, esta fase foi contemplada na introdução, objetivos e revisão de literatura desta dissertação.

### 3.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Nesta fase ocorre a escolha do local onde encontra-se a problemática do estudo e a descrição dos participantes. Os métodos de coleta dos dados que mais se ajustam a PCA são a entrevista, observação e discussão em grupo, além destas habilidades o pesquisador deve organizar a forma de registro das informações obtidas durante a coleta dos dados mantendo o respeito aos aspectos éticos. Para a melhor escolha, o pesquisador tem obrigação de estar envolvido com o conhecimento da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

#### 3.2.1 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizado na parte insular da cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. A instituição foi inaugurada em 6 de novembro de 1966, o hospital tem a segunda maior emergência pública do estado, sendo referência em ortopedia, neurologia e neurocirurgia, clínica médica e cirúrgica. Possui 22 mil metros quadrados de área, 225 leitos em sua capacidade total, sendo 190 ativos atualmente, com 1.220 funcionários, dos quais 110 enfermeiros (SILVA; AZEVEDO; COSTA, 2017).

O hospital realiza mais de 10 mil atendimentos/mês, entre internações e atendimentos nas unidades de emergência e ambulatório, uma média de 44 mil exames são realizados por ano. O Hospital Governador Celso Ramos é um edifício de 13 andares sendo que no terceiro subsolo localiza-se a unidade de emergência, com atendimento nas 24 horas

do dia<sup>1</sup>.

No segundo subsolo encontra-se o ambulatório de ortopedia, sala de gesso e consultórios, no primeiro subsolo está o serviço de imagem (Radiografia, tomografia, ressonância magnética e ultrassonografia), no térreo encontra-se a unidade de hemodiálise e setores administrativos como a direção geral, gerências administrativa, enfermagem e técnica, no primeiro andar está localizado o ambulatório geral com consultórios e sala de exames e curativos.

No segundo andar, encontra-se a unidade de internação de apoio à emergência com 18 leitos, no terceiro andar está o centro cirúrgico, o centro de material e esterilização e a Unidade de Tratamento Intensivo com 14 leitos, no quarto andar está a unidade de internação cirúrgica com 18 leitos. A unidade de clínica médica localizada no quinto andar possui 48 leitos e atende pacientes da onco-hematologia e ortopedia, no sexto andar com 24 leitos temos a unidade de internação da neurocirurgia, o sétimo possui 14 leitos de internação para os pacientes da neurologia. O oitavo andar funciona o setor de residência médica e o núcleo de vigilância epidemiológica<sup>2</sup>.

Esta instituição atua como hospital de ensino, sendo campo para atividades teórico-práticas e estágios supervisionados de acadêmicos de enfermagem, medicina, fisioterapia e fonoaudiologia. Responde a Portaria 2.048/ 2002 do Ministério da Saúde que institui a política da vaga zero, que prevê que em casos de urgência o paciente deverá ser atendido independente da existe ou não de leito vagos para internação (BRASIL, 2002).

O Hospital conta com uma equipe interdisciplinar composta um administrador, 110 enfermeiros, sendo que destes 11 são coordenadores de unidades e oito atuam em funções administrativas nos setores de controle de infecção hospitalar, gerência de enfermagem, educação permanente, regulação interna de leitos e vigilância epidemiológica, 13 farmacêuticos, quatro nutricionistas, 350 médicos de várias especialidades e um psicólogo, além da equipe de apoio que contempla auxiliares administrativos, equipe terceirizada de segurança, higiene e limpeza e auxiliares de cozinha<sup>3</sup>.

As unidades participantes da pesquisa foram a Unidade de hemodiálise, a Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internação Cirúrgica (4º andar), Unidade de internação

---

<sup>1</sup> Informação obtida com o setor de estatística do Hospital Governador Celso Ramos em setembro 2018.

<sup>2</sup> Informação obtida em arquivo Power Point utilizado na apresentação da instituição para os novos funcionários e como Núcleo Interno de Regulação de Leitos do Hospital Governador Celso Ramos em setembro 2018.

<sup>3</sup> Informação obtida com o Setor de Recursos Humanos do Hospital Governador Celso Ramos em setembro 2018.

clínica médica e Ortopedia (5º andar), Unidade de Internação Neurocirúrgica (6º andar) e Unidade de Internação Neurológica (7º andar). Justifica-se a inclusão destas unidades no estudo por ser efetivamente os locais de internação dos pacientes e também a unidade de hemodiálise, local onde os pacientes não estão internados, porém retornam à instituição com frequência semanal, permanecendo neste local por um tempo considerável.

### 3.2.2 Participantes do estudo

Foram convidados para participação no estudo os enfermeiros atuantes nas unidades de internação cirúrgica, de clínica médica e ortopedia, neurocirurgia, neurologia clínica, centro cirúrgico, UTI, hemodiálise e ambulatório do Hospital Governador Celso Ramos, totalizando 110 profissionais distribuídos no período diurno e noturno, sendo excluídos os profissionais que estavam em período de férias, ou licenças de qualquer finalidade.

### 3.2.3 Coleta de dados

Para a coleta dos dados quatro etapas foram realizadas, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Coleta de dados do estudo

<b>Etapas de coleta de dados</b>	<b>Atividade planejada/realizada</b>
1ª etapa: Encontros de Pactuação	Apresentação do projeto de pesquisa aos enfermeiros da instituição para a sensibilização sobre o tema e o comprometimento da equipe frente à proposta, seleção dos participantes e inclusão no estudo, com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
2ª etapa: Capacitação Processo de Enfermagem	Desenvolvimento de capacitação nos temas: Processo de Enfermagem, com ênfase no raciocínio clínico, Exame físico e Diagnóstico e intervenções de enfermagem segundo as taxonomias da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) e NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).
3ª etapa Mapeamento cruzado	Seleção de prontuários dos pacientes hospitalizados nas unidades incluídas neste estudo com leitura exaustiva dos históricos de enfermagem e identificação e registro dos problemas em saúde mais frequentemente encontrados nas unidades cenário deste estudo. Esta etapa foi realizada pela pesquisadora principal deste estudo e validada pelos enfermeiros das unidades de internação.  Cruzamento dos problemas em saúde identificado nos prontuários dos pacientes com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), seleção dos diagnósticos relacionados e construção de quadros com os achados encontrados por unidade de estudo. Esta etapa foi realizada pela pesquisadora principal deste estudo e validada pelos enfermeiros das unidades de internação.

	<p>Apresentação dos problemas e diagnósticos identificados para os grupos de enfermeiros com eleição dos diagnósticos por consenso entre os participantes para composição do banco de dados.</p> <p>Cruzamento dos diagnósticos identificados com a Classificação das intervenções de enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) para seleção das intervenções e atividades de enfermagem prioritários para solução dos problemas em saúde e para composição do banco de dados objeto desta investigação.</p>
<p>4º etapa: Construção do banco de dados</p>	<p>Construção do banco de dados, a partir dos resultados obtidos nas etapas anteriores. Os componentes deste banco agruparam: incluindo os títulos dos diagnósticos de enfermagem, com seus respectivos códigos, página para acesso, definições, fatores relacionados ou de risco; título das intervenções de enfermagem com seus respectivos códigos, definições e as atividades de enfermagem para resolução dos problemas em saúde.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida segundo as determinações da Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, que trata da Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012). Assim, primeiramente, foi submetida à apreciação ética do Comitê de Ética Médica do Hospital Governador Celso Ramos, estando registrada sob o parecer número 3.108.565 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética número 05411018.0.0000.5360 (Anexo A).

Para garantia do sigilo das informações dos enfermeiros envolvidos na pesquisa e anonimato dos participantes, os dados coletados durante o desenvolvimento do estudo foram registrados em diário de campo, sendo que a guarda dos mesmos foi exclusiva da pesquisadora principal deste estudo. Para o registro de campo foi solicitado o auxílio de um estagiário da instituição previamente orientado.

A participação dos envolvidos seguiu ao descrito nas estratégias de instrumentação e perscrutação neste estudo. Não foram previstos danos de natureza material ou imaterial, pois se primou pela liberdade dos profissionais para participarem e contribuírem ou não com a pesquisa, de acordo com seu desejo. Afirma-se que não houve identificação ou manifestação de qualquer constrangimento por parte dos participantes do estudo ou relatos de danos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado com os participantes do estudo é apresentado no Apêndice A.

### 3.3 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

Segundo o dicionário da língua portuguesa, perscrutar significa investigar rigorosamente; penetrar no segredo da realidade. Assim, nesta fase é necessário entrar na realidade da prática assistencial e conseguir as reais intenções dos participantes para se envolverem no processo de mudança, ocorre a definição do caminho para coleta de dados e exige a criação de estratégias próprias para obter informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As etapas realizadas nesta fase de desenvolvimento são apresentadas sequencialmente.

#### 3.3.1 1ª Etapa - Encontros de Pactuação

Para o desenvolvimento dos encontros de pactuação agendaram-se três datas no mês de fevereiro de 2019, considerando a escala de trabalho (12 por 36 horas) instituída nas unidades de internação, sendo realizados três encontros, em três dias consecutivos, em cada unidade de trabalho, para que todos os enfermeiros tivessem a possibilidade de receber os esclarecimentos necessários e estarem cientes e livres para decidir sobre a participação na atividade.

Os encontros foram realizados durante o período de trabalho dos profissionais. Em cada encontro, a dinâmica seguida foi a mesma: apresentação expositiva-dialogada sobre o projeto, leitura do TCLE, esclarecimentos das dúvidas dos participantes quanto ao projeto e coleta de assinaturas nos termos.

Neste momento também foi entregue convite para participação na capacitação que foi ofertada como parte deste estudo. Para isto foi elaborado um convite impresso, constando data, hora, carga horária, local, nome do palestrante, como forma de motivar o grupo de enfermeiros (Apêndice B).

#### 3.3.2 2ª Etapa - Capacitação Processo de Enfermagem

A capacitação em processo de enfermagem foi realizada em três encontros ocorridos nos meses de março a abril de 2019, nas dependências do cenário do estudo. Para tanto, uma sala de aula foi reservada, a programação da capacitação foi elaborada e ministrantes *experts* no tema foram convidados.



Cada tema da capacitação foi oferecido duas vezes, em duas semanas consecutivas, para atingir o maior número de enfermeiros, dentro da carga horária dos profissionais.

Para que a unidade não ficasse desprovida de enfermeiro, foi providenciada pela Gerência de Enfermagem uma escala de cobertura para os períodos de capacitação. O programa da capacitação desenvolvido é apresentado no Apêndice B.

O convite para participação em cada encontro da capacitação foi reforçado através da Gerência de Enfermagem.

Avaliação do curso foi realizada de forma anônima pelos participantes e abrangeu os seguintes itens: 1- referente ao tema: objetivo, conteúdo, metodologia e material didático utilizado; 2- quanto ao instrutor: domínio do conteúdo, clareza, objetividade e interação com os participantes; 3- quanto ao local: localização, acomodações, iluminação e ventilação. Em questionário aplicado durante a capacitação, para manutenção do anonimato dos participantes adotou a codificação Enf 1 – Enf 44 de acordo com a ordem de entrega dos instrumentos. O modelo utilizado é apresentado no Anexo C.

### **3.3.3 3ª Etapa- Mapeamento Cruzado**

Para o desenvolvimento do mapeamento cruzado, primeiramente identificaram-se os problemas em saúde mais frequentemente encontrados nas unidades cenários deste estudo, estes achados foram cruzados com as taxonomias dos diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) e das intervenções e atividades de enfermagem da NANDA-I (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).

As regras estabelecidas para o mapeamento cruzado neste estudo são apresentadas sequencialmente:

- a) selecionar os problemas em saúde dos pacientes registrados em históricos/registo de enfermagem das diversas unidades de internação participantes no cenário do estudo, internados no momento da atividade. Os critérios para seleção dos históricos/registros de enfermagem foram: os pacientes com maior grau de dependência da unidade, em ordem decrescente até atingir o percentual mínimo de 60% do total de leitos da unidade. Importante salientar que dos históricos/registros foram excluídos dados de identificação do paciente para preservar o sigilo dos mesmos. Para seleção realizou-se leitura exaustiva do conteúdo e registrou-se em arquivo próprio para este fim (etapa realizada pela pesquisadora principal deste estudo);
- b) agrupar por similaridade os problemas identificados com verificação dos problemas

mais frequentes ocorridos em cada unidade cenário deste estudo (etapa realizada pela pesquisadora principal deste estudo);

c) cruzar os problemas em saúde encontrados com as características definidoras ou os fatores relacionados dos diagnósticos da NANDA- I com seleção e registro dos títulos dos diagnósticos eleitos, devendo ser dez diagnósticos com foco no problema, dois diagnósticos de risco e dois de promoção da saúde por unidade cenário deste estudo (etapa realizada pela pesquisadora principal deste estudo);

d) apresentar os achados do cruzamento dos problemas em saúde com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I aos enfermeiros por grupo de atuação segundo unidade incluída no estudo para consenso dos conteúdos, registrando os resultados em diário de campo;

e) cruzar os diagnósticos de enfermagem, eleitos na etapa anterior do mapeamento cruzado, com a taxonomia NIC para seleção das intervenções e atividades de enfermagem prioritárias para o planejamento de enfermagem;

f) apresentar os achados do cruzamento dos diagnósticos de enfermagem com a intervenções de enfermagem da NANDA-I

g) aos enfermeiros por grupo de atuação segundo unidade incluída no estudo para consenso dos conteúdos, registrando os resultados em diário de campo.

Os resultados do mapeamento cruzado foram registrados em diário de campo, no formato de quadros construídos no Programa *Word* da *Microsoft* que deram origem ao banco de dados objeto desta investigação.

### **3.3.4 4ª Etapa- Construção do Banco de Dados**

Para criação do banco de dados elaboraram-se quadros contendo as seguintes informações: títulos dos diagnósticos de enfermagem, com seus respectivos códigos, página para acesso, definições, fatores relacionados ou de risco; título das intervenções de enfermagem com seus respectivos códigos, definições e as atividades de enfermagem para resolução dos problemas em saúde segundo a NANDA Internacional no *Programa Word* da *Microsoft*.

## **3.4 FASE DE ANÁLISE**

A fase da análise das informações, segundo a PCA, é dividida em quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, SILVA,

2014).

### **3.4.1 Processo de apreensão**

Este processo na PCA inicia-se com a coleta de informações que serão registradas para análise posterior (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Neste estudo os dados apreendidos equivalem as informações/dados coletadas na capacitação dos profissionais e na realização do mapeamento cruzado. Ressalta-se que os registros da coleta foram organizados em ordem cronológica, com número do encontro, e identificação dos participantes. Todas as informações ficaram sob a guarda exclusiva da autora principal deste estudo.

### **3.4.2 Processo de síntese**

Trata-se da parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

É um processo que agrega elementos diferentes, concretos ou abstratos e os une num relato coerente buscando conhecer a situação estudada. Nesta etapa o pesquisador adquire o conhecimento necessário para propor as mudanças e as estratégias a serem adotadas para atingir o objetivo estabelecido (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Neste estudo, como preconiza a PCA, a análise ocorreu concomitante a coleta de dados, o que permitiu a construção do banco de dados, objeto desta investigação.

Cabe destacar que o banco de dados caracteriza a construção de um produto, uma inovação para mudança da prática no cenário em questão.

### **3.4.3 Processo de teorização**

Inclui o processo de identificação, definição e de construção de relações permitindo a formulação de uma teoria. Na PCA o pesquisador pode optar entre ampliar ou manter a pesquisa podendo também encerrar-se com as mudanças e/ou inovações em andamento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A finalização da teorização ocorreu com a inferência sobre os resultados do estudo, apresentadas principalmente no manuscrito construído que compõem o capítulo resultados deste estudo. Para inferência utilizaram-se os conteúdos da revisão de literatura já apresentados anteriormente e outros conteúdos disponibilizados em publicações científicas

atualizadas.

#### **3.4.4 Processo de transferência**

A transferência na PCA consiste na contextualização dos resultados com situações similares à prática em questão, com a intenção de transferência e socialização desses resultados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A divulgação dos resultados deste estudo ocorrerá no cenário do estudo, no Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em eventos e periódicos científicos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta dissertação são apresentados de acordo com a Normativa 01/MPENF/2014 do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da UFSC. Assim, apresentam-se neste capítulo o relato das atividades desenvolvidas e produtos construídos e um manuscrito, intitulado, Mapeamento cruzado: problemas em saúde, diagnósticos e intervenções de enfermagem para a sistematização da assistência de enfermagem.

### **4.1 RELATOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

#### **4.1.1 Encontros de pactuação**

Foram realizados 44 encontros com os enfermeiros das unidades de internação cirúrgica, clínica médica e ortopedia, neurocirurgia, neurologia, de terapia intensiva, de hemodiálise nos turnos diurno e noturno, sendo aplicados 92 termos de consentimento. Nos encontros era apresentado o objetivo do estudo e eram esclarecidas as dúvidas necessárias, obteve-se retorno de anuência de participação de 49 enfermeiros.

Dos enfermeiros incluídos no estudo, três eram do sexo masculino e 46 do sexo feminino. Quanto ao tempo de atuação na instituição apenas seis trabalhavam a menos de cinco anos, 19 trabalham entre cinco e dez anos, 16 trabalham entre dez e 20 anos e oito trabalham a mais de 20 anos. Dez deles eram coordenadores das áreas de internação. Quanto ao tempo de formação, todos possuíam mais de dez anos de graduação e também possuíam pós-graduação (especialização), apenas três deles possuíam mestrado.

#### **4.1.2 Capacitação processo de enfermagem**

A capacitação foi desenvolvida conforme planejamento e relatado a seguir.

### **Temática 1: Oficina para capacitação em processo de enfermagem com desenvolvimento dos temas: teorias de enfermagem, processo de enfermagem e histórico de enfermagem**

Inicialmente registra-se que a capacitação foi ofertada para as unidades incluídas no estudo e para outros profissionais interessados nas temáticas.

Ministrado por enfermeiro convidado com expertise no tema, teve carga horária de 4 horas e foi realizada no período vespertino. Foram utilizados recursos audiovisuais, aula expositivo-dialogada e oficina de trabalho onde os enfermeiros desenvolveram o raciocínio a partir de casos fictícios previamente elaborados para o desenvolvimento do processo de enfermagem.

Este primeiro tema da capacitação teve como objetivo a abordagem do “Desenvolvimento do raciocínio clínico e Teorias de Enfermagem”, com duração de 3 horas e 40 minutos e participação de 20 enfermeiros. Neste conteúdo os ministrantes explanaram sobre as proposições básicas das principais teorias de enfermagem, além dos conceitos, proposições estruturais e funcionais da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, bem como o foco, a ação, a área de atuação e a metodologia proposta pela teórica em sua teoria. Também foi enfatizada a importância de uma coleta de dados adequada abordando o paciente na sua integralidade.

Esta primeira capacitação teve importância, pois mostrou aos participantes que a teoria de enfermagem está presente na forma de olhar o paciente e avaliar suas necessidades como exemplificado na seguinte fala “*Na graduação quando a gente aprende as teorias parece uma coisa muito distante, e agora na prática dá pra ver que a teoria está no dia a dia...*” (Enf.1).

Como a instituição ainda não utiliza todas as fases do processo de enfermagem inicialmente parecia uma tarefa difícil de ser realizada, porém após a apresentação do tema feito com muita habilidade pelo ministrante, os enfermeiros demonstraram que a avaliação do paciente era uma atividade realizada rotineiramente, porém ainda não registrada no prontuário do paciente como na fala “*Quando tu entras no quarto e pergunta como ele passou a noite já está fazendo uma avaliação só que a gente não escreve isso*” (Enf. 5).

A capacitação contribuiu também para evidenciar a necessidade de outros momentos que proporcionem a discussão de casos e situações apresentadas na prática dos enfermeiros com o objetivo de desenvolver um raciocínio mais apurado das situações, onde os enfermeiros possam ir além do cotidiano.

Para tomar uma decisão adequada quanto à conduta a ser implementada o enfermeiro

precisará reconhecer evidências sobre a situação que está investigando, conseguir diferenciar uma situação de outra similar ou parecida e concluir o seu pensamento a partir de dois ou mais juízos relacionados, previamente conhecidos (CARVALHO; KUMAKURA; MORAIS, 2017).

Para Avelino, Costa, Buchhorn, Nogueira e Goyatá (2017), o processo de raciocínio clínico em enfermagem, baseado em uma metodologia problematizadora, possibilita uma reflexão contínua e crítica da situação, a partir de uma situação real vivenciada pelo enfermeiro, sendo que uma construção coletiva permite que o enfermeiro entenda fenômenos antes desconhecidos, provocando mudanças no seu modo de pensar e agir.

Também para Cerullo e Cruz (2010), o desenvolvimento do raciocínio clínico tem o objetivo de aprimorar as ações e decisões assistenciais do enfermeiro, estando presente no diagnóstico de enfermagem, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos.

## **Temática 2: Exame físico**

Este tema também foi ministrado por um enfermeiro *expert*, assim, foi discorrido o conteúdo abrangendo todas as etapas do exame físico, sendo elas: avaliação neurológica, cabeça e pescoço, respiratória, cardiovascular, abdominal, aparelho locomotor e genitais. Neste segundo tema estiveram presentes 19 enfermeiros e com duração de 2 horas e 40 minutos.

Inicialmente a ministrante apresentou os aspectos gerais do exame físico, destacando a importância para o processo de enfermagem e a realização das etapas propedêuticas. Dando sequência, a ministrante apresentou vídeos sobre as etapas do exame físico e aplicou-se um questionário com os participantes, onde cada enfermeiro realizava um autoavaliação assinalando se realizava ou não a etapa apresentada e caso negativo discorria o motivo a cada etapa do exame físico discutida, com intervalos entre os vídeos para que tivessem tempo para as respostas. Os questionários foram sendo preenchidos durante a capacitação e somente foram recolhidos no término da mesma.

Os vídeos detalharam a realização do exame físico, ou seja, iniciou-se com a avaliação neurológica e ao término do vídeo discutiu-se o conteúdo visualizado e comparou-se com as respostas registradas nos questionários. Uma discussão coletiva sobre a prática e a teoria. Assim, sucessivamente os sistemas corporais foram revisitados, em um processo de revisão de conteúdo e avaliação da conduta dos profissionais na prática diária e o reflexo sobre no

planejamento de enfermagem.

A avaliação das respostas ao questionário aplicado evidenciou que os enfermeiros não realizam o exame físico na íntegra e apontou pontos de fragilidade como as falas “*não me sinto segura para realizar a ausculta cardíaca, se o paciente internar por problemas cardíacos leio o diagnóstico médico*” (Enf. 7) e também “*A falta de treino/conhecimento nos limita*” (Enf.3)

Para os autores Barros (2016, p. 516)

o exame físico, representa o primeiro momento de contato físico com o paciente e as preocupações do enfermeiro em relação a sua competência para a realização dessa prática, bem como a manifestação de sentimentos como medo, ansiedade e insegurança, podem interferir diretamente na sua execução, ocasionando frustrações e receios diante do paciente. Por essa razão, tais questões devem ser consideradas.

Esta capacitação foi bastante produtiva tanto pela metodologia utilizada e principalmente por ter evidenciado nos comentários dos enfermeiros, a fragilidade dos enfermeiros no que se refere ao exame físico, fato que prejudica a rotina diária do trabalho pois uma vez que o enfermeiro não possui domínio no exame físico não consegue avaliar seu paciente na integralidade, prejudicando a eficácia do profissional. Surgiu assim a necessidade de trabalhar este tema de forma mais detalhada e continuada na educação permanente e até mesmo criar coletivamente um instrumento que direcione e proporcione maior segurança ao profissional na realização do exame físico.

### **Temática 3: Diagnósticos e intervenções de Enfermagem segundo a Taxonomia NANDA-I**

O terceiro tema de capacitação foram os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia NANDA-I. Tendo carga horária de 4 horas e como as demais sendo realizada no período vespertino, contando com a participação de 18 enfermeiros. Outra *experts* na temática foi convidada para ministrar o conteúdo. A aula foi expositivo-dialogada, com utilização de recursos audiovisuais.

A abordagem iniciou com introdução teórica sobre a sistematização e conceituação da NANDA-I e incluiu a elaboração de afirmativas de diagnósticos, sua classificação (diagnósticos reais, de promoção à saúde, de risco e de síndrome) e seus componentes (enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados), todos fundamentados a partir da classificação diagnóstica da NANDA-I (2018-2020) abrangendo ainda os resultados e intervenções de enfermagem, utilizando o modelo de sete eixos da taxonomia. A aula foi expositivo-dialogada, com utilização de recursos



audiovisuais.

Ao final da exposição foi realizado um exercício teórico-prático a partir de caso fictício apresentado no Anexo B, para que os enfermeiros conseguissem analisar e levantar os problemas de enfermagem, elaborando os diagnósticos e estabelecendo os resultados a serem alcançados utilizando a taxonomia NANDA-I. Para isto os enfermeiros reuniram-se em pequenos grupos de dois ou três participantes e pode-se observar que surgiu uma discussão sobre os fatos que o caso apresentava e com a observação conclui que estavam chegando aos diagnósticos clínicos.

Novamente pode-se concluir que por não utilizar o processo de enfermagem os enfermeiros faziam suas conclusões no que estavam mais habituados, ou seja, os diagnósticos clínicos, por exemplo, glicemia alterada correspondia a diabetes mellitus, neste ponto o mediador fazia as observações levando-os a raciocinar do ponto de vista da enfermagem, chegando assim aos diagnósticos da NANDA-I. Consideramos que a atividade teve seu objetivo proposto alcançado, pelas evidências das falas dos participantes nas discussões já que cada participante relatava o diagnóstico encontrado e justificava suas respostas pelos indícios encontrados no texto.

Neste encontro não foi realizada avaliação escrita sendo realizada apenas uma avaliação oral dos participantes, surgindo alguns depoimentos como os exemplificados:

*“A capacitação serviu para resgatar e relembrar teorias já estudadas e aprendidas”* (Enf. 1);

*“Foi a oportunidade de resgatar o aprendizado, e aplicar o conteúdo na prática e favorecer a troca de experiências”* (Enf. 2),

*“Enriqueceu mais meu conhecimento sobre a SAE, porém precisaria de mais educação continuada”* (Enf.3).

Ao término dos encontros foi aplicado questionário de avaliação apresentado no Anexo C com os enfermeiros participantes, com o auxílio das listas de presença os enfermeiros foram contactados nas suas unidades de trabalho. Para cada aspecto avaliado o enfermeiro tinha a opção de cinco respostas (Detestei, Não Gostei, Indiferente, Gostei, Amei), disponibilizadas em escala Likert. As respostas obtidas foram submetidas às medidas de frequência e são apresentadas na tabela 1, desconsideradas as opções DETESTEI, NÃO GOSTEI e INDIFERENTE, pois não foram assinaladas.

Tabela 1 – Avaliação da capacitação – temática. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Conteúdos avaliados</b>	<b>Gostei n (%)</b>	<b>Amei n (%)</b>
Atendimento ao objetivo do curso	36 (86%)	6 (14%)
Conteúdo trabalhado	36 (86%)	6 (14%)
Metodologia utilizada	36 (86%)	6 (14%)
Material didático disponibilizado	36 (86%)	6 (14%)
Domínio do conteúdo	40 (95%)	02 (5%)
Clareza e objetividade	41 (97%)	1 (2%)
Interação com participantes	40 (95%)	2 (5%)
Localização	42 (100%)	-
Iluminação/ventilação	42 (100%)	-

Fonte: Elaborado pela autora.

Realizando uma análise da avaliação da capacitação e considerando os números alcançados na avaliação, pode-se concluir que trouxe vantagens para o serviço, pois a grande maioria gostou do tema. Porém, um desafio a ser alcançado é que o conhecimento adquirido na capacitação se transforme em competência e habilidades para o trabalho.

## 4.2 MAPEAMENTO CRUZADO

### 4.2.1 Mapeamento cruzado entre os problemas em saúde e os diagnósticos de enfermagem

Após a fase de capacitação iniciou-se o mapeamento cruzado para seleção dos diagnósticos de enfermagem. Na primeira etapa do mapeamento, a autora principal deste estudo realizou a seleção dos problemas em saúde dos pacientes registrados no histórico de enfermagem, o que totalizou 60 horas de investigação.

A seleção de prontuários ocorreu nos meses de abril, maio e junho de 2019. Foram selecionados 166 históricos de enfermagem das unidades participantes da pesquisa. Os prontuários foram selecionados buscando atender os critérios de prioridade por gravidade do quadro clínico do paciente, conforme descrito no método desta dissertação. Das unidades incluídas na investigação analisou-se entre 61% a 100% dos prontuários, assim, atendendo ao planejamento, que definia a coleta mínima de 60%.

Tabela 2 – Quantitativo de prontuários selecionados segundo unidade de internação incluída no estudo. Florianópolis, SC, Brasil. 2020

<b>Unidades</b>	<b>Leitos /pacientes n</b>	<b>Prontuários selecionados n (%)</b>
Unidade de hemodiálise	132	87 (66%)
Cirúrgica	18	12 (67%)
Clínica médica	48	32 (67%)
Neurocirurgia	18	11 (61%)
Neuro clinica	14	14 (100%)
Intensivo	14	10 (71%)
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>166 (100%)</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os históricos de enfermagem dos pacientes admitidos nas unidades de trabalho (Unidade de hemodiálise, UTI, internação cirúrgica, clínica médica e ortopedia, neurologia e neurocirurgia) foram registrados pelos enfermeiros assistenciais durante o período de janeiro a maio de 2019, o documento encontra-se no sistema informatizado e é apresentado no Anexo D. O critério estabelecido foi maior grau de dependência ou de maior gravidade, a seleção dos prontuários foi realizada pela enfermeira autora principal deste trabalho que definiu dentre os pacientes internados nas unidades participantes, chegando minimamente a 60% do número de pacientes internados na data de levantamento dos dados. O acesso ao histórico de enfermagem no prontuário eletrônico ocorreu através do sistema *Micromed* pela autora do estudo.

Os históricos de enfermagem foram lidos exaustivamente pela autora principal deste estudo, os problemas em saúde identificados na leitura foram registrados em diário de campo, agrupados por similaridade, quando os problemas mais frequentes foram identificados. Todos os dados foram digitados em quadros construídos no Programa *Word* da *Microsoft* (Quadros 2-13).

Com os problemas em saúde encontrados nos históricos de enfermagem foram cruzados com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), selecionados inicialmente pelos domínios e títulos dos diagnósticos, os que seriam mais prováveis. A confirmação dos títulos ocorreu através do cruzamento com as características definidoras ou fatores de riscos, com a interpretação de termos relacionados, sinônimos ou conceitos similares o que aumentou as combinações parciais. Este cruzamento exigiu a dedicação de aproximadamente 100 horas de atividade.

Após este levantamento, os diagnósticos encontrados foram apresentados aos enfermeiros que ainda puderam eleger outros diagnósticos de enfermagem que não haviam

sido identificados pela pesquisadora.

Após isso e com o consenso dos envolvidos confirmaram-se os diagnósticos para inclusão no banco de dados. No método havia sido previsto um encontro de 4 horas com cada grupo de enfermeiros, porém, três a quatro encontros foram necessários para conclusão das atividades do mapeamento cruzado. Assim, foram realizados 15 encontros com todas as unidades incluídas e foram incluídos 18 enfermeiros nesta etapa. O número de enfermeiros por unidade será apresentado sequencialmente. O total de horas dispensadas para realização desta etapa do mapeamento cruzado foi de aproximadamente 60 horas.

Após a seleção final foram eleitos por anuência 32 diagnósticos com foco no problema e 13 diagnósticos de risco, ultrapassando, assim, a meta deste estudo que era de 14 diagnósticos para inserção no banco de dados.

Entretanto, o mapeamento cruzado não selecionou diagnóstico de promoção da saúde não atingiu o objetivo, acredito que se deve primeiramente ao fato dos enfermeiros da instituição não estarem familiarizados com os diagnósticos de enfermagem e também pelo fato dos profissionais relacionarem estes diagnósticos com a atenção primária, cabendo ao hospital um enfoque mais assistencial.

Dentre os diagnósticos com foco no problema acordados, alguns se destacaram quanto à frequência nos registros dos problemas em saúde registrados nos históricos de enfermagem e cruzamento com a taxonomia dos diagnósticos da NANDA-I, sendo eles: Ansiedade, Confusão aguda, Conhecimento deficiente, Constipação, Déficit no Autocuidado para banho, Déficit no Autocuidado para alimentação, Deglutição prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Diarreia, Dor aguda, Dor crônica, Eliminação Urinária Prejudicada, Estilo de vida sedentário e Integridade tissular prejudicada.

Os diagnósticos de risco estão na seção do livro NIC, na 6<sup>o</sup> edição, onde apresenta as ligações entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA I e associa com as intervenções de enfermagem, fazendo com que ambos ocorram concomitante, por este motivo, muitas intervenções não apresentam o código da intervenção.

Quanto aos diagnósticos de risco destacaram-se: Risco de Glicemia, Risco de lesão por pressão, Risco de aspiração, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de infecção, Risco de reação alérgica, Risco de integridade tissular prejudicada, Risco de quedas, Risco de pressão arterial instável e Risco de integridade da pele prejudicada.

A seguir apresenta-se a caracterização de cada unidade onde o estudo foi realizado e o mapeamento cruzado entre os problemas em saúde e os diagnósticos de enfermagem.

#### 4.2.1.1 Unidade de Internação Cirúrgica 4º andar

Localizada no 4º andar, conta com 18 leitos, destinado a pacientes submetidos às cirurgias de diversas especialidades. Atuam nesta unidade seis enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, participaram do mapeamento cruzado três enfermeiros.

Para seleção dos problemas em saúde foram analisados 12 históricos de enfermagem, sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino. As idades os pacientes oscilaram entre 19 e 65 anos.

O mapeamento cruzado realizado é apresentado nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Unidade de Internação Cirúrgica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>
Tetraplegia Musculatura hipotrófica Auxílio para banho	Déficit no autocuidado para banho Código 00108 Pg. 241	Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água Capacidade prejudicada de acessar o banheiro Capacidade prejudicada de lavar o corpo Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho Capacidade prejudicada de regular a água do banho Capacidade prejudicada de secar o corpo	Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída
Tetraplegia Musculatura hipotrófica Auxílio para banho	Mobilidade no leito prejudicada Código 00237 Pg. 221	Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição prona e a supina Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada e a supina Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada prolongada e a supina Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro	Conhecimento insuficiente sobre estratégias de mobilidade Dor Falta de condicionamento físico Força muscular insuficiente Obesidade
Faltas de dentes	Dentição prejudicada Código 00048 Pag. 379	Dentes desgastados Dentes frouxos Descoloração do esmalte Dor de dente Erosão do esmalte Erupção incompleta dos dentes para a idade Excesso de placa Excesso de tártaro Fratura de dente Halitose Má oclusão Mal alinhamento dos dentes Perda prematura de dentes primários	Desnutrição Dificuldade de acesso a cuidados dentários Hábitos alimentares inadequados Higiene oral inadequada Ingestão excessiva de flúor Uso excessivo de agentes de limpeza oral abrasivos Uso habitual de substância que mancha

Diarreia Dor abdominal	Diarreia Código 00013 Pg. 202	Cólicas Dor abdominal Evacuações de fezes líquidas, > 3 em 24 horas Ruídos intestinais hiperativos Urgência intestinal	Abuso de laxantes Altos níveis de estresse Ansiedade
Ferida operatória Ferida operatória aberta Dor Aguda	Dor aguda Código 00133 Pg. 437	Alteração no apetite Alteração no parâmetro fisiológico Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor Comportamento de distração Comportamento protetor Desesperança Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente Expressão facial de dor Foco em si próprio Posição para aliviar a dor Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades	Agente biológico lesivo Agente físico lesivo Agente químico lesivo
Lesão por Pressão	Integridade tissular prejudicada Código 00044 Pg. 387	Área localizada quente ao toque Dano tecidual Dor aguda Hematoma Sangramento Tecido destruído Vermelhidão	Agente químico lesivo Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular
Fluido em acesso periférico	Integridade da pele prejudicada Código 00046 Pg. 385	Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão	Estado nutricional desequilibrado Umidade Volume de líquidos deficiente Volume de líquidos excessivo Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade Internas Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Dorme pouco	Insônia Código 00095 Pg. 211	Acordar cedo demais Alteração na concentração Alteração no afeto Alteração no humor Alteração no padrão de sono Aumento de acidentes Aumento do absenteísmo Dificuldade para iniciar o sono	Ansiedade Barreira ambiental Cochilos frequentes durante o dia Consumo de álcool Depressão Desconforto físico Estressores

		Dificuldade para manter o sono Distúrbio do sono que produz consequências no dia seguinte Energia insuficiente Estado de saúde comprometido Insatisfação com o sono Padrão de sono não restaurador Redução na qualidade de vida	Higiene do sono inadequada Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Medo Pesar
Náusea Vômito	Náusea Código 00134 Pg. 440	Ânsia de vômito Aversão à comida Deglutição aumentada Sabor amargo Salivação aumentada	Ansiedade Estímulos ambientais nocivos Estímulos visuais desagradáveis Exposição a toxinas Medo Sabores nocivos
Relato de sede	Volume de líquido deficiente Código 00027 Pg. 181	Alteração no estado mental Alterações no turgor da pele Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento na concentração urinária Diminuição da pressão arterial Diminuição da pressão de pulso Diminuição do débito urinário Diminuição do enchimento venoso Diminuição do turgor da língua Diminuição do volume do pulso Fraqueza Hematócrito aumentado Membranas mucosas ressecadas Pele ressecada Perda súbita de peso Sede	Barreira ao acesso a líquidos Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos Ingestão de líquidos insuficiente

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 - Unidade de Internação Cirúrgica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Problemas em Saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Fatores de Risco</b>
Traqueostomia	Risco de infecção Código 00004 Pg. 374	Alteração na integridade da pele Alteração no peristaltismo Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição Estase de líquidos orgânicos Obesidade Tabagismo Vacinação inadequada
Lesão por pressão	Risco de integridade tissular prejudicada Código 00248 Pg. 388	Agente químico lesivo Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular Estado nutricional desequilibrado Umidade Volume de líquidos deficiente Volume de líquidos excessivo Estado nutricional desequilibrado

Relato do enfermeiro de dificuldades na marcha devido a dor e também relacionado ao ambiente hospitalar que é desconhecido para o paciente	Risco de quedas Código 00155 Pg. 396	<p><b>Ambientais</b></p> <p>Ambiente cheio de objetos Cenário pouco conhecido Exposição a condições atmosféricas inseguras Iluminação insuficiente Material antiderrapante insuficiente nos banheiros Uso de imobilizadores Uso de tapetes soltos</p> <p><b>Fisiológicos</b></p> <p>Alteração na glicemia sanguínea Ausência de sono Desmaio ao estender o pescoço Desmaio ao virar o pescoço</p>
Relato do enfermeiro de utilização de muitas medicações que o paciente não tenha utilizado anteriormente	Risco de reação alérgica Pg. 421	<p>Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno ambiental Exposição a substância química tóxica</p>
Relato do enfermeiro devido a pacientes internarem na unidade com dificuldade de mobilização e utilização de fraldas.	Risco de lesão por pressão Código 00249 Pg. 393	<p>Atrito em superfície Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de lesão por pressão Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Déficit no autocuidado Desidratação Forças de cisalhamento Hidratação da pele Hipertermia Incontinência Nutrição inadequada Pele com descamação Pele ressecada Período prolongado de imobilidade em superfície rija Pressão sobre saliência óssea Redução na mobilidade Sobrepeso Tabagismo Uso de lençóis com propriedade de redução da umidade insuficiente</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2.2.2 Unidade Terapia Intensiva

Localizada no 3º andar conta com 14 leitos, sendo dois reservados para os pacientes em isolamento onde são internados pacientes das mais diversas especialidades. A equipe de enfermagem é formada por 13 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem. Participaram do mapeamento cruzado cinco enfermeiros.

Para seleção dos problemas em saúde foram analisados dez históricos de enfermagem sendo seis do sexo masculino e quatro femininos. Quanto à idade variou de 20 a 73 anos.

O mapeamento cruzado realizado é apresentado nos quadros 4 e 5.



Quadro 4 - Unidade de Terapia Intensiva – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>
Constipação Abdome globoso RHA diminuído	Constipação Código 00011 Pg. 195	Abdome distendido Anorexia Aumento da pressão intra-abdominal Borborigmo Cefaleia Dor abdominal Dor ao evacuar Fezes formadas endurecidas Fezes líquidas Flatulência excessiva Incapacidade de defecar Maciez à percussão abdominal Massa abdominal palpável Massa retal palpável Redução na frequência das fezes Redução no volume das fezes Ruídos intestinais hiperativos Ruídos intestinais hipoativos Sangue vermelho vivo nas fezes Sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável	Abuso de laxantes Alteração nos hábitos alimentares Confusão Costume de ignorar a urgência para defecar Depressão Desidratação Fraqueza dos músculos abdominais Hábitos alimentares inadequados Hábitos de evacuação irregulares Hábitos de higiene íntima inadequados Higiene oral inadequada Ingestão de fibras insuficiente Ingestão de líquidos insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Motilidade gastrointestinal diminuída Mudança ambiental recente Obesidade Transtorno emocional
Uso de droga vasoativa	Débito cardíaco diminuído Código 00029 Pg. 226	Frequência/ritmo cardíaco alterado Alteração no eletrocardiograma (ECG) Bradycardia Taquicardia Pré carga alterada Aumento da pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) Aumento da pressão venosa central (PVC) Diminuição da pressão venosa central (PVC) Distensão da veia jugular Edema Fadiga Ganho de peso Sopro cardíaco Pós-carga alterada Alteração na pressão arterial Cor da pele anormal Dispneia Oligúria Pele pegajosa Pulsos periféricos diminuídos Contratilidade alterada	A serem desenvolvidos

		Tosse Fração de ejeção diminuída	
Hipertermia	Hipertermia Código 00007 Pg. 425	Apneia Coma Convulsão Estupor Hipotensão Irritabilidade Letargia Pele quente ao toque Postura anormal Pele ruborizada Taquicardia Taquipneia Vasodilatação	Atividade vigorosa Desidratação Roupas inadequadas
Acesso venoso profundo Acesso arterial Introdutor na femoral Incisão cirúrgica Escoriações diversas Lesão por pressão	Integridade da pele prejudicada Código 00046 Pg. 385	Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão	<b>Externos</b> Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade <b>Internos</b> Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Acesso venoso profundo Acesso arterial Introdutor na femoral Incisão cirúrgica Escoriações diversas Lesão por pressão	Integridade tissular prejudicada Código 00044 Pg. 387	Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dano tecidual Dor aguda Hematoma Sangramento Tecido destruído Vermelhidão	Estado nutricional desequilibrado Umidade Volume de líquidos deficiente Volume de líquidos excessivo
Tubo orotraqueal Ventilação invasiva Sedação Secreção traqueal purulenta	Padrão respiratório ineficaz Código 00032 Pg. 229	Bradipneia Capacidade vital diminuída Diminuição da pressão expiratória Diminuição da pressão inspiratória Dispneia Excursão torácica alterada Fase de expiração prolongada Padrão respiratório anormal Ventilação-minuto diminuída	Ansiedade Dor Fadiga Fadiga da musculatura respiratória Hiperventilação Obesidade
Palidez da pele Edema	Perfusão tissular periférica ineficaz Código 00228 Pg. 233	A cor não volta à perna quando esta é baixada após 1 minuto de sua elevação Alteração em característica da pele Alteração na função motora Ausência de pulsos periféricos Claudicação intermitente Cor da pele pálida na elevação	Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Entrada excessiva de sódio Estilo de vida sedentário Tabagismo Condições associadas Diabetes melito

		<p>de membro</p> <p>Diminuição da pressão arterial nas extremidades</p> <p>Dor em extremidade</p> <p>Edema</p> <p>Parestesia</p>	<p>Hipertensão</p> <p>Procedimento intravascular</p> <p>Trauma</p>
<p>Ventilação não invasiva</p>	<p>Resposta disfuncional ao desmame ventilatório</p> <p>Código 00034</p> <p>Pg. 235</p>	<p>Aumento da concentração na respiração</p> <p>Aumento leve da frequência respiratória acima dos valores basais</p> <p>Desconforto respiratório</p> <p>Fadiga</p> <p>Inquietação</p> <p>Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (&lt; 20 bpm)</p> <p>Aumento da pressão arterial em relação aos parâmetros basais (&lt; 20 mmhg)</p> <p>Aumento moderado da frequência respiratória acima dos valores basais</p> <p>Agitação</p> <p>Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (<math>\geq</math> 20 bpm)</p> <p>Aumento da pressão arterial em relação aos parâmetros basais (<math>\geq</math> 20 mmhg)</p> <p>Aumento significativo da frequência respiratória em relação aos parâmetros basais</p> <p>Cor da pele anormal</p> <p>Deterioração na gasometria arterial em relação aos valores basais</p> <p>Nível de consciência diminuído</p> <p>Respiração abdominal paradoxal</p> <p>Respiração agônica (tipo gasping)</p> <p>Respiração sem sincronia com o ventilador</p> <p>Respiração superficial</p> <p>Ruídos adventícios respiratórios</p> <p>Uso de musculatura acessória respiratória importante</p>	<p>Alteração no padrão de sono</p> <p>Desobstrução ineficaz das vias aéreas</p> <p>Dor</p> <p>Nutrição inadequada</p> <p><b>Psicológicos</b></p> <p>Ansiedade</p> <p>Baixa autoestima</p> <p>Confiança insuficiente nos profissionais da saúde</p> <p>Conhecimento insuficiente sobre o processo de desmame</p> <p>Desesperança</p> <p>Incerteza quanto à capacidade de desmame</p> <p>Medo</p> <p>Motivação diminuída</p> <p>Sentimento de impotência</p> <p><b>Situacionais</b></p> <p>Apoio social insuficiente</p> <p>Barreira ambiental</p> <p>Episódios não controlados de demanda energética</p> <p>Ritmo inapropriado do processo de desmame ventilatório</p> <p>Condições associadas</p> <p>História de dependência do ventilador por &gt; 4 dias</p> <p>História de tentativas de desmame mal sucedidas</p>
<p>Tubo oro traqueal</p> <p>Ventilação invasiva</p> <p>Sedação</p> <p>Secreção traqueal purulenta</p>	<p>Ventilação espontânea prejudicada</p> <p>Código 00033</p> <p>Pg. 239</p>	<p>Aprensão</p> <p>Aumento da frequência cardíaca</p> <p>Aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>)</p> <p>Aumento da taxa metabólica</p> <p>Cooperação diminuída</p> <p>Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO<sub>2</sub>)</p> <p>Diminuição na saturação arterial de oxigênio (sao<sub>2</sub>)</p> <p>Dispneia</p>	<p>Fadiga da musculatura respiratória</p> <p>Alteração no metabolismo</p>

		Inquietação Uso aumentado da musculatura acessória Volume corrente diminuído	
Diurese baixo débito e concentrada	Volume de líquidos deficiente Código 00027 Pg. 181	Alteração no estado mental Alterações no turgor da pele Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento na concentração urinária Diminuição da pressão arterial Diminuição da pressão de pulso Diminuição do débito urinário Diminuição do enchimento venoso Diminuição do turgor da língua Diminuição do volume do pulso Fraqueza Hematócrito aumentado Membranas mucosas ressecadas Pele ressecada Perda súbita de peso Sede	Barreira ao acesso a líquidos Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos Ingestão de líquidos insuficiente

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5- Unidade de Tratamento Intensivo – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnostico NANDA I</b>	<b>Fatores de risco</b>
Alergia a medicamento	Risco de reação alérgica Código 00217 Pg. 421	Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno ambiental Exposição a substância química tóxica
Sedação	Risco de integridade da pele prejudicada Código 000047 Pg. 386	Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade <b>Internos</b> Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Hipertensão arterial Taquicardia	Risco de pressão arterial instável Código 00267 Pg. 234	Inconsistência com o regime medicamentoso Ortostasia
Diabetes Mellitus	Risco de glicemia instável Código 00179 Pg. 176	Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença

Dieta por sonda enteral	Risco de aspiração Código 00039 Pg. 376	Barreira à elevação da porção superior do corpo Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Motilidade gastrointestinal diminuída Tosse ineficaz
Palidez pele Edema	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Código 00228 Pg. 233	Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Entrada excessiva de sódio Estilo de vida sedentário Tabagismo
Uso de droga vasoativa	Risco de débito cardíaco diminuído Código 00240 Pg. 228	Alteração na contratilidade Alteração na frequência cardíaca Alteração na pós-carga Alteração na pré-carga Alteração no ritmo cardíaco Alteração no volume sistólico

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2.2.3 Setor de clínica médica e ortopedia - 5 º andar

A unidade possui 48 leitos onde são internados pacientes das especialidades de clínica médica, oncohematologia e ortopedia, sendo oito leitos reservados para os pacientes de hospital dia, que são destinados a procedimentos cirúrgicos de curta permanência. Conta com dez enfermeiros e 43 técnicos de enfermagem. Foram coletados 32 históricos com idades variando de 16 a 80 anos. Sendo 18 femininos e 14 masculinos. Os problemas de enfermagem levantados são apresentados nos quadros 6 e 7 e participaram do mapeamento cruzado 4 enfermeiros.

Quadro 6 - Unidade de Internação clínica médica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>
Paciente choroso Ansiedade Insônia	Conforto Prejudicado Código 00214 Pg.434	Alteração no padrão de sono Ansiedade Choro Desconforto com a situação Descontentamento com a situação Incapacidade de relaxar Inquietação Irritabilidade Lamento Medo Prurido Sensação de calor Sensação de desconforto Sensação de fome Sensação de frio Sintomas de sofrimento Suspiros	Controle ambiental insuficiente Controle situacional insuficiente Estímulos ambientais nocivos Privacidade insuficiente Recursos insuficientes
Abdômen globoso RHA diminuído Abdômen timpânico Dieta via sonda	Constipação Código 00011 Pg. 195	Borborigmo Cefaleia Dor abdominal Dor ao evacuar Esforço para evacuar Fadiga Fezes formadas endurecidas Fezes líquidas Flatulência excessiva Incapacidade de defecar Indigestão Macicez à percussão abdominal Massa abdominal palpável Massa retal palpável Mudança no padrão intestinal Presença de fezes macias e pastosas no reto Redução na frequência das fezes Redução no volume das fezes Ruídos intestinais hiperativos Ruídos intestinais hipoativos Sangue vermelho vivo nas fezes Sensação de preenchimento retal Sensação de pressão retal Sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável Sensibilidade abdominal sem resistência muscular palpável Vômito	Depressão Desidratação Fraqueza dos músculos abdominais Hábitos alimentares inadequados Hábitos de evacuação irregulares Hábitos de higiene íntima inadequados Higiene oral inadequada Ingestão de fibras insuficiente Ingestão de líquidos insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Motilidade gastrointestinal diminuída Mudança ambiental recente

<p>Abdômen globoso RHA diminuído Abdômen timpânico Dieta via sonda</p>	<p>Motilidade gastrointestinal disfuncional Código 00196 Pg. 204</p>	<p>Abdome distendido Aceleração do esvaziamento gástrico Ausência de flatos Cólica abdominal Diarreia Dificuldade para defecar Dor abdominal Fezes formadas endurecidas Mudança nos ruídos intestinais Náusea Regurgitação Resíduo gástrico aumentado Resíduo gástrico cor de bÍlis Vômito</p>	<p>Obesidade Transtorno emocional Alteração na fonte de água Alteração nos hábitos alimentares Ansiedade Desnutrição Estilo de vida sedentário Estressores Imobilidade</p>
<p>Necessita de auxílio para caminhar Paresia Diurese em fralda Acuidade visual diminuída</p>	<p>Déficit autocuidado para banho Código 00108 Pg. 241</p>	<p>Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água Capacidade prejudicada de acessar o banheiro Capacidade prejudicada de lavar o corpo Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho Capacidade prejudicada de regular a água do banho Capacidade prejudicada de secar o corpo</p>	<p>Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída</p>
<p>Necessita de auxílio para caminhar Paresia Diurese em fralda Acuidade visual diminuída</p>	<p>Déficit autocuidado para alimentação Código 00102 Pg. 240</p>	<p>Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente Capacidade prejudicada de engolir o alimento Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca Capacidade prejudicada de manipular os alimentos na boca Capacidade prejudicada de manusear os utensÍlios Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos Capacidade prejudicada de pegar a xícara Capacidade prejudicada de pegar os alimentos com os utensÍlios</p>	<p>Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída Desconforto Fadiga Fraqueza</p>
<p>Ausência de dentes</p>	<p>Dentição Prejudicada Código 00048 Pg. 379</p>	<p>Ausência de dentes</p>	<p>Barreira ao autocuidado Conhecimento insuficiente sobre saúde dental Desnutrição Dificuldade de acesso a cuidados dentários</p>

Não pratica atividade física	Estilo de Vida Sedentário Código 00168 Pg. 141	Falta de condicionamento físico Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Preferência por atividades com pouca atividade física	Conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico Interesse insuficiente em atividades físicas Motivação insuficiente para a atividade física
Fluidoterapia Lesão de Pressão Lesões na pele	Integridade da Pele Prejudicada Código -00046	Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque	Externos Agente químico lesivo Excreções
Hematoma periocular	Pg. 385	Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão	Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade <b>Internos</b> Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Dispneia aos esforços Uso de cateter de O2 Tosse produtiva	Troca de gases prejudicada Código 00030 Pg. 207	Batimento de asa do nariz Cefaleia ao acordar Confusão Cor da pele anormal Diaforese Diminuição do nível de dióxido de carbono (CO2) Dispneia Gasometria arterial anormal Hipercapnia Hipoxemia Hipóxia Inquietação Irritabilidade Padrão respiratório anormal Perturbação visual pH arterial anormal Sonolência Taquicardia	A serem desenvolvidas
Edema MMII Edema MMSS Taquicardia	Volume de Líquido Excessivo Código 00026 Pg. 183	Alteração na gravidade específica da urina Alteração na pressão arterial Alteração na pressão arterial pulmonar (PAP) Alteração no estado mental Alteração no padrão respiratório Anasarca Ansiedade Aumento da pressão venosa central (PVC) Azotemia Congestão pulmonar Derrame pleural Desequilíbrio eletrolítico Dispneia Dispneia paroxística noturna Distensão da veia jugular Edema Ganho de peso em um curto	Entrada excessiva de líquidos Entrada excessiva de sódio



		período de tempo Hematócrito diminuído Hemoglobina diminuída Hepatomegalia Ingestão maior que a eliminação Inquietação Oligúria Ortopneia	
Urina concentrada Mucosa oral ressecada Diurese baixo débito Diarreia Secreção traqueal espessa Sonolência Vômitos Náusea Taquicardia Hipotensão	Volume de líquido deficiente Código 00027 Pg.181	Alteração no estado mental Alterações no turgor da pele Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento na concentração urinária Diminuição da pressão arterial Diminuição da pressão de pulso Diminuição do débito urinário Diminuição do enchimento venoso Diminuição do turgor da língua Diminuição do volume do pulso Fraqueza Hematócrito aumentado Membranas mucosas ressecadas Pele ressecada Perda súbita de peso Sede	Barreira ao acesso a líquidos Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos Ingestão de líquidos insuficiente

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7- Unidade de internação de clínica médica – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil.2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Fatores de risco</b>
Alergia a medicamento	Risco de reação alérgica Código 00217 Pg. 421	Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno ambiental Exposição a substância química tóxica
Lesão de Pressão Paresia Diurese em fralda	Risco de lesão por pressão Código 00249 Pg. 393	Atrito em superfície Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de lesão por pressão Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Déficit no autocuidado Desidratação Forças de cisalhamento Hidratação da pele Hipertermia Incontinência Nutrição inadequada Pele com descamação Pele ressecada Período prolongado de imobilidade em superfície rija

		Pressão sobre saliência óssea
Diabetes	Risco de Glicemia Instável Código 00179	Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Controle ineficaz de medicamentos Controle insuficiente do diabetes Estresse excessivo Falta de adesão ao plano de controle do diabetes Ganho de peso excessivo Ingestão alimentar insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Monitoração inadequada da glicemia Não aceita o diagnóstico Perda de peso excessiva
Fluidoterapia Lesão de Pressão Lesões na pele	Risco de infecção Código 00004 Pg. 374	Alteração na integridade da pele Alteração no peristaltismo Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição Estase de líquidos orgânicos Obesidade Tabagismo Vacinação inadequada
Paresia Ausência de dentes Tosse Secreção traqueal espessa	Risco de aspiração Código 00039 Pg. 376	Barreira à elevação da porção superior do corpo Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Motilidade gastrointestinal diminuída Tosse ineficaz

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2.2.4 Unidade neurocirúrgica - 6º andar

É uma unidade com 18 leitos de internação para pacientes da neurocirurgia onde foram coletados onze históricos de enfermagem de pacientes com idades variando de 20 a 85 anos sendo quatro femininos e sete masculinos. A unidade possui uma equipe formada por cinco enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. Os problemas de enfermagem coletados são apresentados nos quadros 8 e 9 e participaram do mapeamento cruzado três enfermeiros.

Quadro 8 - Unidade de Neurocirurgia – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>
Não pratica atividade física Agitação motora Auxílio para deambular	Estilo de vida sedentário Código 00168 Pg. 141	Falta de condicionamento físico Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Preferência por atividades com pouca atividade física	Conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico

<p>Parestesia Alteração na marcha Redução na amplitude dos movimentos Movimentos espásticos</p>	<p>Mobilidade física prejudicada Código 00085 Pg. 219</p>	<p>Alteração na marcha Desconforto Dificuldade para virar-se Dispneia ao esforço Envolvimento em substituições do movimento Instabilidade postural Movimentos descoordenados Movimentos espásticos Movimentos lentos Redução na amplitude de movimentos Redução nas habilidades motoras finas Redução nas habilidades motoras grossas Tempo de resposta prolongado Tremor induzido pelo movimento</p>	<p>Ansiedade Apoio ambiental insuficiente Conhecimento insuficiente sobre o valor da atividade física Controle muscular diminuído Crenças culturais em relação às atividades aceitáveis Depressão Desnutrição Desuso Dor Estilo de vida sedentário Falta de condicionamento físico Força muscular diminuída Intolerância à atividade Massa muscular diminuída Percentil de índice de massa corporal (IMC) &gt; 75 adequado à idade e ao sexo Relutância em iniciar movimentos Resistência diminuída Rigidez articular</p>
<p>Fluidoterapia</p>	<p>Integridade da pele prejudicada Código 00046 Pg. 385</p>	<p>Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão</p>	<p><b>Externos</b> Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade <b>Internos</b> Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada</p>
<p>Dor aguda</p>	<p>Dor aguda Código 00132 Pg. 436</p>	<p>Alteração no apetite Alteração no parâmetro fisiológico Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor Comportamento de distração Comportamento expressivo Comportamento protetor Desesperança Diaforese Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente Expressão facial de dor Posição para aliviar a dor Pupilas dilatadas</p>	<p>Agente biológico lesivo</p>

<p>Auxílio para deambular Auxílio para alimentação Parestesia MMII</p>	<p>Déficit no autocuidado para alimentação Código 00102 Pg. 240</p>	<p>Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente Capacidade prejudicada de engolir o alimento Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca Capacidade prejudicada de manipular os alimentos na boca Capacidade prejudicada de manusear os utensílios Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos Capacidade prejudicada de pegar os alimentos com os utensílios</p>	<p>Ansiedade Barreira ambiental Desconforto Dor Fadiga Fraqueza Motivação diminuída</p>
<p>Auxílio para deambular Auxílio para alimentação Parestesia MMII</p>	<p>Déficit no autocuidado para banho Código 00108 Pg. 241</p>	<p>Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água Capacidade prejudicada de acessar o banheiro Capacidade prejudicada de lavar o corpo Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho Capacidade prejudicada de regular a água do banho Capacidade prejudicada de secar o corpo</p>	<p>Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída</p>
<p>Náusea</p>	<p>Náusea Código 00134 Pg. 440</p>	<p>Ânsia de vômito Aversão à comida Deglutição aumentada Sabor amargo Salivação aumentada</p>	<p>Ansiedade Estímulos visuais desagradáveis Exposição a toxinas Medo Disfunção bioquímica Distensão da cápsula do fígado Distensão da cápsula esplênica Distensão gástrica Doença de Ménière Doença esofágica Doença pancreática Enjoo causado pelo movimento Gravidez Irritação gastrointestinal Labirintite Meningite Pressão intracraniana (PIC) elevada Regime de tratamento Transtorno psicológico Tumor localizado Tumores intra- abdominais</p>

Dispneia aos esforços Uso de cateter de O2	Padrão respiratório ineficaz Código 00032 Pg. 229	Assumir posição de três pontos Batimento de asa do nariz Bradipneia Capacidade vital diminuída Diâmetro anteroposterior do tórax aumentado Diminuição da pressão expiratória Diminuição da pressão inspiratória Dispneia Excursão torácica alterada Fase de expiração prolongada Ortopneia Padrão respiratório anormal Respiração com os lábios franzidos Taquipneia Uso da musculatura acessória para respirar Ventilação-minuto diminuída	Ansiedade Dor Fadiga Fadiga da musculatura respiratória Hiperventilação Obesidade
Dificuldade para dormir Ansiedade	Insônia Código 00095 Pg. 211	Acordar cedo demais Alteração na concentração Alteração no afeto Alteração no humor Alteração no padrão de sono Aumento de acidentes Aumento do absenteísmo Dificuldade para iniciar o sono Dificuldade para manter o sono Distúrbio do sono que produz consequências no dia seguinte Energia insuficiente Estado de saúde comprometido Insatisfação com o sono Padrão de sono não restaurador Redução na qualidade de vida	Ansiedade Barreira ambiental Cochilos frequentes durante o dia Consumo de álcool Depressão Desconforto físico
Uso de sonda vesical	Eliminação urinária prejudicada Código 00016 Pg. 287	Disúria Hesitação Incontinência urinária Noctúria Retenção urinária Urgência urinária Urinar com frequência	Múltiplas causas

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 9 - Unidade Neurocirurgia - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

Problemas em saúde	Diagnóstico Nanda-I	Fatores de risco
Uso de sonda vesical	Risco de infecção Código 00004 Pg. 374	Alteração na integridade da pele Alteração no peristaltismo Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição Estase de líquidos orgânicos Obesidade Tabagismo

		Vacinação inadequada População em risco Exposição a surto de doença Condições associadas
Pressão arterial elevada Edema MMSS Edema MMII	Risco de pressão arterial instável Código 00267 Pg. 234	Inconsistência com o regime medicamentoso Ortostasia
Acuidade visual diminuída Diplopia Confusão mental	Risco de Queda Código 00155 Pg. 396	Ambiente cheio de objetos Cenário pouco conhecido Uso de imobilizadores Alteração na glicemia sanguínea Ausência de sono Diarreia Dificuldades na marcha Incontinência Mobilidade prejudicada Redução da força em extremidade inferior Urgência urinária
Alergia a medicamentos	Risco de reação alérgica Código 00217 Pg. 421	Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno ambiental Exposição a substância química tóxica
Diabetes mellitus	Risco de glicemia instável Código 00179 Pg. 176	Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Controle ineficaz de medicamentos Controle insuficiente do diabetes Estresse excessivo Falta de adesão ao plano de controle do diabetes Ganho de peso excessivo Ingestão alimentar insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Monitoração inadequada da glicemia

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2.2.5 Unidade de Internação Neurologia clínica - 7º andar

Localizada no 7º andar é uma unidade de internação com 14 leitos destinados a neurologia, atuam na unidade sete enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem. Participaram do mapeamento cruzado apenas dois enfermeiros.

Para seleção dos problemas em saúde foram analisados 14 históricos de enfermagem, destes oito pacientes eram do sexo feminino e seis masculinos, com idades variando de 15 a 80 anos.

O mapeamento cruzado realizado é apresentado nos quadros 10 e 11.

Quadro 10 - Unidade de Internação neurologia - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA -I</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>
Não pratica atividade física	Estilo de vida sedentário Código 00168 Pg. 141	Falta de condicionamento físico Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Preferência por atividades com pouca atividade física	Conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico Interesse insuficiente em atividades físicas Motivação insuficiente para a atividade física Recursos insuficientes para a atividade física Treinamento insuficiente para fazer exercício físico
Fluidoterapia Ferida operatória Lesão por pressão	Integridade da pele prejudicada Código 00046 Pg. 385	Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão	Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Dor aguda Cefaleia	Dor aguda Código 00132 Pg. 436	Alteração no apetite Alteração no parâmetro fisiológico Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor Comportamento de distração Comportamento expressivo Comportamento protetor Desesperança Diaforese Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada Expressão facial de dor Foco em si próprio Foco estreitado Posição para aliviar a dor Pupilas dilatadas Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades	Agente biológico lesivo Agente físico lesivo Agente químico lesivo

<p>Urina concentrada Urina em baixo volume Diarreia Vômitos</p>	<p>Volume de líquidos deficiente Código 00027 Pg. 181</p>	<p>Alteração no estado mental Alterações no turgor da pele Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento na concentração urinária Diminuição da pressão arterial Diminuição da pressão de pulso Diminuição do débito urinário Diminuição do enchimento venoso Diminuição do turgor da língua Diminuição do volume do pulso Fraqueza Hematócrito aumentado Membranas mucosas ressecadas Pele ressecada Sede</p>	<p>Barreira ao acesso a líquidos Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos Ingestão de líquidos insuficiente</p>
<p>Falta de dentes Deglutição prejudicada Dieta por SNG Engasga ao engolir Não deglute líquidos</p>	<p>Deglutição prejudicada Código 00103 Pg. 159</p>	<p>Ação ineficaz da língua na formação do bolo alimentar Acúmulo de bolo alimentar nos sulcos laterais Alimento empurrado para fora da boca Asfixia antes de deglutir "Babar" Deglutição aos pedaços Engasgos antes de deglutir Entrada prematura do bolo alimentar Escape do alimento pela boca Fechamento incompleto dos lábios Formação prolongada do bolo alimentar Incapacidade de esvaziar a cavidade oral Mastigação insuficiente Refluxo nasal Tempo de refeição prolongado com consumo insuficiente Tosse antes de deglutir Alteração na posição da cabeça Ânsia de vômito Asfixia Deglutição repetida Deglutição retardada Elevação inadequada da laringe Febres de etiologia desconhecida</p>	<p>Problema de comportamento alimentar</p>



		<p>Infecção pulmonar recorrente</p> <p>Qualidade gorgolejante da voz</p> <p>Recusa do alimento</p> <p>Refluxo nasal</p> <p>Tosse</p> <p>Acordar durante a noite</p> <p>Azia</p> <p>Deglutição repetida</p> <p>Dificuldade para deglutir</p> <p>Dor epigástrica</p> <p>Hálito com odor ácido</p> <p>Hematêmese</p> <p>Hiperextensão da cabeça</p> <p>Limitação de volume</p> <p>Odinofagia</p> <p>Recusa do alimento</p> <p>Regurgitação</p> <p>Relata “algo entalado”</p> <p>Tosse durante a noite</p> <p>Vômito</p> <p>Vômito no travesseiro</p>	
Lesão por Pressão	<p>Integridade tissular prejudicada</p> <p>Código 00047</p> <p>Pg. 386</p>	<p>Área localizada quente ao toque</p> <p>Dano tecidual</p> <p>Dor aguda</p> <p>Hematoma</p> <p>Sangramento</p> <p>Tecido destruído</p> <p>Vermelhidão</p>	<p>Agente químico lesivo</p> <p>Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular</p> <p>Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular</p> <p>Estado nutricional desequilibrado</p> <p>Umidade</p> <p>Volume de líquidos deficiente</p> <p>Volume de líquidos excessivo</p>
Hemiparesia	<p>Negligência unilateral</p> <p>Código 00123</p> <p>Pg. 249</p>	<p>Desvio marcante do tronco aos estímulos no lado não negligenciado</p> <p>Desvio marcante dos olhos aos estímulos no lado não negligenciado</p> <p>Distúrbio na lateralização do som</p> <p>Falha em movimentar a cabeça no hemiespaço negligenciado</p> <p>Falha em movimentar o tronco no hemiespaço negligenciado</p> <p>Falha em movimentar os membros no hemiespaço negligenciado</p> <p>Falha em movimentar os olhos no hemiespaço negligenciado</p> <p>Hemiplegia do lado esquerdo decorrente de acidente vascular encefálico</p> <p>Negligência representacional</p> <p>Negligência visuoespacial</p>	<p>A serem desenvolvidos</p>

		<p>unilateral  Parece não perceber posicionamento do membro negligenciado  Transferência da sensação de dor para o lado não negligenciado</p>	
Confusão	<p>Confusão aguda  Código 00128  Pg. 252</p>	<p>Agitação  Alteração na função cognitiva  Alteração na função psicomotora  Alteração no nível de consciência  Alucinações  Incapacidade de iniciar comportamento voltado a uma meta  Incapacidade de iniciar um comportamento intencional  Inquietação  Percepções incorretas  Seguimento insuficiente de comportamento intencional  Seguimento insuficiente de comportamento voltado a uma meta</p>	<p>Abuso de substâncias  Alteração no ciclo sono-vigília  Desidratação  Desnutrição  Dor  Mobilidade prejudicada  Privação sensorial  Retenção urinária  Uso inadequado de contenção</p>
<p>Auxílio para deambular Auxílio para alimentação  Parestesia MMII</p>	<p>Déficit no autocuidado para alimentação  Código 00102  Pg. 240</p>	<p>Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável  Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira  Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente  Capacidade prejudicada de engolir o alimento  Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca  Capacidade prejudicada de manipular os alimentos na boca  Capacidade prejudicada de manusear os utensílios  Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos  Capacidade prejudicada de pegar a xícara  Capacidade prejudicada de pegar os alimentos com os utensílios</p>	<p>Ansiedade  Barreira ambiental  Desconforto  Dor  Fadiga  Fraqueza  Motivação diminuída</p>

Auxílio para deambular Auxílio para alimentação Parestesia MMII	Déficit no autocuidado para banho Código 00108 Pg. 241	Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água Capacidade prejudicada de acessar o banheiro Capacidade prejudicada de lavar o corpo Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho Capacidade prejudicada de regular a água do banho Capacidade prejudicada de secar o corpo	Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída
---	--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 11- Unidade de Internação neurologia – Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas de saúde</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Fatores de risco</b>
Acuidade visual diminuída Queda da própria altura Perda de força em MMII Necessita de auxílio para caminhar Parestesia em MMII	Risco de quedas Código 00155 Pg. 396	Ambiente cheio de objetos Cenário pouco conhecido Iluminação insuficiente Material antiderrapante insuficiente nos banheiros Uso de imobilizadores Alteração na glicemia sanguínea Ausência de sono Desmaio ao estender o pescoço Desmaio ao virar o pescoço Diarreia Dificuldades na marcha Incontinência Mobilidade prejudicada Redução da força em extremidade inferior Urgência urinária
Alergia a medicamento	Risco de reação alérgica Código 00217 Pg. 421	Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno ambiental Exposição a substância química tóxica
Deglutição prejudicada Dieta por SNG	Risco de aspiração Código 00039 Pg. 376	Barreira à elevação da porção superior do corpo Conhecimento insuficiente sobre os fatores Motilidade gastrointestinal diminuída Tosse ineficaz
Diabetes Não pratica atividade física	Risco de glicemia instável Código 00179 Pg. 176	Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Controle ineficaz de medicamentos Controle insuficiente do diabetes Estresse excessivo Falta de adesão ao plano de controle do diabetes Ganho de peso excessivo Ingestão alimentar insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Monitoração inadequada da glicemia
Paresia em MMII Necessita de auxílio para caminhar Parestesia MMII Mobilidade no leito	Risco de Integridade da pele prejudicada Código 00047 Pg. 386	Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea

prejudicada		Secreções Umidade Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
-------------	--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2.2.6 Unidade de Hemodiálise

Localiza-se no andar térreo do hospital e é um setor ambulatorial onde são realizadas as hemodiálises, atuam neste setor cinco enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem.

Para a seleção dos problemas em saúde foram analisados 87 históricos de enfermagem dos 132 pacientes que realizam o procedimento semanalmente, destes 48 eram do sexo feminino e 39 masculinos com idades variando de 28 a 65 anos.

Participaram do mapeamento cruzado cinco enfermeiros e o mapeamento cruzado é apresentado nos quadros 12 e 13.

Quadro 12 - Unidade de Hemodiálise - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados, segundo a NANDA Internacional - Diagnóstico com foco no problema. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnóstico Nanda I</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>
Fístula Lesão de pele Hematoma Rusch cutâneo Cateter para hemodiálise Úlcera venosa	Integridade da pele prejudicada Código 00046 Pg. 385	Alteração na integridade da pele Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento – relato de experiência do enfermeiro Vermelhidão	Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Baixo débito urinário Anúria Diarreia Vômito	Volume de líquido deficiente Código 00027 Pg. 181	Alteração no estado mental Alterações no turgor da pele Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento na concentração urinária Diminuição da pressão arterial Diminuição da pressão de pulso Diminuição do débito urinário Diminuição do enchimento venoso Diminuição do turgor da língua Diminuição do volume do pulso Fraqueza	Barreira ao acesso a líquidos Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos Ingestão de líquidos insuficiente

		Hematócrito aumentado Membranas mucosas ressecadas Pele ressecada Perda súbita de peso Sede	
Insônia Ansiedade Agitação Medo Irritabilidade Oscilação de humor Depressão Estresse Agressividade	Ansiedade Código 00146 Pg. 316	Contato visual insuficiente Gestos de inquietação Inquietação Insônia Preocupações em razão de mudança em eventos da vida Produtividade diminuída Apreensão Arrependimento Desamparo Incerteza Irritabilidade Medo Nervosismo Sensação de inadequação Aumento da tensão Aumento da transpiração Tensão facial Tremores Tremores nas mãos	Ameaça à condição atual Conflito sobre as metas da vida Estressores Necessidades não atendidas
Ausência de dentes Prótese dentária Presença de cáries	Dentição prejudicada Código 00048 Pg. 379	Ausência de dentes Cáries dentais Cáries na raiz do dente Dentes desgastados	Barreira ao autocuidado Conhecimento insuficiente sobre saúde dental
RHA diminuído Constipação Hemorroida	Constipação Código 00011 Pg. 195	Abdome distendido Dor abdominal Dor ao evacuar Esforço para evacuar Fadiga Fezes formadas endurecidas Flatulência excessiva Incapacidade de defecar Mudança no padrão intestinal	Ingestão de líquidos insuficiente Ingestão de fibras insuficiente Motilidade gastrointestinal diminuída
Ausência de atividade física	Estilo de vida sedentário Código 00168 Pg. 141	Falta de condicionamento físico Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Preferência por atividades com pouca atividade física	Conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico Interesse insuficiente em atividades físicas Motivação insuficiente para a atividade física Recursos insuficientes para a atividade física Treinamento insuficiente para fazer exercício físico

Dor corporal	Dor crônica Código 00133 Pg. 437	Alteração da capacidade de continuar atividades prévias Alteração no padrão de sono Anorexia Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor Expressão facial de dor Foco em si próprio Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades	Agente lesivo Alteração no padrão de sono Aumento no índice de massa corporal Compressão de nervo Desnutrição Fadiga Isolamento social Manuseio repetido de cargas pesadas Padrão de sexualidade ineficaz
Punção venosa	Integridade da pele prejudicada Código 00046 Pg. 385	Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão	Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade <b>Internos</b> Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada
Baixa escolaridade	Conhecimento deficiente Código 00126 Pg. 255	Comportamento inapropriado Conhecimento insuficiente Desempenho inadequado em um teste Seguimento de instruções inadequado	Conhecimento insuficiente sobre recursos Informações incorretas apresentadas por outros Informações insuficientes Interesse insuficiente em aprender

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 - Unidade de Hemodiálise - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, fatores de risco, segundo a NANDA Internacional- Diagnósticos de Risco. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Problemas em saúde</b>	<b>Diagnósticos NANDA I</b>	<b>Fatores de risco</b>
Hipertensão	Risco de pressão arterial instável Código 00267 Pg. 234	Inconsistência com o regime medicamentos Ortostasia
Alergia alimentos Alergia a medicamento	Risco de reação alérgica Código 00217 Pg. 421	Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno ambiental
Diabetes	Risco de glicemia instável Código 00179 Pg. 176	Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Controle insuficiente do diabetes Estresse excessivo Falta de adesão ao plano de controle do diabetes Ganho de peso excessivo

		Ingestão alimentar insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Monitoração inadequada da glicemia
Acuidade visual diminuída Quedas Acuidade auditiva diminuída Retinopatia Cegueira Insônia Convulsões	Risco de queda Código 00155 Pg. 396	Cenário pouco conhecido Iluminação insuficiente Uso de imobilizadores Alteração na glicemia sanguínea Ausência de sono Dificuldades na marcha
Terapia dialítica	Risco de desequilíbrio eletrolítico Código 00195 Pg. 180	Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Diarreia Volume de líquidos deficiente Volume de líquidos excessivo Vômito

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2.3 Mapeamento cruzado entre os diagnósticos e intervenções de enfermagem

Após a seleção dos diagnósticos de enfermagem a autora principal deste estudo cruzou os diagnósticos NANDA-I selecionados na etapa anterior com a NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) para seleção das intervenções e atividades de enfermagem para a resolução do problema. Para esta atividade foram necessárias cerca de 120 horas. Os achados foram registrados em quadros no Programa *Word* da *Microsoft*.

Essas intervenções e atividades foram apresentadas aos enfermeiros e com a leitura coletiva dos conteúdos inicialmente propostos excluíram-se e/ou acrescentaram-se intervenções e atividades adequando-as à prática clínica institucional.

A carga horária prevista para esta fase foi de quatro horas, porém foram necessárias outras 20 horas aproximadamente em cada unidade para finalização da atividade, assim, foram necessários mais 12 encontros, totalizando uma média de três encontros por unidade e 240 horas para execução do mapeamento cruzado. Foram selecionadas intervenções de enfermagem consideradas suficientes para resolução dos problemas e inclusão no banco de dados objeto desta investigação.

Cada enfermeiro incluído no estudo recebeu um certificado de capacitação, que somou a carga horária da fase teórica de 9 horas e da fase prática de 24 horas, totalizando 34 horas.

O consenso priorizou a avaliação dos enfermeiros, considerando a prática clínica e o cenário de cuidado. Foram consensuados 94 intervenções NIC e 684 atividades de enfermagem. Os achados são apresentados nos Quadros 14 e 15.

Registra-se que a carga horária para execução de todo o processo de mapeamento

cruzado deste estudo, incluindo as horas de trabalho realizadas exclusivamente pela pesquisadora principal deste estudo e as horas dedicadas aos encontros com os enfermeiros para pactuação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem totalizaram aproximadamente 760 horas.

Quadro 14 – Diagnósticos com foco no problema da NANDA Internacional, intervenções e atividades de enfermagem segundo NIC para alimentação dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde de um hospital geral de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Atividades</b>
Ansiedade 00146 Pag. 316	Redução da Ansiedade (5820)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar abordagem calma e tranquilizadora</li> <li>• Explicar todos os procedimentos.</li> <li>• Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo</li> <li>• Encorajar a família a permanecer com o paciente</li> <li>• Escutar atentamente</li> <li>• Reforçar o comportamento</li> <li>• Encorajar a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos</li> <li>• Auxiliar o paciente a identificar situações que precipitam a ansiedade</li> <li>• Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade</li> </ul>
	Técnica para acalmar (5880)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter atitudes calmas e deliberadas</li> <li>• Manter contato visual com o paciente</li> <li>• Ficar com o paciente</li> <li>• Conversar com o paciente</li> <li>• Fornecer medicamentos ansiolíticos</li> </ul>
Conforto Prejudicado 00214 Pag. 434	Orientação Antecipada (5210)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre expectativas realistas relativas ao comportamento do paciente</li> <li>• Fornecer uma referência pronta para o paciente (p. ex., materiais educacionais e panfletos)</li> </ul>
Conhecimento deficiente. 001216 Pag. 255	Ensino: Procedimento/Tratamento (5618)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o paciente sobre quando e onde o procedimento/tratamento será realizado.</li> <li>• Informar o paciente sobre o tempo que o procedimento /tratamento deve durar</li> <li>• Determinar a experiência prévia do paciente e o nível de conhecimentos relacionados ao procedimento/tratamento</li> <li>• Explicar a finalidade do procedimento/tratamento</li> <li>• Descrever as atividades prévias ao</li> </ul>



		procedimento/tratamento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o procedimento /tratamento</li> <li>• Obter consentimento informado do paciente/familiar para o procedimento/tratamento</li> <li>• Dar tempo para que o paciente faça perguntas e discuta as preocupações</li> </ul>
Confusão aguda 00128 Pag. 252	Melhora do Sono (1850)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar o ambiente ( luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono</li> <li>• Promover aumento do número de horas de sono</li> </ul>
	Monitoração Neurológica (2620)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o tamanho da pupila, a forma, a simetria e a reatividade</li> <li>• Monitorar o nível de consciência</li> <li>• Monitorar o nível de orientação</li> <li>• Monitorar a tendência da Escala de Coma de Glasgow</li> <li>• Monitorar a memória recente, a atenção, a memória passada, o humor, afetos e comportamentos</li> <li>• Monitorar os sinais vitais: temperatura, pressão arterial, pulso e respiração</li> <li>• Monitorar o padrão respiratório: oximetria de pulso, profundidade, padrão, taxa e esforço</li> <li>• Monitorar os parâmetros hemodinâmicos invasivos</li> </ul>
	Prevenção contra Quedas (6490)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama</li> <li>• Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes e programados</li> <li>• Fornecer supervisão de perto e/ou um dispositivo de contenção</li> </ul>
Constipação 00011 Pag. 195	Administração de Enema (0466)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o procedimento para o paciente e seus familiares</li> <li>• Monitorar a resposta do paciente ao procedimento, incluindo sinais de intolerância (sangramento retal, distensão e dores abdominais), diarreia, constipação e impactação</li> <li>• Monitorar quanto às características das fezes e da solução</li> </ul>
Debito Cardíaco Diminuído 00029 Pag. 226	Controle Acidobásico (1910)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter via aérea pérvia</li> <li>• Posicionar de modo a facilitar ventilação adequada</li> <li>• Manter permeabilizado acesso IV</li> <li>• Monitorar as tendências de pH, PaCO<sub>2</sub> e HCO<sub>3</sub> para verificar o tipo específico de desequilíbrio</li> <li>• Monitorar a gasometria arterial e os níveis de eletrólitos séricos e na urina</li> </ul>
Déficit no Autocuidado para banho 00108 Pag. 241	Assistência no Autocuidado: Banho (1801)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar os cabelos.</li> <li>• Barbear o paciente.</li> <li>• Aplicar pomada lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele</li> <li>• Monitorar a condição da pele durante o banho</li> <li>• Monitorar a capacidade funcional durante o banho</li> </ul>

Déficit no Autocuidado para alimentação 00102 Pag. 240	Assistência no Autocuidado: Alimentação (1803)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a capacidade de deglutição do paciente</li> <li>• Propiciar higiene oral antes das refeições</li> <li>• Posicionar o paciente para comer</li> <li>• Abrir os alimentos embalados</li> </ul>
Deglutição prejudicada 00103 Pag. 159	Terapia de Deglutição (1860)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o uso de canudos para beber</li> <li>• Auxiliar o paciente a se sentar em posição ereta para se alimentar</li> <li>• Auxiliar o paciente a posicionar a cabeça flexionada para frente, preparando-se para a deglutição</li> <li>• Auxiliar o paciente a se manter sentado por 30 minutos após concluir a refeição</li> <li>• Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, preparando-se para a manipulação do alimento</li> <li>• Orientar o paciente a não conversar durante a alimentação</li> <li>• Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos na bochecha, após alimentação</li> </ul>
Dentição Prejudicada 00048 Pag. 379	Manutenção da Saúde Oral (1710)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar lubrificante para hidratar lábios e mucosas</li> <li>• Realizar higiene oral</li> <li>• Aspirar secreção oral quando necessário</li> </ul>
Diarreia 00013 Pag. 202	Controle do Diarreia (0460)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar sinais e sintomas da diarreia.</li> <li>• Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água</li> <li>• Observar o turgor da pele</li> <li>• Realizar ações que proporcionem repouso intestinal (jejum via oral, dieta líquida)</li> </ul>
	Cuidado Perineal (1750)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar com a higiene</li> <li>• Manter o períneo seco</li> <li>• Aplicar uma barreira protetora (óxido de zinco, petrolato)</li> </ul>
Dor aguda 00132 Pag. 437  Dor crônica 00133 Pg. 437	Administração de Analgésicos (2210)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar o paciente</li> <li>• Verificar histórico de alergias a medicamentos</li> <li>• Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriados quando há prescrição de mais de um</li> <li>• Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose, ou diante de sinais incomuns</li> <li>• Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar, a fim de facilitar a resposta analgésica</li> <li>• Orientar o paciente a solicitar medicamentos analgésicos prescritos “se necessário” antes que a dor esteja grave</li> <li>• Avaliar a efetividade dos analgésicos em intervalos regulares e frequentes após cada administração.</li> </ul>
	Administração de Medicamentos (2300)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificar o paciente do tipo de medicação, a razão para a administração, ações esperadas e os efeitos adversos antes da administração, conforme apropriado</li> <li>• Identificar corretamente medicamentos a serem administrados</li> <li>• Orientar o paciente e a família sobre as ações</li> </ul>

		<p>esperadas e os efeitos adversos da medicação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o paciente para determinar a necessidade de medicamentos usados quando necessário, conforme apropriado</li> <li>• Monitorar paciente para o efeito terapêutico de todos os medicamentos</li> <li>• Documentar a administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente</li> </ul>
	Administração de Medicamentos: Endovenosa (EV) (2314)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicação EV à taxa adequada</li> <li>• Observar histórico médico do paciente e histórico de alergias</li> <li>• Determinar o conhecimento da medicação e a compreensão do modo de administração pelo paciente</li> <li>• Enxaguar o canal endovenoso com soro fisiológica 0,9%</li> <li>• Manter o acesso EV, conforme apropriado</li> <li>• Monitorar o paciente para determinar a resposta à medicação</li> <li>• Documentar a administração de medicamentos e a responsividade do paciente</li> </ul>
	Administração de Medicamentos: Intramuscular (IM) (2313)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar histórico médico do paciente e histórico de alergias</li> <li>• Determinar conhecimento da medicação e compreensão do modo de administração pelo paciente</li> <li>• Monitorar paciente para dor aguda no local da injeção</li> <li>• Monitorar paciente para alteração motora ou sensorial no local ou distal ao local da injeção</li> <li>• Documentar administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente</li> </ul>
	Administração de Medicamentos: Oral (2304)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar histórico clínico e histórico de alergias do paciente</li> <li>• Determinar o conhecimento da medicação e a compreensão do modo de administração pelo paciente</li> <li>• Determinar quaisquer contraindicações para o paciente que recebe medicação oral</li> <li>• Esmagar o medicamento e misturar com pequena quantidade de alimentos moles</li> <li>• Informar o paciente sobre ações esperadas e possíveis efeitos adversos dos medicamentos</li> <li>• Orientar o paciente sobre a administração adequada da medicação sublingual</li> <li>• Monitorar paciente para uma possível aspiração, conforme apropriado</li> <li>• Realizar verificações da boca após a entrega de medicamentos.</li> <li>• Orientar o paciente ou familiar sobre como administrar o medicamento</li> <li>• Monitorar o paciente para efeitos terapêuticos, efeitos adversos, toxicidade de fármacos e interações medicamentosas</li> <li>• Documentar medicamentos administrados e capacidade de resposta do paciente.</li> </ul>

	Aplicação de Calor/Frio (1380)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o uso do frio ou calor, o motivo do tratamento, e como afetará os sintomas do paciente</li> <li>• Determinar as condições da pele e identificar qualquer alteração que exija mudança no procedimento ou contraindicações ao estímulo</li> <li>• Selecionar o local para estímulo, considerando a alternância de local quando a aplicação direta não é possível</li> <li>• Envolver o dispositivo de aplicação de calor ou frio com uma manta protetora</li> <li>• Usar um tecido umedecido próximo à pele para aumentar a sensação de calor ou frio.</li> <li>• Orientar e proteger local de aplicação para evitar lesão ao tecido associado ao calor ou frio;</li> <li>• Verificar a temperatura de aplicação, especialmente quando usar o calor</li> <li>• Determinar a duração da aplicação com base em verbalização individual, comportamental e respostas biológicas</li> <li>• Cronometrar cuidadosamente todas as aplicações</li> <li>• Aplicar frio diretamente ou próximo ao local afetado.</li> <li>• Aplicar calor diretamente ou próximo ao local afetado, se possível</li> <li>• Avaliar a condição geral, segurança e conforto durante o tratamento</li> <li>• Posicionar para permitir movimentação da fonte de temperatura.</li> </ul> <p>Avaliar e documentar respostas às aplicações de calor e frio</p>
	Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA) (2400)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o paciente e a família a monitorar a intensidade, a qualidade e a duração da dor</li> <li>• Monitorar a frequência respiratória e a pressão arterial</li> <li>• Orientar o paciente e os membros familiares sobre como utilizar o equipamento de PCA</li> <li>• Auxiliar o paciente ou membro familiar a administrar uma dosagem de carregamento em bolus do analgésico</li> <li>• Solicitar avaliação nutricional no intuito de evitar a constipação</li> </ul>
	Controle da Dor (1400)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes</li> <li>• Avaliar, com o paciente e a equipe de saúde, a efetividade das medidas passadas de controle da dor que foram utilizadas</li> </ul>
	Controle do Ambiente: Conforto (6482)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar a transição do paciente e de seus familiares, recepcionando-os e informando-os sobre as rotinas do setor</li> <li>• Facilitar medidas específicas de higiene para manter o indivíduo confortável</li> <li>• Posicionar paciente para facilitar o conforto</li> <li>• Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar um ambiente calmo e acolhedor</li> <li>• Facilitar medidas específicas de higiene para manter o indivíduo confortável</li> <li>• Posicionar paciente para facilitar o conforto</li> <li>• Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas</li> <li>• Criar um ambiente calmo e acolhedor</li> </ul>
	Redução da Flatulência (0470)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar ao paciente como são produzidos os flatos e os métodos de alívio</li> <li>• Ensinar ao paciente a evitar situações que o façam engolir ar em excesso</li> <li>• Ensinar ao paciente a evitar alimentos que causam flatulência.</li> <li>• Monitorar os ruídos intestinais</li> <li>• Estimular caminhadas</li> <li>• Limitar a ingesta oral</li> </ul>
	Oxigenoterapia (3320)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpar secreções orais, nasais, traqueais.</li> <li>• Restringir o fumo</li> <li>• Manter a permeabilidade das vias aéreas</li> <li>• Monitorar o fluxo de oxigênio</li> <li>• Monitorar a posição do dispositivo de fornecimento de oxigênio</li> <li>• Orientar o paciente sobre a importância de deixar ligado o dispositivo de fornecimento de oxigênio</li> <li>• Verificar periodicamente o dispositivo de fornecimento de oxigênio para garantir que a concentração prescrita esteja sendo liberada</li> <li>• Monitorar a eficácia da oxigenoterapia</li> <li>• Alterar o fornecimento de oxigênio da máscara para tubos nasais durante as refeições, conforme tolerado</li> </ul>
	Posicionamento (0840)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um colchão/leito apropriado</li> <li>• Proporcionar um colchão firme</li> <li>• Explicar ao paciente que ele vai ser mobilizado.</li> <li>• Encorajar o paciente/família a se envolver nas mudanças de posição.</li> <li>• Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições</li> <li>• Pré-medicação do paciente antes de virá-lo.</li> <li>• Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada.</li> <li>• Elevar a parte corporal afetada</li> <li>• Posicionar paciente em posição fowler para aliviar a dispneia</li> <li>• Posicionar paciente em posição semi-fowler para aliviar a dispneia</li> <li>• Fornecer apoio para áreas edemaciadas</li> <li>• Fornecer apoio apropriado para o pescoço</li> <li>• Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente</li> <li>• Elevar a cabeceira do leito.</li> <li>• Mobilizar o paciente de acordo com a condição da pele</li> <li>• Utilizar um colchão/leito apropriado</li> <li>• Proporcionar um colchão firme</li> <li>• Explicar ao paciente que ele vai ser mobilizado.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar o paciente/família a se envolver nas mudanças de posição.</li> <li>• Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições</li> <li>• Pré-medicar o paciente antes de virá-lo.</li> <li>• Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada.</li> <li>• Elevar a parte corporal afetada</li> <li>• Posicionar paciente em posição fowler para aliviar a dispneia</li> <li>• Posicionar paciente em posição semi-fowler para aliviar a dispneia</li> <li>• Fornecer apoio para áreas edemaciadas</li> <li>• Fornecer apoio apropriado para o pescoço</li> <li>• Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente</li> <li>• Elevar a cabeceira do leito.</li> <li>• Mobilizar o paciente de acordo com a condição da pele.</li> </ul>
<p>Eliminação Urinária Prejudicada 00016 Pag. 287</p>	<p>Controle da Eliminação Urinária (0590)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a eliminação urinária incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor</li> <li>• Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária</li> <li>• Orientar o paciente a ingerir líquidos durante as refeições, entre as refeições e no início da noite</li> <li>• Restringir a ingestão de líquidos</li> </ul>
	<p>Terapia por Hemodiálise (2100)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coletar uma amostra de sangue e revisar análise química sanguínea (ureia no sangue; creatinina sérica; níveis séricos de Na, K e PO4) pré-tratamento</li> <li>• Registrar os sinais vitais básicos: peso, temperatura, pulso, respirações e pressão sanguínea</li> <li>• Explicar o procedimento de hemodiálise</li> <li>• Iniciar a hemodiálise, de acordo com o protocolo</li> <li>• Verificar o sistema de monitores (taxa de fluxo, pressão, temperatura, nível de pH, condutividade, formação de coágulos, detector de ar, pressão negativa para ultrafiltração e sensor sanguíneo) para garantir a segurança do paciente</li> <li>• Monitorar a pressão sanguínea, pulso, respirações, temperatura e resposta do paciente durante a diálise</li> <li>• Administrar heparina, de acordo com o protocolo</li> <li>• Monitorar o tempo de coagulação e ajustar adequadamente a administração de heparina</li> <li>• Descontinuar a hemodiálise de acordo com o protocolo</li> <li>• Comparar os sinais vitais e análise química sanguínea pós- diálise com os valores da pré-diálise</li> <li>• Evitar aferir a pressão sanguínea ou punções endovenosas no braço com fistula</li> <li>• Orientar o paciente para ajustar a dieta, limitações de fluido e medicamentos para regular as mudanças de fluidos e eletrólitos</li> </ul>

		<p>entre os tratamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o paciente quanto aos seus sinais e sintomas que indiquem a necessidade do tratamento médico (febre, sangramento, fistula coagulada, tromboflebite e pulso irregular)</li> <li>• Orientar o paciente para aliviar o desconforto dos efeitos colaterais da doença e do tratamento (cólicas, fadiga, dores de cabeça, prurido, anemia, desmineralização óssea, mudanças na imagem corporal e interrupção de função)</li> <li>• Trabalhar em colaboração com o paciente para ajustar a duração da diálise, regulações na dieta e dor e a necessidade de distração para atingir o benefício máximo do tratamento</li> </ul>
	<p>Terapia por Hemofiltração (2110)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar os sinais vitais básicos e peso</li> <li>• Coletar amostras de sangue e revisar a química sanguínea (creatinina sérica; níveis sorológicos de Na, Ca, K e PO<sub>4</sub>) antes da terapia</li> <li>• Determinar e registrar a função hemodinâmica do paciente</li> <li>• Explicar o procedimento ao paciente e pessoas relacionadas</li> <li>• Remover todas as bolhas de ar do sistema de hemofiltração • Administrar a dose de heparina conforme o protocolo ou ordens médicas</li> <li>• Monitorar taxa de ultrafiltração, ajustando a taxa conforme protocolo ou ordens médicas</li> <li>• Monitorar sistema de hemofiltração para vazamentos nas conexões, coagulação do filtro ou tubo</li> <li>• Monitorar os múltiplos parâmetros sistêmicos do paciente por protocolo</li> <li>• Monitorar e proteger os pontos de acesso e tubos e conexões</li> <li>• Monitorar para sinais e sintomas de infecção</li> <li>• Encorajar o paciente a escolher os reforços ou recompensas suficientemente significativas para sustentar o comportamento</li> <li>• Auxiliar o paciente a avaliar o progresso, por meio da <ul style="list-style-type: none"> <li>• comparação dos registros antigos Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada</li> </ul> </li> </ul>

	Facilitação da Auto Responsabilidade (4480)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar se o paciente tem conhecimento adequado sobre a condição de saúde</li> <li>• Auxiliar os pacientes a identificarem áreas em que possam assumir de imediato maior responsabilidade</li> </ul>
	Controle do Peso (1260)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir os riscos associados ao fato de estar acima ou abaixo do peso</li> <li>• Determinar o peso corporal ideal do indivíduo</li> <li>• Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água</li> </ul>
Integridade Tissular Prejudicada 00044 Pag. 387	Controle da Nutrição (1100)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar alergias alimentares ou intolerâncias do paciente</li> <li>• Realizar ou auxiliar o paciente com os cuidados bucais depois de comer</li> <li>• Administrar medicamentos antes de comer</li> </ul>
	Controle Hídrico (4120)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registro preciso de ingestão e eliminação</li> <li>• Monitorar o estado de hidratação</li> <li>• Monitorar sinais vitais</li> <li>• Orientar o paciente quanto ao jejum</li> </ul>
	Cuidado Perineal (1750)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar com a higiene</li> <li>• Manter o períneo seco</li> <li>• Fornecer suporte escrotal</li> </ul>
	Cuidados com Lesões (3660)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir o leito da lesão</li> <li>• Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão</li> <li>• Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão</li> </ul>
	Cuidados com Lesões: Drenagem Fechada (3662)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checar bomba e dreno quanto à potência, vedação e estabilidade, tomando cuidado para evitar a remoção inadvertida de suturas</li> <li>• Monitorar sinais de infecção, inflamação e desconforto em torno do dreno</li> <li>• Registrar o volume e as características da drenagem</li> </ul>
	Cuidados com o Local de Incisão (3440)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção</li> <li>• Orientar o paciente sobre como cuidar da incisão durante o banho ou ducha</li> </ul>
	Prevenção de Úlceras por Pressão (3540)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente</li> <li>• Monitorar intensivamente áreas avermelhadas</li> <li>• Remover a umidade excessiva da pele</li> <li>• Aplicar barreiras protetoras</li> <li>• Realizar mudança de decúbito do paciente com cuidado</li> <li>• Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos</li> <li>• Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito</li> <li>• Utilizar leitos e colchões especializados</li> <li>• Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra</li> <li>• Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente</li> </ul>



	Cuidados com Úlcera por pressão (3520)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever as características da úlcera em intervalos regulares, incluindo o tamanho (comprimento × largura × profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido de granulação ou necrótico e epitelização</li> <li>• Utilizar leitos e colchões apropriados, quando apropriado</li> <li>• Anotar as características de qualquer drenagem</li> <li>• Assegurar uma alimentação adequada</li> <li>• Monitorar o estado nutricional</li> </ul>
	Cuidado com Sondas: Urinária (1876)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter sistema de drenagem urinária fechado, estéril e sem obstruções</li> <li>• Irrigar sistema de cateter urinário utilizando técnica estéril.</li> <li>• Realizar cuidados de rotina ao meato com água e sabão durante o banho diário</li> <li>• Limpar o cateter urinário externamente ao meato</li> <li>• Trocar o cateter urinário a intervalos regulares a cada 30 dias</li> <li>• Observar e anotar as características de drenagem urinária</li> <li>• Monitorar quanto a distensão da bexiga</li> </ul>
	Sondagem Vesical: Intermitente (0582)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o paciente/família sobre a técnica de sondagem intermitente limpa</li> <li>• Manter um registro detalhado da rotina de sondagem, ingestão e eliminação de líquidos</li> <li>• Monitorar a cor, odor e aparência da urina</li> </ul>
	Cuidados com Sondas: Gastrointestinal (1874)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos</li> <li>• Monitorar sons intestinais</li> <li>• Monitorar quanto a diarreia</li> <li>• Monitorar o estado hídrico e eletrolítico</li> <li>• Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito nasogástrico</li> </ul>
	Cuidados com Ostomias (0480)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia</li> <li>• Monitorar os padrões de eliminação</li> <li>• Fornecer apoio e assistência enquanto o paciente desenvolve habilidade em cuidar do estoma e do tecido circundante</li> <li>• Solicitar a nutricionista parecer e orientação sobre os mecanismos para reduzir o odor</li> </ul>
	Cuidado com os Pés (1660)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar pernas e pés quanto a edema</li> </ul>
	Monitoração de Sinais Vitais (6680)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório</li> <li>• Monitorar a pressão arterial após a ingestão de medicamentos</li> <li>• Monitorar os sons pulmonares</li> <li>• Monitorar a oximetria de pulso</li> </ul>
Hipertermia 00007 Pag. 425	Tratamento da Hipertermia (3786)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os sinais vitais</li> <li>• Administrar oxigênio, conforme necessário</li> <li>• Molhar a superfície corporal e ventilar o</li> </ul>

		<p>paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer acesso EV</li> </ul>
<p>Integridade da Pele Prejudicada 00046 Pag. 385</p>	<p>Administração de Medicamentos: Tópica (2316)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a condição da pele do paciente sobre a área em que a medicação será aplicada</li> <li>• Observar histórico clínico e histórico de alergias do paciente</li> <li>• Determinar a condição da pele do paciente sobre a área em que a medicação será aplicada</li> <li>• Aplicar agente tópico</li> <li>• Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos tópicos em áreas sem pelos da pele.</li> <li>• Espalhar o medicamento uniformemente sobre a pele</li> <li>• Monitorar efeitos locais, sistêmicos e adversos da medicação</li> <li>• Documentar a administração de medicamentos e a capacidade de resposta do paciente</li> </ul>
	<p>Controle da Pressão (3500)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolchoar bordas ásperas de imobilizações e conexões de tração, quando apropriado</li> <li>• Utilizar um colchão/leito terapêutico apropriado</li> <li>• Colocar uma almofada de espuma de poliuretano,</li> <li>• Evitar aplicar pressão sobre a parte corporal afetada</li> <li>• Elevar a extremidade lesionada</li> <li>• Mobilizar o paciente imobilizado a cada 2 horas, de acordo com um esquema específico</li> <li>• Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão</li> <li>• Monitorar a mobilidade e estabilidade do paciente</li> <li>• Usar equipamentos apropriados para manter os calcanhares e proeminências ósseas afastados do leito</li> <li>• Monitorar o estado nutricional do paciente</li> </ul>
	<p>Controle de Prurido (3550)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a causa do prurido</li> <li>• Orientar o paciente a evitar sabões de banho e óleos perfumados</li> <li>• Orientar o paciente a manter suas unhas cortadas</li> <li>• Orientar o paciente com imobilizações gessadas para não inserir objetos dentro da abertura do aparelho gessado para coçar a pele</li> </ul>
	<p>Controle Hidroeletrólítico (2080)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto a alterações pulmonares ou cardíacas indicativas de excesso de líquidos ou desidratação</li> <li>• Monitorar quanto a sinais e sintomas de piora de hiperhidratação ou desidratação (ruidos de líquido nos pulmões, poliúria ou oligúria, alterações de comportamento, convulsões, saliva espumosa ou com viscosidade espessa, olhos edematosos ou afundados, respiração curta e rápida)</li> <li>• Irrigar sondas nasogástricas com solução salina normal.</li> <li>• Administrar água livre na alimentação por</li> </ul>

		<p>sonda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo níveis de pressão venosa central, pressão arterial média, pressão de artéria pulmonar e pressão de artéria pulmonar.</li> <li>• Monitorar quanto a efeitos colaterais dos eletrólitos suplementares prescritos.</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Observar as membranas bucais do paciente, a esclera e a pele quanto a indicações de alteração de equilíbrio hídrico ou eletrolítico (ressecamento, cianose e icterícia)</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Manter registro preciso de ingestão e eliminação</li> </ul>
	Cuidados com a Tração/Imobilização (0940)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a posição adequada na cama para melhorar a tração</li> <li>• Assegurar-se de que os pesos adequados estão sendo aplicados</li> <li>• Monitorar a pele e proeminências ósseas quanto a sinais de ruptura da pele</li> <li>• Monitorar circulação, movimento e sensação de extremidade afetada</li> </ul>
	Cuidados com Aparelho Gessado: Manutenção (0762)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o surgimento de sinais de infecção (odor desagradável no gesso, eritema, febre)</li> <li>• Monitorar a circulação e a função neurológica dos tecidos acima e abaixo do aparelho gessado</li> <li>• Verificar o surgimento de fissuras ou rachaduras no gesso</li> <li>• Ensinar os cuidados com o aparelho gessado ao paciente e aos familiares</li> </ul>
	Cuidados na Amputação (3420)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar o consentimento informado com o paciente</li> <li>• Fornecer informações e suporte antes e após a cirurgia</li> <li>• Facilitar o uso de um colchão de alívio de pressão</li> <li>• Posicionar coto em alinhamento corporal adequado</li> <li>• Monitorar o edema presente no coto</li> <li>• Monitorar a cicatrização da ferida no local da incisão</li> <li>• Monitorar a integridade dos tecidos e da pele</li> </ul>
	Prevenção de Úlceras por Pressão (3540)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar o peso e as mudanças de peso</li> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente</li> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente</li> <li>• Monitorar intensivamente áreas avermelhadas</li> <li>• Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária</li> <li>• Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos</li> <li>• Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra</li> </ul>
	Redução do Sangramento (4020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar atentamente o paciente quanto a sangramento</li> <li>• Monitorar o tamanho e o caráter do hematoma</li> <li>• Monitorar as tendências da pressão arterial e</li> </ul>

		parâmetros Hemodinâmicos
	Redução do Sangramento: Ferimento (4028)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar curativo compressivo no local do sangramento</li> <li>• Elevar a extremidade que está sangrando</li> <li>• Manter irrigação vesical contínua, se apropriado</li> <li>• Monitorar o tamanho e o caráter do hematoma</li> </ul> Monitorar pulsos distais ao local do sangramento
Insônia 00095 Pag. 211	Controle do Ambiente: Conforto (6482)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama amarrotada e irritantes ambientais</li> <li>• Fornecer ou remover cobertores para promover conforto térmico</li> <li>• Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação</li> </ul>
Mobilidade física prejudicada 00085 Pag. 219	Assistência no Autocuidado (1800)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos adaptadores para realizar higiene pessoal, realizar higiene íntima e alimentar-se</li> <li>• Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade</li> </ul>
Mobilidade no leito prejudicada 00091 Pag. 220	Melhora do sono (1850)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e o número de horas dormidas</li> <li>• Orientar o paciente a monitorar os padrões de sono</li> <li>• Ajustar o ambiente ( luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono</li> </ul>
	Posicionamento (0840)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um colchão/leito apropriado.</li> <li>• Explicar ao paciente que ele vai ser mobilizado.</li> <li>• Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições</li> </ul>
Náusea 00134 Pg. 440	Controle da Náusea (1450)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes</li> <li>• Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas</li> <li>• Realizar frequentemente a higiene oral para promover o conforto</li> <li>• Oferecer líquido frio, claro e inodoro e alimentos incolores</li> <li>• Monitorar os efeitos do controle das náuseas</li> </ul>
Padrão respiratório ineficaz 00032 Pag. 229	Aspiração de Vias Aéreas (3160)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar a menor pressão de aspiração necessária para remover secreções</li> <li>• Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção</li> </ul>
Troca de gases prejudicada 00030 Pag. 207	Estimulação da tosse (3250)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o paciente a inalar profundamente várias vezes, para expirar lentamente e tossir no final da expiração</li> <li>• Auxiliar o paciente a usar um travesseiro ou cobertor enrolado como apoio à incisão ao tossir</li> </ul>

<p>Perfusão Tissular Periférica Ineficaz 00204 Pag. 233</p>	<p>Controle da Sensibilidade Periférica (2660)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar para parestesia (p. ex., torpor, formigamento, hiperestesia, hipostesia, e nível da dor), quando apropriado</li> <li>• Encorajar o paciente a utilizar a parte não afetada do corpo</li> <li>• Orientar o paciente ou família a examinar diariamente a pele à procura de alterações na integridade da pele</li> <li>• Imobilizar a cabeça, pescoço e dorso, quando apropriado</li> <li>• Monitorar para tromboflebite e tromboembolismo venoso</li> </ul>
	<p>Controle do Choque (4250)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os sinais vitais, pressão arterial ortostática, estado mental e débito urinário</li> <li>• Posicionar o paciente para obter perfusão ideal</li> <li>• Instituir e manter a perviedade das vias respiratórias</li> <li>• Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica</li> <li>• Monitorar ECG</li> <li>• Usar monitoramento de via arterial</li> <li>• Coletar amostras para gasometria arterial e monitorar a oxigenação tecidual</li> <li>• Inserir e manter acesso IV de grande calibre</li> <li>• Monitorar a glicemia e tratar níveis anormais</li> <li>• Inserir sonda nasogástrica para aspiração e monitorar secreções</li> </ul>
<p>Resposta Disfuncional ao desmame ventilatório 00034 Pag. 235</p>	<p>Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva3300</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar para detecção de insuficiência respiratória iminente</li> <li>• Consultar outros profissionais de saúde na seleção de um modo de ventilação mecânica</li> <li>• Assegurar que os alarmes do respirador estejam ligados</li> <li>• Monitorar para diminuição do volume exalado e aumento da pressão inspiratória</li> <li>• Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência e documentar regularmente os achados</li> <li>• Promover avaliações de rotina para os critérios de desmame</li> <li>• Prestar cuidados orais de rotina com agente antisséptico e aspiração suave</li> <li>• Documentar todas as alterações de configuração do respirador, com justificativa para mudanças</li> <li>• Monitorar para detecção de complicações pós-extubação</li> <li>• Certificar-se de haver equipamento de emergência à beira do leito em todos os momentos</li> <li>• Colocar o paciente em posição semi-Fowler</li> </ul>

	<p>Controle da Ventilação Mecânica: Não Invasiva (3302)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar dispositivo não invasivo que assegure ajuste adequado e evita grandes vazamentos de ar</li> <li>• Aplicar proteção facial, para evitar danos à pele devido a pressão</li> <li>• Monitorar rotineiramente as configurações do respirador, incluindo temperatura e umidificação do ar inspirado</li> <li>• Monitorar a eficácia da ventilação mecânica sobre o estado fisiológico e psicológico do paciente</li> <li>• Monitorar para detecção de lesão da mucosa de tecido oral, nasal, traqueal ou laríngeo</li> <li>• Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência, e documentar os achados regularmente</li> <li>• Documentar todas as respostas do paciente ao respirador e alterações do respirador</li> </ul>
	<p>Controle da Ventilação Mecânica: Prevenção de Pneumonia (3304)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar cavidade oral para a placa dentária, inflamação, hemorragia, candidíase, matéria purulenta, cálculo e coloração</li> <li>• Escovar os dentes e a língua com creme dental ou um enxaguatório bucal antisséptico, usando movimentos circulares com uma escova macia ou escova de dentes de aspiração</li> <li>• Escovar suavemente a gengiva se o paciente for desdentado</li> <li>• Aplicar um agente desbridante ou enxaguatório bucal na gengiva, dentes e língua</li> <li>• Aplicar hidratante oral na mucosa oral e lábios</li> <li>• Aspirar a traquéia, depois a cavidade oral e, em seguida, a faringe nasal para remover secreções acima do manguito ET para diminuir o risco de aspiração</li> <li>• Monitorar os sinais e sintomas de infecção respiratória no paciente</li> <li>• Monitorar e documentar saturação de oxigênio</li> <li>• Manter a fixação limpa e seca</li> </ul>
<p>Ventilação espontânea prejudicada 00033 Pag. 239</p>	<p>Aspiração de Vias Aéreas (3160)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração</li> <li>• Providenciar sedação</li> <li>• Monitorar o estado de oxigenação dos pacientes, estado neurológico e estado hemodinâmico imediatamente antes, durante e após a aspiração</li> <li>• Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção</li> </ul>

	Assistência Ventilatória (3390)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter via aérea pérvia</li> <li>• Posicionar o paciente para aliviar dispneia</li> <li>• Encorajar a respiração profunda e lenta</li> <li>• Monitorar os efeitos da mudança de posição na oxigenação: gasometria, SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> ao final da respiração</li> <li>• Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse</li> <li>• Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de sons adventícios</li> <li>• Deambular três a quatro vezes ao dia</li> </ul>
	Controle de Vias Aéreas Artificiais (3180)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar uma cânula orofaríngea para evitar mordidas no tubo endotraqueal</li> <li>• Manter a insuflação do balonete endotraqueal/da traqueostomia em 15 a 25 mmHg durante a ventilação mecânica e durante e após a alimentação</li> <li>• Monitorar a pressão do balonete a cada 4 a 8 horas, durante a expiração, usando um adaptador de três vias, seringa calibrada e um manômetro</li> <li>• Realizar aspiração endotraqueal</li> <li>• Aspirar a orofaringe e secreções da parte superior do balonete do tubo antes de desinsuflar o balonete</li> <li>• Auscultar para verificar a presença de murmúrios vesiculares bilateralmente após a inserção e depois da troca da fixação endotraqueal/da traqueostomia</li> <li>• Monitorar a coloração, quantidade e consistência das secreções</li> <li>• Instituir medidas para evitar a extubação acidental (fixar a via aérea artificial com fitas adesivas ou cadarços, administrar sedação e relaxantes muscular, utilizar contenções nos membros superiores)</li> <li>• Inspeccionar a pele em torno do estoma traqueal quanto à drenagem, hiperemia, irritação e ao sangramento</li> <li>• Inspeccionar e palpar para verificar a presença de ar sob a pele a cada 8 horas</li> </ul>
	Extubação Endotraqueal (3270)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar o paciente para o melhor uso da musculatura ventilatória, com a parte superior da cama elevada 75°</li> <li>• Orientar o paciente sobre o procedimento</li> <li>• Hiperoxigenar o paciente e aspirar a via aérea endotraqueal</li> <li>• Aspirar a via aérea oral</li> <li>• Encorajar o paciente a tossir e expectorar o escarro</li> <li>• Administrar oxigênio conforme prescrito</li> <li>• Encorajar a tosse e respiração profunda</li> <li>• Aspirar as vias aéreas</li> <li>• Monitorar quanto a dificuldade respiratória</li> <li>• Observar sinais de obstrução da via aérea</li> <li>• Monitorar sinais vitais</li> <li>• Encorajar o descanso da voz por 4 a 8 horas.</li> <li>• Monitorar habilidade de engolir e falar</li> </ul>

<p>Volume de líquido deficiente 00027 Pag. 181</p>	<p>Monitoração de Sinais Vitais (6680)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório</li> <li>• Monitorar a pressão arterial após a ingestão de medicamentos</li> <li>• Monitorar ritmo e frequência cardíacos</li> <li>• Monitorar a cor, temperatura e umidade da pele</li> </ul>
	<p>Monitoração Hídrica (4130)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer o histórico de quantidade e tipo de ingesta de líquidos e hábitos de eliminação</li> <li>• Examinar turgidez da pele</li> <li>• Monitorar ingesta e eliminação</li> <li>• Manter um registro preciso da ingesta e eliminação</li> <li>• Restringir ingesta de líquidos</li> </ul>
	<p>Administração de Nutrição Parenteral Total (1200)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o acesso central pérvio</li> <li>• Monitorar quanto a infiltração, a infecção e as complicações metabólicas</li> <li>• Monitorar os sinais vitais</li> </ul>
	<p>Alimentação (1050)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a presença do reflexo de deglutição</li> <li>• Registrar a ingestão</li> <li>• Checar se existem resíduos na boca do paciente ao final da refeição</li> </ul> <p>Providenciar higiene oral após das refeições</p>
	<p>Cuidados com Sondas: Gastrointestinais (1874)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o posicionamento correto da sonda</li> <li>• Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos</li> <li>• Monitorar sons intestinais</li> <li>• Monitorar quanto a diarreia</li> <li>• Monitorar o estado hídrico e eletrolítico</li> </ul>
	<p>Sondagem Gastrointestinal (1080)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o correto posicionamento do tubo através da observação de sinais e sintomas da entrada do tubo na traqueia verificando a cor e/ou o nível de pH do aspirado, inspecionando a cavidade oral e/ou a localização do posicionamento do tubo no exame de raio X , verificando a cor e/ou o nível de pH do aspirado, inspecionando a cavidade oral e/ou a localização do posicionamento do tubo no exame de raio X</li> </ul>
	<p>Controle da Hipervolemia (4170)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a condição hemodinâmica: PVC, PAM, PAP e PCP</li> <li>• Monitorar o padrão respiratório em busca de sintomas de dificuldade respiratória</li> <li>• Monitorar alterações em edema periférico</li> <li>• Monitorar quanto a efeitos terapêuticos do diurético</li> <li>• Elevar a cabeceira da cama para melhorar a ventilação</li> <li>• Promover a integridade da pele</li> </ul>
<p>Volume de líquido excessivo 00028 Pag. 183</p>	<p>Controle Hídrico (4120)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar diariamente e monitorar tendências.</li> <li>• Manter registro preciso da ingestão e eliminação.</li> <li>• Inserir cateter urinário.</li> <li>• Monitorar o estado de hidratação (mucosas úmidas, pulsos adequados e pressão sanguínea ortostática).</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar diariamente e monitorar tendências.</li> <li>• Contar ou pesar as fraldas, conforme apropriado.</li> <li>• Manter registro preciso da ingestão e eliminação.</li> <li>• Inserir cateter urinário.</li> <li>• Monitorar o estado de hidratação (p. ex., mucosas úmidas, pulsos adequados e pressão sanguínea ortostática).</li> <li>• Monitorar resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (gravidade específica aumentada, nível de ureia aumentado, hematócrito diminuído e osmolaridade urinária aumentada).</li> <li>• Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive PVC, PAM, PAP e PACP.</li> <li>• Monitorar os sinais vitais.</li> <li>• Monitorar o aparecimento de indícios de sobrecarga/retenção de líquidos</li> <li>• Monitorar mudanças no peso do paciente antes e depois da diálise.</li> <li>• Avaliar a localização e extensão do edema.</li> <li>• Administrar terapia IV conforme prescrição.</li> </ul>
--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 15 - Diagnósticos de Risco segundo a NANDA Internacional, intervenções NIC e atividades de enfermagem para alimentação de dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde de um hospital geral de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Diagnostico NANDA</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Atividades</b>
Risco de Aspiração 00039	Aspiração de Vias Aéreas (3160)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal</li> <li>• Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração</li> <li>• Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção</li> </ul>
	Controle da Sedação (2260)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o nível de consciência do paciente e os reflexos protetores, antes de administrar a sedação</li> <li>• Obter os sinais vitais basais, saturação de oxigênio, ECG, altura e peso</li> <li>• Registrar as respostas do paciente</li> </ul>
Risco de débito cardíaco diminuído (00240)	Cuidados Cardíacos (4040)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (verificar pulso periférico, edema, enchimento capilar, cor e temperatura de extremidade)</li> <li>• Monitorar a o estado cardiovascular</li> <li>• Monitorar quanto a presença de arritmias</li> <li>• Monitorar o funcionamento do marca passo</li> <li>• Monitorar a resposta do paciente aos medicamentos antiarrítmicos</li> <li>• Monitorar quanto à presença de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia</li> </ul>

	Monitoração hemodinâmica invasiva (4210)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a frequência e ritmo cardíaco</li> <li>• Monitorar a pressão arterial (sistólica, diastólica, média) pressão venosa central/atrial direita, pressão da artéria pulmonar (sistólica, diastólica, média) e pressão de enchimento do capilar/artéria pulmonar</li> <li>• Documentar os formatos de onda da artéria pulmonar e arterial sistêmica</li> <li>• Monitorar a perfusão periférica distal ao sítio de inserção do cateter a cada 4 horas</li> <li>• Monitorar para dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.</li> </ul>
	Regulação Hemodinâmica (4150)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o estado de perfusão</li> <li>• Reconhecer a presença de sinais de alerta e sintomas precoces de comprometimento do sistema hemodinâmico (dispneia, ortopneia, fadiga profunda, tontura, vertigem, edema, palpitações, dispneia paroxística noturna, ganho de peso repentino</li> <li>• Auscultar ruídos pulmonares e cardíacos</li> <li>• Administrar medicações inotrópicas positiva e de contratilidade</li> <li>• Administrar medicações antiarrítmicas</li> <li>• Monitorar os pulsos periféricos, preenchimento capilar, temperatura e cor de extremidades</li> <li>• Monitorar ingesta e excreção, excreção urinária e peso do paciente.</li> </ul>
Risco de desequilíbrio eletrolítico 00195	Controle da Diarreia (0460)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o paciente a notificar a equipe a cada episódio de diarreia</li> <li>• Observar regularmente o turgor da pele</li> <li>• Monitorar a pele na área perianal quanto a irritações e ulcerações</li> <li>• Mensurar a diarreia/eliminação intestinal</li> <li>• Avisar o médico sobre aumento na frequência ou intensidade dos sons intestinais</li> <li>• Consultar o médico se persistirem os sinais e sintomas de diarreia</li> <li>• Realizar ações que proporcionem repouso intestinal (jejum via oral, dieta líquida)</li> </ul>
	Controle da Náusea (1450)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes.</li> <li>• Avaliar o impacto da experiência de náusea na qualidade de vida (apetite, atividade, desempenho no trabalho, funções de responsabilidade e sono)</li> <li>• Identificar fatores (medicação e procedimentos) que possam causar ou contribuir para a náusea</li> <li>• Realizar frequentemente a higiene oral para promover o conforto, a menos que estimule a náusea</li> <li>• Fornecer informações sobre a náusea, como causas das náuseas e quanto tempo vai durar</li> <li>• Monitorar os efeitos do controle das náuseas</li> </ul>
	Controle de Eletrólitos (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter acesso IV pérvio</li> <li>• Administrar líquidos, conforme prescrito.</li> <li>• Manter registro preciso de ingestão e eliminação</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrigar sonda nasogástrica com soro fisiológico</li> <li>• Fornecer dieta apropriada para desequilíbrio eletrolítico do paciente (alimentos ricos em potássio, com baixo teor de sódio e carboidratos)</li> </ul>
	Controle do Vômito (1570)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a êmese em relação a cor, consistência, presença de sangue, horário e força utilizada</li> <li>• Mensurar ou estimar o volume da êmese</li> <li>• Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenir vômitos, quando possível</li> <li>• Posicionar o paciente para prevenir aspiração</li> <li>• Manter via aérea oral</li> <li>• Realizar higiene oral e do nariz</li> <li>• Aumentar gradualmente a ingestão de líquidos se nenhum vômito ocorrer em um período de 30 minutos</li> </ul>
	Reposição Volêmica (4140)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar líquidos</li> <li>• Administrar produtos do sangue</li> <li>• Monitorar a condição de oxigenação</li> <li>• Monitorar quanto à sobrecarga de líquidos</li> <li>• Monitorar se há edema pulmonar e acúmulo de líquidos em áreas inusitadas ou no terceiro espaço</li> </ul>
	Controle da Hipoglicemia (2130)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (tremores, tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, descoordenação motora, tonturas, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, sonolência, fraqueza, calor, tonturas, inapetência, visão turva, pesadelos, choro durante o sono, parestesia, dificuldade de concentração, dificuldade de fala, incoordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsões)</li> <li>• Manter o acesso EV</li> <li>• Orientar sobre a dieta, insulina/agente oral e exercícios</li> </ul>
Risco de Integridade Tissular prejudicada 00248	Identificação de risco (6610)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar para o risco</li> <li>• Manter registro preciso</li> <li>• Orientar sobre fatores de risco e planejar a redução dos riscos</li> <li>• Implementar atividades de redução de risco</li> </ul>
Risco de Integridade da pele prejudicada 00047	Prevenção de úlcera de pressão (3540)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar quaisquer incidências prévias de formação de úlceras de pressão</li> <li>• Monitorar intensivamente áreas avermelhadas</li> <li>• Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária</li> <li>• Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra</li> <li>• Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas</li> </ul>
	Supervisão da pele (3590)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecionar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem</li> <li>• Observar os membros quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a cor e temperatura da pele</li> <li>• Registrar as alterações observadas na pele ou mucosas</li> </ul>
Risco de lesão de pressão 00249	Prevenção de lesão de pressão (3540)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar escala de Braden para avaliação de risco</li> <li>• Documentar incidência prévia de formação de lesão de pressão</li> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente</li> <li>• Monitorar áreas avermelhadas</li> </ul>
Risco de queda 00155	Prevenção contra quedas (6490)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar barreira protetora para retirar o excesso de umidade</li> <li>• Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas</li> <li>• Colocar o roteiro de mudança de decúbito na cabeceira do leito</li> <li>• Inspecionar proeminência óssea uma vez ao dia</li> <li>• Hidratar pele ressecada ainda íntegra</li> <li>• Assegurar uma ingestão dietética adequada</li> <li>• Utilizar escala de Morse para avaliação de risco</li> <li>• Rever o histórico de quedas com o paciente e família</li> <li>• Auxiliar o indivíduo instável durante o caminhar</li> <li>• Colocar acessórios facilmente ao alcance do paciente</li> <li>• Orientar o paciente a pedir auxílio quando em movimento</li> <li>• Usar grades da cama para impedir a queda</li> <li>• Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes</li> <li>• Orientar família para evitar desordem no chão</li> <li>• Fornecer iluminação adequada</li> </ul>
Risco de Infecção 00004	Controle de Infecção (6540)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolar pessoas expostas a doenças notificáveis.</li> <li>• Manter as técnicas de isolamento,</li> <li>• Orientar o paciente sobre técnicas apropriadas de lavagem de mãos.</li> <li>• Orientar os visitantes a lavarem as mãos na entrada e saída do quarto do paciente</li> <li>• Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente.</li> <li>• Incentivar a respiração profunda e a tosse.</li> <li>• Promover a ingestão nutricional adequada.</li> <li>• Incentivar a ingestão de líquidos,</li> <li>• Incentivar o repouso.</li> <li>• Orientar acompanhantes na utilização de avental descartável e luvas.</li> </ul>
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz 00228	Precauções circulatórias (4070)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecionar pacientes em risco (diabéticos, idosos, fumantes, hipertensos e aqueles com nível elevado de colesterol)</li> <li>• Realizar avaliação da circulação periférica (verificar pulso periférico, edema, enchimento capilar, cor, temperatura de extremidade)</li> <li>• Não instalar acesso EV em membro afetado</li> <li>• Não aferir pressão ou aplicar pressão em área afetada</li> <li>• Orientar paciente e família sobre o uso de</li> </ul>

		<p>medicação para controle da pressão arterial, anticoagulante e redução do nível de colesterol</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar paciente e família sobre cuidados com a pele</li> <li>• Monitorar as extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, edema ou dor.</li> </ul>
Risco de resposta alérgica 00217	Controle de Alergias (6410)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar alergias conhecidas</li> <li>• Documentar todas as alergias no prontuário clínico</li> <li>• Orientar o paciente com alergias medicamentosas a questionar todas as novas prescrições potenciais relação ao potencial para reações alérgicas</li> <li>• Monitorar o paciente após exposições a agentes reconhecidamente causadores de reações alérgicas, na busca de sinais de rubor generalizado, angioedema, urticária, tosse paroxística, ansiedade grave, dispneia, espirros, ortopneia, vômito, cianose ou choque</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.3 PRODUTO CONSTRUÍDO – BANCO DE DADOS

O banco de dados construído nesta dissertação será utilizado posteriormente para alimentação do sistema de gestão em saúde da instituição cenário deste estudo, e configura o produto de enfermagem elaborado nesta dissertação. Este banco de dados fornece uma estrutura básica para identificar as informações necessárias para delinear os cuidados de enfermagem e auxiliar os enfermeiros no planejamento dos serviços.

Este banco de dados inclui 32 diagnósticos de enfermagem com foco no problema e 13 diagnósticos de risco, definição dos diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco, 94 intervenções e suas respectivas definições e 684 atividades de enfermagem segundo as taxonomias da NANDA- I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) e Classificação das intervenções de enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).

As informações que compõem o banco de dados referente aos diagnósticos com foco no problema são apresentadas no quadro 16, as que compõem os diagnósticos de risco no quadro 17.

Quadro 16 – Banco de dados para alimentação dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde do Hospital Governador Celso Ramos, incluindo os títulos dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema e suas definições, características definidoras, fatores relacionados, título das intervenções de enfermagem e suas definições e as atividades de enfermagem segundo a NANDA Internacional. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Título dos diagnósticos</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>	<b>Título das intervenções</b>	<b>Atividades</b>
Ansiedade Código 00146 Pág. 316 Definição: Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autônoma, sentimento de apreensão causado por antecipação do perigo	Contato visual insuficiente Gestos de inquietação Inquietação Insônia Preocupações em razão de mudança em eventos da vida Produtividade diminuída Apreensão Arrependimento Desamparo Incerteza Irritabilidade Medo Nervosismo Sensação de inadequação Aumento da tensão Aumento da transpiração Tensão facial Tremores Tremores nas mãos	Ansiedade Desconforto físico Medo Pesar	Redução da Ansiedade 5820 Definição: Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionado a uma fonte não identificada de perigo previsto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar abordagem calma e tranquilizadora</li> <li>• Explicar todos os procedimentos</li> <li>• Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo</li> <li>• Encorajar a família a permanecer com o paciente</li> <li>• Escutar atentamente</li> <li>• Reforçar comportamento</li> <li>• Encorajar a verbalização dos sentimentos, percepções e medos</li> <li>• Auxiliar o paciente a identificar situações que precipitam a ansiedade</li> <li>• Administrar medicamentos para diminuir a ansiedade</li> </ul>
			Técnica para acalmar 5880 Definição: Redução da ansiedade em paciente com sofrimento agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter atitudes calmas e deliberadas</li> <li>• Manter contato visual com o paciente</li> <li>• Permanecer com o paciente</li> <li>• Conversar com o paciente</li> <li>• Administrar medicamentos ansiolíticos</li> </ul>
Conforto Prejudicado Código 00214 Pag. 434 Definição: Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e/ou social.	Alteração no padrão do sono Ansiedade Lamento Medo Irritabilidade	Controle situacional insuficiente Privacidade insuficiente	Orientação Antecipada 5210 Definição: Preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre expectativas realistas relativas ao comportamento do paciente</li> <li>• Fornecer uma referência pronta para o paciente (materiais educacionais e panfletos)</li> </ul>
Confusão Aguda Código 00128 Pag. 252 Definição: Distúrbios reversíveis de consciência, Atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com	Agitação Alteração na função cognitiva Alteração na função psicomotora Alteração no nível de consciência Alucinações Incapacidade de iniciar	Abuso de substâncias Alteração no ciclo sono-vigília Desidratação Desnutrição Dor Mobilidade prejudicada Privação sensorial	Tratamento para o uso de drogas: Abstinência de Álcool 4512 Definição: Cuidado do paciente que passa pela suspensão repentina de consumo de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os sinais vitais durante a suspensão do álcool ou outras drogas</li> <li>• Monitorar a ocorrência de Delirium tremens</li> <li>• Administrar anticonvulsivos ou sedativos.</li> <li>• Manter ingestão adequada de nutrientes e líquidos</li> </ul>

<p>duração inferior a 3 meses.</p>	<p>comportamento voltado a uma meta Incapacidade de iniciar um comportamento intencional Inquietação Percepções incorretas</p>	<p>Retenção urinária Uso inadequado de contenção</p>	<p>Contenção Física 6580 Definição: Aplicação, monitoramento e remoção de contenção mecânica ou manual utilizada para limitar a mobilidade física do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o procedimento, propósito, riscos e benefícios e período de tempo da intervenção para o paciente e família de modo compreensível.</li> <li>• Explicar ao paciente e família os comportamentos necessários para o término da intervenção</li> <li>• Monitorar a resposta do paciente ao procedimento</li> <li>• Fixar as restrições longe do alcance do paciente</li> <li>• Administrar os medicamentos para ansiedade ou agitação</li> <li>• Monitorar a condição da pele nos sítios de restrição</li> <li>• Monitorar a cor, temperatura e sensação das extremidades restringidas de modo frequente</li> <li>• Proporcionar movimentos e exercícios, de acordo com o nível de autocontrole, condição e capacidade do paciente</li> <li>• Posicionar o paciente para facilitar o conforto e prevenir contra a aspiração e ruptura da pele</li> <li>• Promover o movimento das extremidades nos pacientes com múltiplas restrições rodando a remoção/reaplicando uma restrição de cada vez</li> <li>• Auxiliar com mudanças periódicas na posição corporal</li> <li>• Fornecer ao paciente dependente meios para pedir ajuda (uma campainha) quando o cuidador não está presente</li> <li>• Auxiliar com as necessidades relacionadas a nutrição, evacuação, hidratação e higiene pessoal</li> <li>• Avaliar as necessidades do paciente para intervenção restritiva continuada em intervalos regulares</li> <li>• Remover gradualmente a restrição do paciente (uma de cada vez), conforme o autocontrole aumentar</li> <li>• Monitorar a resposta do paciente sobre a remoção da restrição</li> <li>• Documentar o motivo para uso de intervenção restritiva, resposta do paciente à intervenção, condições físicas do paciente, cuidados de enfermagem durante a</li> </ul>
------------------------------------	--	--	---	---

				intervenção e motivo para o término da intervenção
			Melhora do Sono 1850 Definição: Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustar o ambiente (luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono</li> <li>Promover aumento do número de horas de sono</li> </ul>
Conhecimento deficiente Código 001216 Pag. 255 Definição: Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico	Comportamento inapropriado Conhecimento insuficiente	Informações incorretas apresentadas por outros Informação insuficiente	Administração de Enema 0466 Definição: Instilação de uma solução no trato gastrointestinal inferior	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explicar o procedimento para o paciente e seus familiares</li> <li>Monitorar a resposta do paciente ao procedimento, incluindo sinais de intolerância (sangramento retal, distensão e dores abdominais), diarreia, constipação e impactação</li> <li>Monitorar quanto às características das fezes e da solução</li> </ul>
Debito Cardíaco Diminuído Código 00029 Pag. 226 Definição: Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo	Frequência/ritmo cardíaco alterado Alteração no eletrocardiogram a (ECG) Bradicardia Taquicardia Aumento da pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) (pressão capilar) Aumento da pressão venosa central (PVC) Diminuição da pressão venosa central (PVC) Distensão da veia jugular Edema Fadiga Ganho de peso Sopro cardíaco Pós-carga alterada Alteração na pressão arterial Cor da pele anormal Dispneia Oligúria Pele pegajosa Pulsos periféricos diminuídos Contratilidade alterada Ruídos adventícios	Alteração na contratilidade Alteração na frequência cardíaca Alteração na pós-carga Alteração na pré-carga Alteração no ritmo cardíaco Alteração no volume sistólico Débito Cardíaco Diminuído	Cuidados Controle Acidobásico (1910) Definição: Promoção do equilíbrio acidobásico e prevenção de complicações resultantes de desequilíbrio acidobásico Cardíacos (4040) Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para pacientes com sintomas de função cardíaca prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter via aérea pérvia</li> <li>Posicionar de modo a facilitar ventilação adequada</li> <li>Manter permeabilizado acesso IV</li> <li>Monitorar as tendências de pH, PaCO<sub>2</sub> e HCO<sub>3</sub> para verificar o tipo específico de desequilíbrio</li> <li>Monitorar a gasometria arterial e os níveis de eletrólitos séricos e na urina</li> </ul>



	respiratórios Tosse			
Déficit no Autocuidado para banho Código 00108 Pag. 241 Definição: Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente	Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água Capacidade prejudicada de acessar o banheiro Capacidade prejudicada de lavar o corpo Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho Capacidade prejudicada de regular a água do banho Capacidade prejudicada de secar o corpo	Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída	Assistência no Autocuidado: Alimentação 1803 Definição: Assistência à pessoa na alimentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a capacidade de deglutição do paciente</li> <li>• Monitorar o peso do paciente.</li> <li>• Garantir o posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição</li> </ul>
Déficit no Autocuidado para alimentação Código 00102 Pag. 240 Definição: Incapacidade de alimentar-se de forma independente	Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente Capacidade prejudicada de abrir recipientes Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente Capacidade prejudicada de engolir o alimento	Ansiedade Barreira ambiental Dor Fraqueza Motivação diminuída	Terapia de Deglutição 1860 Definição: Facilitação da deglutição e prevenção de complicações de uma deglutição prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o uso de canudos para beber</li> <li>• Auxiliar o paciente a se sentar em posição ereta para se alimentar/exercitar</li> <li>• Auxiliar o paciente a posicionar a cabeça flexionada para frente, preparando-se para a deglutição</li> <li>• Auxiliar o paciente a se manter sentado por 30 minutos após concluir a refeição</li> <li>• Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, preparando-se para a manipulação do alimento</li> <li>• Orientar o paciente a não conversar durante a alimentação</li> </ul> <p>Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos na bochecha, após alimentação</p>

	<p>Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca</p> <p>Capacidade prejudicada de manipular os alimentos na boca</p> <p>Capacidade prejudicada de manusear os utensílios</p> <p>Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos</p> <p>Capacidade prejudicada de preparar alimentos</p> <p>Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares</p>			
<p>Deglutição prejudicada 00103</p> <p>Definição: Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica</p>	<p>Ação ineficaz da língua na formação do bolo alimentar</p> <p>Acúmulo de bolo alimentar nos sulcos laterais</p> <p>Alimento empurrado para fora da boca</p> <p>Asfixia antes de deglutir “Babar”</p> <p>Deglutição aos pedaços</p> <p>Engasgos antes de deglutir</p> <p>Entrada prematura do bolo alimentar</p> <p>Escape do alimento pela boca</p> <p>Fechamento incompleto dos lábios</p> <p>Formação prolongada do bolo alimentar</p> <p>Incapacidade de esvaziar a cavidade oral</p> <p>Mastigação insuficiente</p> <p>Refluxo nasal</p> <p>Tempo de refeição prolongado com consumo insuficiente</p> <p>Tosse</p>	<p>Barreira ao autocuidado</p> <p>Conhecimento o insuficiente sobre saúde dental</p> <p>Desnutrição</p> <p>Dificuldade de acesso a cuidados dentários</p> <p>Hábitos alimentares inadequados</p> <p>Higiene oral inadequada</p> <p>Uso excessivo de agentes de limpeza oral abrasivos</p>	<p>Terapia de Deglutição 1860</p> <p>Definição: Facilitação da deglutição e prevenção de complicações de uma deglutição prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o uso de canudos para beber</li> <li>• Auxiliar o paciente a se sentar em posição ereta para se alimentar</li> <li>• Auxiliar o paciente a posicionar a cabeça flexionada para frente, preparando-se para a deglutição</li> <li>• Auxiliar o paciente a se manter sentado por 30 minutos após concluir a refeição</li> <li>• Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, preparando-se para a manipulação do alimento</li> <li>• Orientar o paciente a não conversar durante a alimentação</li> <li>• Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos na bochecha, após alimentação</li> </ul>

	<p>antes de deglutir          Alteração na posição da cabeça          Ânsia de vômito          Asfixia Deglutição repetida          Deglutição retardada Elevação inadequada da laringe          Febres de etiologia desconhecida          Infecção pulmonar recorrente          Qualidade gorgolejante da voz          Recusa do alimento Refluxo nasal Tosse          Acordar durante a noite Azia          Deglutição repetida          Dificuldade para deglutir          Dor epigástrica          Hálito com odor ácido Hematêmese          Hiperextensão da cabeça Limitação de volume          Odinofagia Recusa do alimento          Regurgitação          Relata “algo entalado”          Tosse durante a noite Vômito          Vômito no travesseiro</p>			
<p>Dentição prejudicada          Código 00048          Pag. 379          Definição: Ruptura nos padrões de desenvolvimento/erupção dentários ou na integridade estrutural de cada dente</p>	<p>Assimetria facial          Ausência de dentes          Cáries dentais          Cáries na raiz do dente          Dentes desgastados          Dentes frouxos          Descoloração do esmalte          Dor de dente          Erosão do esmalte          Excesso de placa          Excesso de tártaro          Fratura de dente          Halitose</p>	<p>Barreira ao autocuidado          Conhecimento o insuficiente sobre saúde dental          Desnutrição          Dificuldade de acesso a cuidados dentários          Hábitos alimentares inadequados          Higiene oral inadequada          Uso excessivo de agentes de limpeza oral</p>	<p>Controle da dor 1400          Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar alívio da dor com a administração de analgésico prescrito</li> <li>• Oferecer dieta com consistência macia</li> <li>• Orientar higiene oral</li> <li>• Realizar higiene oral</li> <li>• Fornecer encaminhamento ao dentista</li> </ul>

		abrasivos		
Diarreia Código 00013 Pag. 202 Definição: Eliminação de fezes soltas e mal formadas	Cólicas Dor abdominal Evacuações de fezes líquidas, > 3 em 24 horas Ruídos intestinais hiperativos Urgência intestinal	Abuso de laxantes Abuso de substâncias Altos níveis de estresse Ansiedade	Cuidado Perineal 1750 Definição: Manutenção da integridade da pele perineal e alívio do desconforto perineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar com a higiene</li> <li>• Manter o períneo seco</li> <li>• Aplicar uma barreira protetora (óxido de zinco, petrolato)</li> </ul>
			Administração de Analgésicos 2210 Definição: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar o paciente</li> <li>• Verificar histórico de alergias a medicamentos</li> <li>• Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriados quando há prescrição de mais de um</li> <li>• Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose, ou diante de sinais incomuns</li> <li>• Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar, a fim de facilitar a resposta analgésica</li> <li>• Orientar o paciente a solicitar medicamentos analgésicos prescritos “se necessário” antes que a dor esteja grave</li> <li>• Avaliar a efetividade dos analgésicos em intervalos regulares e frequentes após cada administração.</li> </ul>
Dor aguda Código 00132 Pag. 437 Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, início súbito ou lento de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com	Alteração no apetite Alteração no parâmetro fisiológico Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor Comportamento de distração Comportamento	Agente biológico lesivo Agente físico lesivo Agente químico lesivo	Administração de Medicamentos Código 2300 Definição: Preparar, administrar e avaliar a eficácia dos medicamentos com prescrição e dos isentos de prescrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificar o paciente do tipo de medicação, a razão para a administração, ações esperadas e os efeitos adversos antes da administração, conforme apropriado</li> <li>• Identificar corretamente medicamentos a serem administrados</li> <li>• Orientar o paciente e a família sobre as ações esperadas e os efeitos adversos da medicação</li> <li>• Monitorar o paciente para determinar a necessidade de medicamentos usados quando necessário, conforme apropriado</li> <li>• Monitorar paciente para o</li> </ul>

<p>duração menor que 3 meses</p> <p>Dor crônica Código 00133 Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, início súbito ou lento de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses</p>	<p>protetor</p> <p>Desesperança</p> <p>Expressão facial de dor</p> <p>Foco em si próprio</p> <p>Posição para aliviar a dor</p> <p>Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades</p>		<p>efeito terapêutico de todos os medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar a administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente</li> <li>• Observar histórico médico do paciente e histórico de alergias</li> <li>• Determinar conhecimento da medicação e compreensão do modo de administração pelo paciente</li> <li>• Monitorar paciente para dor aguda no local da injeção</li> <li>• Monitorar paciente para alteração motora ou sensorial no local ou distal ao local da injeção</li> <li>• Documentar administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente</li> </ul>
		<p>Administração de Medicamentos Endovenosa (EV) 2314</p> <p>Definição: Preparação e administração de medicamentos por via endovenosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicação EV à taxa adequada</li> <li>• Observar histórico médico do paciente e histórico de alergias</li> <li>• Determinar o conhecimento da medicação e a compreensão do modo de administração pelo paciente</li> <li>• Lavar o canal endovenoso com soro fisiológica 0,9%</li> <li>• Manter o acesso EV, conforme apropriado</li> <li>• Monitorar o paciente para determinar a resposta à medicação</li> <li>• Documentar a administração de medicamentos e a responsividade do paciente</li> </ul>
		<p>Administração de Medicamentos Intramuscular (IM) Código 2313</p> <p>Definição: Preparação e administração de medicamentos por via intramuscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar histórico médico do paciente e histórico de alergias</li> <li>• Determinar conhecimento da medicação e compreensão do modo de administração pelo paciente</li> <li>• Monitorar paciente para dor aguda no local da injeção</li> <li>• Monitorar paciente para alteração motora ou sensorial no local ou distal ao local da injeção</li> <li>• Documentar administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente</li> </ul>
		<p>Administração de Medicamentos: Oral 2304</p> <p>Definição: Preparação e administração de medicamentos por</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar paciente para uma possível aspiração</li> <li>• Realizar verificações da boca após a entrega de edicamentos.</li> <li>• Orientar o paciente ou familiar sobre como administrar o medicamento</li> </ul>

			via oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o paciente para efeitos terapêuticos, efeitos adversos, toxicidade de fármacos e interações medicamentosas</li> <li>• Documentar medicamentos administrados e capacidade de resposta do paciente.</li> </ul>
			Controle da Dor 1400 Definição: Facilitar o paciente a controlar a administração e regulação de analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o paciente e a família a monitorar a intensidade, a qualidade e a duração da dor</li> <li>• Monitorar a frequência respiratória e a pressão arterial</li> <li>• Auxiliar o paciente ou membro familiar a administrar uma dosagem de carregamento em bolus do analgésico</li> <li>• Solicitar avaliação nutricional no intuito de evitar a constipação</li> </ul>
			Controle do Ambiente: Conforto 6482 Definição: Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar a transição do paciente e de seus familiares, recepcionando-os e informando-os sobre as rotinas do setor</li> <li>• Facilitar medidas específicas de higiene para manter o indivíduo confortável</li> <li>• Posicionar paciente para facilitar o conforto</li> <li>• Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas</li> <li>• Criar um ambiente calmo e acolhedor</li> </ul>
			Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA) 2400 Definição: Facilitar o paciente a controlar a administração e regulação de analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o paciente e a família a monitorar a intensidade, a qualidade e a duração da dor</li> <li>• Monitorar a frequência respiratória e a pressão arterial</li> <li>• Orientar o paciente e os membros familiares sobre como utilizar o equipamento de PCA</li> <li>• Auxiliar o paciente ou membro familiar a administrar uma dosagem de carregamento em bolus do analgésico</li> <li>• Solicitar avaliação nutricional no intuito de evitar a constipação</li> </ul>
			Aplicação de Calor/Frio 1380 Definição: Estímulo da pele e tecidos subjacentes com frio ou calor, com o propósito de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar um tecido umedecido próximo à pele para aumentar a sensação de calor ou frio.</li> <li>• Orientar e proteger local de aplicação para evitar lesão ao tecido associado ao calor ou frio;</li> <li>• Verificar a temperatura de</li> </ul>

			<p>diminuir a dor, espasmos musculares ou inflamação</p>	<p>aplicação, especialmente quando usar o calor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a duração da aplicação com base em verbalização individual, comportamental e respostas biológicas</li> <li>• Cronometrar cuidadosamente todas as aplicações</li> <li>• Aplicar frio diretamente ou próximo ao local afetado.</li> <li>• Aplicar calor diretamente ou próximo ao local afetado, se possível</li> <li>• Avaliar a condição geral, segurança e conforto durante o tratamento</li> <li>• Posicionar para permitir movimentação da fonte de temperatura.</li> </ul>
			<p>Redução da Flatulência 0470 Definição: Prevenção de formação de flatos e facilitação da passagem de excesso de gases</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar ao paciente como são produzidos os flatos e os métodos de alívio</li> <li>• Ensinar ao paciente a evitar situações que o façam engolir ar em excesso</li> </ul> <p>Ensinar ao paciente a evitar alimentos que causam flatulência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os ruídos intestinais</li> <li>• Estimular caminhadas</li> </ul> <p>Limitar a ingesta oral.</p>
			<p>Oxigenioterapia 3320 Definição: Administração de oxigênio e monitoramento de sua eficácia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpar secreções orais, nasais, traqueais.</li> <li>• Restringir o fumo</li> <li>• Manter a permeabilidade das vias aéreas</li> <li>• Monitorar o fluxo de oxigênio</li> <li>• Monitorar a posição do dispositivo de fornecimento de oxigênio</li> <li>• Orientar o paciente sobre a importância de deixar ligado o dispositivo de fornecimento de oxigênio</li> <li>• Verificar periodicamente o dispositivo de fornecimento de oxigênio para garantir que a concentração prescrita esteja sendo liberada</li> <li>• Monitorar a eficácia da oxigenoterapia</li> <li>• Alterar o fornecimento de oxigênio da máscara para tubos nasais durante as refeições, conforme tolerado</li> </ul>

			<p>Posicionamento 0840</p> <p>Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um colchão/leito apropriado</li> <li>• Proporcionar um colchão firme</li> <li>• Explicar ao paciente que ele vai ser mobilizado.</li> <li>• Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição.</li> <li>• Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições</li> <li>• Pré-medicação do paciente antes de virá-lo.</li> <li>• Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada.</li> <li>• Elevar a parte corporal afetada</li> <li>• Posicionar paciente em posição Fowler para aliviar a dispnéia</li> <li>• Posicionar paciente em posição semi-fowler para aliviar a dispnéia</li> <li>• Fornecer apoio para áreas edemaciadas</li> <li>• Fornecer apoio apropriado para o pescoço</li> <li>• Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente</li> <li>• Elevar a cabeceira do leito. Mobilizar o paciente de acordo com a condição da pele.</li> </ul>
<p>Eliminação Urinária Prejudicada Código 00016</p> <p>Pag. 187</p> <p>Definição: Disfunção na eliminação da urina</p>	<p>Disúria Hesitação Incontinência urinária Noctúria Retenção urinária Urgência urinária Urinar com frequência</p>	<p>Múltiplas causas</p>	<p>Controle da Eliminação Urinária 0590</p> <p>Definição: Manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a eliminação urinária incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor</li> <li>• Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária</li> <li>• Orientar o paciente a ingerir líquidos</li> <li>• Registrar os sinais vitais básicos: peso, temperatura, pulso, respirações e pressão sanguínea</li> </ul>
			<p>Terapia por Hemofiltração 2110</p> <p>Definição: Limpeza do sangue do paciente gravemente doente por meio de um hemofiltro controlado pela pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar os sinais vitais básicos e peso</li> <li>• Coletar amostras de sangue e revisar a química sanguínea (creatinina sérica; níveis sorológicos de Na, Ca, K e PO4) antes da terapia</li> <li>• Determinar e registrar a função hemodinâmica do paciente</li> <li>• Explicar o procedimento ao paciente e pessoas relacionadas</li> <li>• Remover todas as bolhas de</li> </ul>



			<p>hidrostática do paciente</p>	<p>ar do sistema de hemofiltração</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar a dose de heparina conforme o protocolo ou ordens médicas</li> <li>• Monitorar taxa de ultrafiltração, ajustando a taxa conforme protocolo ou ordens médicas</li> <li>• Monitorar sistema de hemofiltração para vazamentos nas conexões, coagulação do filtro ou tubo</li> <li>• Monitorar os múltiplos parâmetros sistêmicos do paciente por protocolo</li> <li>• Monitorar e proteger os pontos de acesso e tubos e conexões</li> </ul>
			<p>Terapia por Hemodiálise 2100</p> <p>Definição: Condução da passagem extracorpórea do sangue do paciente através do dialisador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a pressão sanguínea, pulso, respirações, temperatura e resposta do paciente durante a diálise</li> <li>• Administrar heparina, de acordo com o protocolo</li> <li>• Monitorar o tempo de coagulação e ajustar adequadamente a administração de heparina</li> <li>• Descontinuar a hemodiálise de acordo com o protocolo</li> <li>• Comparar os sinais vitais e análise química sanguínea pós-diálise com os valores da pré-diálise</li> <li>• Evitar aferir a pressão sanguínea ou punções endovenosas no braço com fistula</li> <li>• Orientar o paciente para ajustar a dieta, limitações de fluido e medicamentos para regular as mudanças de fluidos e eletrólitos entre os tratamentos</li> <li>• Ensinar o paciente quanto aos seus sinais e sintomas que indiquem a necessidade do tratamento médico (febre, sangramento, fistula coagulada, tromboflebite e pulso irregular)</li> <li>• Orientar o paciente para aliviar o desconforto dos efeitos colaterais da doença e do tratamento (cólicas, fadiga, dores de cabeça, prurido, anemia, desmineralização óssea, mudanças na imagem corporal e interrupção de</li> </ul>

				função) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhar em colaboração com o paciente para ajustar a duração da diálise, regulações na dieta e dor e a necessidade de distração para atingir o benefício máximo do tratamento</li> </ul>
			Assistência na Automodificação 4470 Definição: Reforço da mudança autodirigida iniciada pelo paciente para alcançar metas pessoalmente importantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada</li> <li>• Explorar com o paciente as potenciais barreiras à mudança de comportamento</li> <li>• Encorajar o paciente a escolher os reforços ou recompensas suficientemente significativas para sustentar o comportamento</li> <li>• Auxiliar o paciente a avaliar o progresso, por meio da comparação dos registros antigos de comportamento ao comportamento atual</li> </ul>
Estilo de Vida Sedentário Código 00168 Pag. 141 Definição: Um hábito de vida que se caracteriza por baixo nível de atividade física	Falta de condicionamento físico Média de atividade física inferior a recomendada para idade e sexo Preferência por atividades com pouca atividade física	Conhecimento insuficiente sobre os benefícios a saúde associados ao exercício físico Interesse insuficiente em atividades físicas Motivação insuficiente em atividades físicas	Facilitação da Auto Responsabilidade 4480 Definição: Encorajar o paciente para que assuma maior responsabilidade pelo próprio comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar se o paciente tem conhecimento adequado sobre a condição de saúde</li> <li>• Auxiliar os pacientes a identificarem áreas em que possam assumir de imediato maior responsabilidade</li> </ul>
			Controle do Peso 1260 Definição: Facilitação da manutenção do peso corporal e percentual de gordura corporal adequados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir os riscos associados ao fato de estar acima ou abaixo do peso</li> <li>• Determinar o peso corporal ideal do indivíduo</li> <li>• Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água</li> </ul>
			Assistência na automodificação 4470 Definição: Reforço da mudança autodirigida iniciada pelo paciente para alcançar metas pessoalmente importantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada</li> <li>• Explorar com o paciente as potenciais barreiras à mudança de comportamento</li> <li>• Encorajar o paciente a escolher os reforços ou recompensas suficientemente significativas para sustentar o comportamento</li> <li>• Auxiliar o paciente a avaliar o progresso, por meio da</li> </ul>

				<p>comparação dos registros antigos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada</li> </ul>
<p>Hipertermia Código 00007 Pag. 425 Definição: Temperatura corporal central acima dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação</p>	<p>Pele quente ao toque Pele ruborizada Taquicardia Taquipneia</p>	<p>Desidratação Doença Sepse Trauma</p>	<p>Tratamento da Hipertermia 3786 Definição: Controle de sintomas e condições relacionadas associadas a um aumento na temperatura corporal que resulta de uma disfunção termorregulatória</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os sinais vitais</li> <li>• Administrar oxigênio, conforme necessário</li> <li>• Molhar a superfície corporal e ventilar o paciente</li> <li>• Estabelecer acesso EV</li> </ul>
<p>Integridade tissular prejudicada. Código 00044 Pag. 387 Definição: Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, capsula articular e/ou ligamento</p>	<p>Área localizada quente ao toque Dano tecidual Dor aguda Hematoma Sangramento Tecido destruído Vermelhidão</p>	<p>Conhecimento o insuficiente sobre o processo da doença Conhecimento o insuficiente sobre os fatores modificáveis Entrada excessiva de sódio Estilo de vida sedentário Conhecimento o insuficiente sobre os fatores modificáveis</p>	<p>Controle da Nutrição 1100 Definição: Fornecimento e promoção de uma ingestão equilibrada de nutrientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar alergias alimentares ou intolerâncias do paciente</li> <li>• Realizar ou auxiliar o paciente com os cuidados bucais depois de comer</li> <li>• Administrar medicamentos antes de comer</li> </ul>
			<p>Controle Hídrico 4120 Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejáveis de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registro preciso de ingestão e eliminação</li> <li>• Monitorar o estado de hidratação</li> <li>• Monitorar sinais vitais</li> <li>• Orientar o paciente quanto ao jejum</li> </ul>
			<p>Cuidado Perineal 1750 Definição: Manutenção da integridade da pele perineal e alívio do desconforto perineal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar com a higiene</li> <li>• Manter o períneo seco</li> <li>• Fornecer suporte escrotal</li> </ul>
			<p>Cuidados com Lesões 3660 Definição: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir o leito da lesão</li> <li>• Comparar e registrar regularmente todas as mudanças</li> <li>• Documentar localização, tamanho e aspecto</li> </ul>
			<p>Cuidados com Lesões: Drenagem Fechada 3662</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checar bomba e dreno quanto à potência, vedação e estabilidade, tomando cuidado para evitar a remoção</li> </ul>

			<p>Definição: Manutenção de sistema de drenagem por pressão no local da lesão</p>	<p>inadvertida de suturas, se houver</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar sinais de infecção, inflamação e desconforto em torno do dreno</li> <li>• Registrar o volume e as características da drenagem</li> </ul>
			<p>Cuidados com o Local de Incisão 3440 Definição: Limpeza, Monitoramento e promoção da cicatrização de uma ferida que é fechada com suturas, cliques ou grampos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção</li> <li>• Orientar o paciente sobre como cuidar da incisão durante o banho ou ducha</li> </ul>
			<p>Prevenção de Lesão por Pressão 3540 Definição: Prevenção das úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente</li> <li>• Monitorar intensivamente áreas avermelhadas</li> <li>• Remover a umidade excessiva da pele</li> <li>• Aplicar barreiras protetoras</li> <li>• Realizar mudança de decúbito do paciente com cuidado</li> <li>• Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão ao menos uma vez ao dia</li> <li>• Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito</li> <li>• Utilizar leitos e colchões especializados</li> <li>• Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra</li> <li>• Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente</li> </ul>
			<p>Cuidados com lesão por pressão 3520 Definição: Facilitação da cicatrização das lesões de pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever as características da lesão em intervalos regulares, incluindo o tamanho (comprimento × largura × profundidade), estágio (I-V), localização, exsudato, tecido de granulação ou necrótico e epitelização</li> <li>• Utilizar leitos e colchões apropriados</li> <li>• Anotar as características de qualquer drenagem</li> <li>• Assegurar uma alimentação adequada</li> <li>• Monitorar o estado nutricional</li> </ul>

			<p>Cuidado com Sondas: Urinária 1876 Definição: Manejo de paciente com equipamento de drenagem urinária</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter sistema de drenagem urinária fechado, estéril e sem obstruções</li> <li>• Irrigar sistema de cateter urinário utilizando técnica estéril.</li> <li>• Realizar cuidados de rotina ao meato com água e sabão durante o banho diário</li> <li>• Limpar o cateter urinário externamente ao meato</li> <li>• Trocar o cateter urinário a intervalos regulares a cada 30 dias</li> <li>• Observar e anotar as características de drenagem urinária</li> <li>• Monitorar quanto a distensão da bexiga</li> </ul>
			<p>Sondagem Vesical: Intermitente 0582 Definição: Uso periódico regular de uma sonda para esvaziar a bexiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o paciente/família sobre a técnica de sondagem intermitente limpa</li> <li>• Manter um registro detalhado da rotina de sondagem, ingestão e eliminação de líquidos</li> <li>• Monitorar a cor, odor e aparência da urina</li> </ul>
			<p>Cuidados com Sondas: Gastrointestinal 1874 Definição: Manejo de paciente com sonda gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos</li> <li>• Monitorar sons intestinais</li> <li>• Monitorar quanto a diarreia</li> <li>• Monitorar o estado hídrico e eletrolítico</li> <li>• Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito</li> <li>• nasogástrico</li> </ul>
			<p>Cuidados com Ostomias 0480 Definição: Manutenção da eliminação através do estoma e cuidados com o tecido circundante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia</li> <li>• Monitorar os padrões de eliminação</li> <li>• Fornecer apoio e assistência enquanto o paciente desenvolve habilidade em cuidar do estoma e do tecido circundante</li> <li>• Solicitar a nutricionista parecer e orientação sobre os mecanismos para reduzir o odor</li> </ul>
			<p>Cuidado com os Pés 1660 Definição: Preparo de paciente em risco e/ou pessoa significativa para fornecer cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar pernas e pés quanto a edema</li> <li>• Ensino sobre cuidados com os pés</li> <li>• Manter unhas curtas e limpas</li> <li>• Orientar sobre o uso de calçados confortáveis</li> </ul>

			preventivos aos pés	
			<p>Monitoração de Sinais Vitais 6680 Definição: Coleta e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir contra complicações</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório</li> <li>• Monitorar a pressão arterial após a ingestão de medicamentos</li> <li>• Monitorar os sons pulmonares</li> <li>• Monitorar a oximetria de pulso</li> </ul>
			<p>Administração de Medicamentos: Tópica 2316 Definição: Preparação e aplicação de medicamentos tópicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a condição da pele do paciente sobre a área em que a medicação será aplicada</li> <li>• Observar histórico clínico e de alergias do paciente</li> <li>• Determinar a condição da pele do paciente sobre a área em que a medicação será aplicada</li> <li>• Aplicar agente tópico</li> <li>• Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos tópicos em áreas sem pelos da pele.</li> <li>• Espalhar o medicamento uniformemente sobre a pele.</li> <li>• Monitorar efeitos locais, sistêmicos e adversos da medicação</li> <li>• Documentar a administração de medicamentos e a capacidade de resposta do paciente.</li> </ul>
<p>Integridade da Pele Prejudicada Código 00046 Pag.385 Definição: Epiderme e/ou derme alterada</p>	<p>Alteração na integridade da pele Área localizada quente ao toque Dor aguda Hematoma Matéria estranha perfurando a pele Sangramento Vermelhidão</p>	<p>Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade Internas Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada</p>	<p>Controle da Pressão 3500 Definição: Minimização da pressão sobre partes corporais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolchoar bordas ásperas de imobilizações e conexões de tração</li> <li>• Utilizar um colchão/leito terapêutico apropriado</li> <li>• Colocar uma almofada de espuma de poliuretano.</li> <li>• Evitar aplicar pressão sobre a parte corporal afetada</li> <li>• Elevar a extremidade lesionada</li> <li>• Mobilizar o paciente imobilizado a cada 2 horas, de acordo com um esquema específico</li> <li>• Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão</li> <li>• Monitorar a mobilidade e estabilidade do paciente</li> <li>• Usar equipamentos apropriados para manter os calcanhares e proeminências</li> </ul>

				<p>ósseas afastados do leito</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o estado nutricional do paciente</li> </ul>
			<p>Controle de Prurido 3550</p> <p>Definição: Prevenção e tratamento de coceiras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a causa do prurido</li> <li>• Orientar o paciente a evitar sabões de banho e óleos perfumados</li> <li>• Orientar o paciente a manter suas unhas cortadas</li> </ul>
			<p>Controle Hidroeletrólítico 2080</p> <p>Definição: Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar água livre por sonda</li> <li>• Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo níveis de pressão venosa central, pressão arterial média, pressão de artéria pulmonar e pressão de artéria pulmonar.</li> <li>• Monitorar quanto a efeitos colaterais dos eletrólitos suplementares prescritos.</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Observar as membranas bucais do paciente, a esclera e a pele quanto a indicações de alteração de equilíbrio hídrico ou eletrolítico (ressecamento, cianose e icterícia)</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Manter registro preciso de ingestão e eliminação</li> </ul>
			<p>Cuidados com a Tração/Imobilização 0940</p> <p>Definição: Manejo de paciente que tem tração e/ou um dispositivo de estabilização para imobilizar e estabilizar uma parte do corpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a posição adequada na cama para melhorar a tração</li> <li>• Assegurar-se de que os pesos adequados estão sendo aplicados</li> <li>• Monitorar a pele e proeminências ósseas quanto a sinais de ruptura da pele</li> <li>• Monitorar circulação, movimento e sensação de</li> <li>• extremidade afetada</li> </ul>
			<p>Cuidados com Aparelho Gessado: Manutenção 0762</p> <p>Definição: Cuidados com aparelho gessado após o período de secagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o surgimento de sinais de infecção (odor desagradável no gesso, eritema, febre)</li> <li>• Monitorar a circulação e a função neurológica dos tecidos acima e abaixo do aparelho gessado</li> <li>• Verificar o surgimento de fissuras ou rachaduras no gesso</li> <li>• Ensinar os cuidados com o aparelho gessado ao paciente e aos familiares</li> <li>• Orientar o paciente com</li> </ul>

				<p>imobilizações gessadas para não inserir objetos dentro da abertura do aparelho gessado para coçar a pele</p>
			<p>Cuidados na Amputação 3420 Definição: Promoção de bem-estar físico e psicológico antes e depois da amputação de parte do corpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar o consentimento informado com o paciente</li> <li>• Fornecer informações e suporte antes e após a cirurgia</li> <li>• Facilitar o uso de um colchão de alívio de pressão</li> <li>• Posicionar coto em alinhamento corporal adequado</li> <li>• Monitorar o edema no coto</li> <li>• Monitorar a cicatrização da ferida no local da incisão</li> <li>• Monitorar a integridade dos tecidos e da pele</li> </ul>
			<p>Prevenção de Lesão por Pressão 3540 Definição: Prevenção das lesões de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar o peso e as mudanças de peso</li> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente</li> <li>• Monitorar intensivamente áreas avermelhadas</li> <li>• Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária</li> <li>• Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão ao menos uma vez ao dia</li> <li>• Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra</li> </ul>
			<p>Redução do Sangramento 4020 Definição: Limitação da perda de volume de sangue durante um episódio de sangramento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar atentamente o paciente quanto a sangramento</li> <li>• Monitorar o tamanho e o caráter do hematoma</li> <li>• Monitorar as tendências da pressão arterial e parâmetros hemodinâmicos</li> </ul>
			<p>Redução do Sangramento: Ferimento 4028 Definição: Limitação da perda de sangue de um ferimento em consequência de trauma, incisões ou passagem de uma sonda ou cateter</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar curativo compressivo no local do sangramento</li> <li>• Elevar a extremidade que está sangrando</li> <li>• Manter irrigação vesical contínua, se apropriado</li> <li>• Monitorar pulsos distais ao local do sangramento</li> </ul>



			<p>Controle do Ambiente: Conforto 6482 Definição: Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a causa do desconforto (curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama amarrotada)</li> <li>• Fornecer ou remover cobertores para promover conforto térmico</li> <li>• Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação</li> </ul>
<p>Insônia Código -00095 Pag. 211 Definição: Distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária</p>	<p>Acordar cedo demais Alteração na concentração Alteração no afeto Alteração no Humor Alteração no padrão de sono Aumento de acidentes Aumento do absenteísmo Dificuldade para iniciar o sono Dificuldade para manter o sono Distúrbio do sono que produz consequências no dia seguinte Energia insuficiente Estado de saúde comprometido Insatisfação com o sono Padrão de sono não restaurador Redução na qualidade de vida</p>	<p>Ansiedade Depressão Estressores Medo Desconforto físico</p>	<p>Melhora do sono 1850 Definição: Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar o padrão de sono do paciente e o número de horas dormidas</li> <li>• Orientar o paciente a monitorar os padrões de sono</li> <li>• Ajustar o ambiente (luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono</li> </ul>
<p>Mobilidade física prejudicada Código 00085 Pag. 219 Definição: Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades</p>	<p>Alteração na marcha Alteração na marcha Desconforto Dificuldade para virar-se Dispneia ao esforço Instabilidade postural Movimentos descoordenados Movimentos espásticos Movimentos lentos Redução na amplitude de movimentos Redução nas</p>	<p>Ansiedade Apoio ambiental insuficiente Conhecimento o insuficiente sobre o valor da atividade física Controle muscular diminuído Crenças culturais em relação às atividades aceitáveis Depressão Desnutrição Desuso</p>	<p>Assistência no Autocuidado 1800 Definição: Auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos adaptadores para realizar higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, realizar higiene íntima e alimentar-se</li> <li>• Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade</li> <li>• Determinar o tipo de assistência necessária</li> <li>• Auxiliar o paciente na aceitação da dependência</li> </ul>

	<p>habilidades motoras finas          Redução nas habilidades motoras grossas          Tempo de resposta prolongado Tremor induzido pelo movimento</p>	<p>Dor Estilo de vida sedentário          Falta de condicionamento físico          Força muscular diminuída          Intolerância à atividade Massa muscular diminuída          Percentil de índice de massa corporal (IMC) &gt; 75 adequado à idade e ao sexo          Relutância em iniciar movimentos          Resistência diminuída          Rigidez articular</p>		
<p>Mobilidade no leito prejudicada Código 00091          Pag. 220          Definição: Limitação no movimento independente de uma posição para outra no leito</p>	<p>Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição prona e a supina          Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada e a supina          Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada prolongada e a supina          Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama          Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro</p>	<p>Dor Força muscular insuficiente          Obesidade          Prejuízo Musculo esquelético          Prejuízo Neuromuscul ar</p>	<p>Posicionamento 0840          Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um colchão/leito apropriado.</li> <li>• Explicar ao paciente que ele vai ser mobilizado.</li> <li>• Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições.</li> </ul>
<p>Motilidade gastrointestinal disfuncional Código 00196          Pag. 204          Definição: Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrintestinal</p>	<p>Abdome distendido          Aceleração do esvaziamento gástrico          Ausência de flatos          Cólica abdominal          Diarreia          Dificuldade para defecar          Dor abdominal          Fezes formadas endurecidas          Mudança nos ruídos intestinais          Náusea          Regurgitação</p>	<p>Alteração na fonte de água          Alteração nos hábitos alimentares          Ansiedade          Desnutrição          Estilo de vida sedentário          Estressores          Imobilidade</p>	<p>Cuidados com Sondas: Gastrointestinal 1874          Definição: Manejo de paciente com sonda gastrointestinal</p> <p>Cuidados com Ostomias 0480          Definição: Manutenção da eliminação através do estoma e cuidados com o tecido circundante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos</li> <li>• Monitorar sons intestinais</li> <li>• Monitorar quanto a diarreia</li> <li>• Monitorar o estado hídrico e eletrolítico</li> <li>• Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito</li> <li>• nasogástrico</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia</li> <li>• Monitorar os padrões de eliminação</li> <li>• Fornecer apoio e assistência enquanto o paciente</li> </ul>

	Resíduo gástrico aumentado Resíduo gástrico cor de bÍlis VÔmito			desenvolve habilidade em cuidar do estoma e do tecido circundante • Solicitar a nutricionista parecer e orientação sobre os mecanismos • para reduzir o odor
Náusea Código 00134 Pag. 440 Definição: Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estomago que pode ou não resultar em vômito	Ânsia de vômito Aversão à comida Deglutição aumentada Sabor amargo Salivação aumentada	Ansiedade EstÍmulos ambientais nocivos EstÍmulos visuais desagradáveis Exposição a toxinas Medo Sabores nocivos	Controle da Náusea 1450 Definição: Prevenção e alÍvio de náuseas	• Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores, precipitantes • Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas • Realizar frequentemente a higiene oral para promover o conforto • Oferecer líquido frio • Monitorar os efeitos do controle das náuseas
Padrão respiratório ineficaz Código 00032 Pag. 229 Definição: Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada	Assumir posição de três pontos Batimento de asa do nariz Bradipneia Capacidade vital diminuída Diâmetro anteroposterior do tÓrax aumentado Diminuição da pressão expiratória Diminuição da pressão inspiratória Dispneia Excursão torácica alterada Fase de expiração prolongada Ortopneia Padrão respiratório anormal Respiração com os lábios franzidos Taquipneia Uso da musculatura acessória para	Ansiedade Dor Fadiga Muscular Respiratória Hiperventilação	Aspiração de Vias Aéreas 3160 Definição: Remoção de secreções das vias aéreas por meio da inserção de cateter de aspiração na via aérea oral, nasofaríngea, ou traqueal do paciente	• Utilizar a menor pressão de aspiração necessária para remover secreções • Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção
Troca de gases prejudicada Código 00030 Pag. 207 Definição: Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na	Batimento de asa do nariz Cefaleia ao acordar Confusão Cor da pele anormal Diminuição do nível de dióxido de carbono (CO <sub>2</sub> )	A serem desenvolvidos	Estimulação da tosse 3250 Definição: Promoção da inspiração profunda pelo paciente com geração subsequente de pressões intratorácicas	• Orientar o paciente a inalar profundamente várias vezes, para expirar lentamente e tossir no final da expiração • Auxiliar o paciente a usar um travesseiro ou cobertor enrolado como apoio à incisão ao tossir

membrana alveolar	<p>Dispneia Gasometria arterial anormal Hiperapnia Hipoxemia Hipóxia Inquietação Irritabilidade Padrão respiratório anormal Perturbação visual pH arterial anormal Sonolência Taquicardia</p>		elevadas e compressão do parênquima pulmonar subjacente para a expulsão forçada de ar.	
<p>Perfusão Tissular Periférica Ineficaz Código 00204 Pag. 232 Definição: Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.</p>	<p>A cor não volta à perna quando esta é baixada após 1 minuto de sua elevação Alteração em característica da pele Alteração na função motora Ausência de pulsos periféricos Claudicação intermitente Cor da pele pálida na elevação de membro Diminuição da pressão arterial nas extremidades Dor em extremidade Edema Parestesia Pulsos periféricos diminuídos Retardo na cicatrização de ferida periférica Tempo de enchimento capilar &gt; 3 segundos</p>	<p>Ansiedade Dor Fadiga Fadiga da musculatura respiratória Hiperventilação Obesidade</p>	<p>Posicionamento 0840 Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico</p> <p>Controle da Sensibilidade Periférica 2660 Definição: Prevenção ou minimização de lesões ou desconfortos no paciente com alteração da sensação</p> <p>Controle do Choque 4250 Definição: Facilitação da distribuição de oxigênio e nutrientes aos tecidos sistêmicos, com remoção dos produtos de excreção celulares em paciente com alteração grave da perfusão tecidual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um colchão/leito apropriado.</li> <li>• Explicar ao paciente que ele vai ser mobilizado.</li> <li>• Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar para parestesia (torpor, formigamento, hiperestesia, hipostesia e nível da dor), quando apropriado</li> <li>• Encorajar o paciente a utilizar a parte não afetada do corpo</li> <li>• Orientar o paciente ou família a examinar diariamente a pele à procura de alterações na integridade da pele</li> <li>• Monitorar para tromboflebite e tromboembolismo venoso</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os sinais vitais, pressão arterial ortostática, estado mental e débito urinário</li> <li>• Posicionar o paciente para obter perfusão ideal</li> <li>• Instituir e manter a perviedade das vias respiratórias</li> <li>• Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica</li> <li>• Monitorar ECG</li> <li>• Usar monitoramento de via arterial</li> <li>• Coletar amostras para gasometria arterial e monitorar a oxigenação tecidual</li> <li>• Inserir e manter acesso IV de grande calibre</li> <li>• Monitorar a glicemia e tratar níveis anormais</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserir sonda nasogástrica para aspiração e monitorar secreções</li> </ul>
			<p>Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva 3300 Definição: Auxílio ao paciente a receber suporte de respiração artificial através de um dispositivo inserido na traqueia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar para detecção de insuficiência respiratória iminente</li> <li>• Consultar outros profissionais de saúde na seleção de um modo de ventilação mecânica</li> <li>• Assegurar que os alarmes do respirador estejam ligados</li> <li>• Monitorar para diminuição do volume exalado e aumento da pressão inspiratória</li> <li>• Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência e documentar regularmente os achados</li> <li>• Promover avaliações de rotina para os critérios de desmame</li> <li>• Prestar cuidados orais de rotina com agente antisséptico e aspiração suave</li> <li>• Documentar todas as alterações de configuração do respirador, com justificativa para mudanças</li> <li>• Monitorar para detecção de complicações pós-extubação</li> <li>• Certificar-se de haver equipamento de emergência à beira do leito em todos os momentos</li> </ul>
<p>Resposta Disfuncional ao desmame ventilatório Código 00034 Pag.235 Definição: Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico que interrompe e prolonga o processo de desmame</p>	<p>Aumento da frequência respiratória acima dos valores basais Desconforto respiratório Fadiga Inquietação Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais Aumento da pressão arterial em relação aos parâmetros basais Agitação Cor da pele anormal Deterioração na gasometria arterial em relação aos valores basais Nível de consciência diminuído</p>	<p>Alteração no padrão de sono Desobstrução ineficaz das vias aéreas Dor Nutrição inadequada Psicológicos Ansiedade Baixa autoestima Confiança insuficiente nos profissionais da saúde Conhecimento o insuficiente sobre o processo de desmame Desesperança Incerteza quanto à capacidade de desmame Medo Motivação diminuída</p>	<p>Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva 3300 Definição: Auxílio ao paciente a receber suporte de respiração artificial através de um dispositivo inserido na traqueia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar para detecção de insuficiência respiratória iminente</li> <li>• Consultar outros profissionais de saúde na seleção de um modo de ventilação mecânica</li> <li>• Assegurar que os alarmes do respirador estejam ligados</li> <li>• Monitorar para diminuição do volume exalado e aumento da pressão inspiratória</li> <li>• Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência e documentar regularmente os achados</li> <li>• Realizar avaliações de rotina para os critérios de desmame</li> <li>• Prestar cuidados orais de rotina com agente antisséptico e aspiração suave</li> <li>• Documentar todas as alterações de configuração do respirador, com justificativa para mudanças</li> </ul>

	Respiração abdominal paradoxal Respiração agônica (tipo gasping) Respiração sem sincronia com o ventilador Respiração superficial Ruídos adventícios respiratórios Uso de musculatura acessória respiratória importante	Sentimento de impotência Situacionais Apoio social insuficiente Barreira ambiental Episódios não controlados de demanda energética Ritmo inapropriado do processo de desmame ventilatório Condições associadas História de dependência do ventilador por > 4 dias História de tentativas de desmame malsucedidas		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar para detecção de complicações pós-extubação</li> <li>• Certificar-se de haver equipamento de emergência à beira do leito em todos os momentos</li> </ul>
			Controle da Ventilação Mecânica: Não Invasiva 3302 Definição: Auxílio a um paciente que está recebendo apoio de respiração artificial e não necessita de um dispositivo inserido na traqueia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar o paciente em posição semi-Fowler</li> <li>• Aplicar dispositivo não invasivo que assegura ajuste adequado e evitar grandes vazamentos de ar</li> <li>• Aplicar proteção facial, para evitar danos à pele devido a pressão</li> <li>• Monitorar rotineiramente as configurações do respirador, incluindo temperatura e umidificação do ar inspirado</li> <li>• Monitorar a eficácia da ventilação mecânica sobre o estado fisiológico e psicológico do paciente</li> <li>• Monitorar para detecção de lesão da mucosa de tecido oral, nasal, traqueal ou laríngeo</li> <li>• Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência, e documentar os achados regularmente</li> <li>• Documentar todas as respostas do paciente ao respirador e alterações do respirador</li> </ul>
			Controle da Ventilação Mecânica: Prevenção de Pneumonia 3304. Definição: Cuidado de um paciente em risco para o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escovar suavemente a gengiva se o paciente for desdentado</li> <li>• Aplicar um agente desbridante ou enxaguatório bucal na gengiva, dentes e língua</li> <li>• Aplicar hidratante oral na mucosa oral e lábios</li> <li>• Aspirar a traqueia, depois a cavidade oral e, em seguida, a faringe nasal para remover secreções acima do manguito ET para diminuir o risco de aspiração</li> <li>• Monitorar os sinais e sintomas de infecção respiratória no paciente</li> <li>• Monitorar e documentar saturação de oxigênio</li> <li>• Manter a fixação limpa e seca</li> </ul>
Aspiração de Vias Aéreas 3160 Definição:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração</li> <li>• Providenciar sedação</li> </ul>			

			Remoção de secreções das vias aéreas por meio de inserção de cateter de aspiração na via aérea oral, nasofaríngea ou traqueal do paciente	Monitorar o estado de oxigenação dos pacientes, estado neurológico e estado hemodinâmico imediatamente antes, durante e após a aspiração <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção</li> </ul>
Ventilação espontânea prejudicada Código 00033 Pag. 239 Definição: Incapacidade de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida.	Apreensão Aumento da frequência cardíaca Aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO <sub>2</sub> ) Aumento da taxa metabólica Cooperação diminuída Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO <sub>2</sub> ) Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO <sub>2</sub> ) Dispneia Inquietação Uso aumentado da musculatura acessória Volume corrente diminuído	Fadiga da musculatura respiratória Alteração no metabolismo	Assistência Ventilatória 3390 Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter via aérea pérvia</li> <li>• Posicionar o paciente para aliviar dispneia</li> <li>• Encorajar a respiração profunda lenta</li> <li>• Monitorar os efeitos da mudança de posição na oxigenação: gasometria, SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> ao final da expiração</li> <li>• Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse</li> <li>• Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de sons adventícios</li> <li>• Deambular três a quatro vezes ao dia</li> </ul>
			Controle de Vias Aéreas Artificiais 3180 Definição: Manutenção de tubos endotraqueais e de traqueostomia e prevenção de complicações associadas ao seu uso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar aspiração endotraqueal</li> <li>• Aspirar a orofaringe e secreções da parte superior do balonete do tubo antes de desinflar o balonete</li> <li>• Auscultar para verificar a presença de murmúrios vesiculares bilateralmente após a inserção e depois da troca da fixação endotraqueal/da traqueostomia</li> <li>• Monitorar a coloração, quantidade e consistência das secreções</li> <li>• Instituir medidas para evitar a extubação acidental (fixar a via aérea artificial com cadarços, administrar sedação e relaxantes muscular, utilizar contenções nos membros superiores) Inspeccionar a pele em torno do estoma traqueal quanto à drenagem, hiperemia, irritação e ao sangramento</li> <li>• Inspeccionar e palpar para verificar a presença de ar sob a pele a cada 8 horas</li> </ul>

			<p>Extubação Endotraqueal 3270</p> <p>Definição: Remoção proposital de tubo endotraqueal da via aérea nasofaríngea ou orofaríngea</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar o paciente para o melhor uso da musculatura ventilatória, com a parte superior da cama elevada 75°</li> <li>• Orientar o paciente sobre o procedimento</li> <li>• Hiperoxigenar o paciente e aspirar a via aérea endotraqueal</li> <li>• Aspirar a via aérea oral</li> <li>• Encorajar o paciente a tossir e expectorar o escarro</li> <li>• Administrar oxigênio conforme prescrito</li> <li>• Encorajar a tosse e respiração profunda</li> <li>• Aspirar as vias aéreas</li> <li>• Monitorar quanto a dificuldade respiratória</li> <li>• Observar sinais de obstrução da via aérea</li> <li>• Monitorar sinais vitais</li> <li>• Encorajar o descanso da voz por 4 a 8 horas.</li> <li>• Monitorar habilidade de engolir e falar</li> </ul>
			<p>Monitoração de Sinais Vitais 6680</p> <p>Definição: Coleta e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir contra complicações</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório</li> <li>• Monitorar a pressão arterial após a ingestão de medicamentos</li> <li>• Monitorar ritmo e frequência cardíacos</li> <li>• Monitorar a cor, temperatura e umidade da pele</li> </ul>
<p>Volume de líquido deficiente Código 00027</p> <p>Pag. 181</p> <p>Definição: Diminuição de líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio</p>	<p>Alteração no estado mental</p> <p>Alterações no turgor da pele</p> <p>Aumento da frequência cardíaca</p> <p>Aumento da temperatura corporal</p> <p>Aumento na concentração urinária</p> <p>Diminuição da pressão arterial</p> <p>Diminuição da pressão de pulso</p> <p>Diminuição do débito urinário</p> <p>Diminuição do enchimento venoso</p> <p>Diminuição do turgor da língua</p> <p>Diminuição do volume do pulso</p> <p>Fraqueza</p>	<p>Perda ativa de volume de líquido</p> <p>Ingesta de líquidos insuficiente</p> <p>Perda excessiva de líquido por vias normais</p> <p>Barreira ao Acesso a líquidos</p> <p>Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos</p> <p>Ingestão de líquidos insuficiente</p>	<p>Monitoração Hídrica 4130</p> <p>Definição: Coleta e análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer o histórico de quantidade e tipo de ingesta de líquidos e hábitos de eliminação</li> <li>• Examinar turgidez da pele</li> <li>• Monitorar ingesta e eliminação</li> <li>• Manter um registro preciso da ingesta e eliminação</li> <li>• Restringir ingesta de líquidos</li> </ul>
			<p>Controle de Eletrólitos 2000</p> <p>Definição: Promoção do equilíbrio eletrolítico e prevenção de complicações resultantes de níveis de eletrólitos séricos anormais ou indesejados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar níveis de eletrólitos séricos anormais.</li> <li>• Manter acesso IV pérvio</li> <li>• Monitorar perda de líquidos ricos em eletrólito</li> <li>• Irrigar sonda nasogástrica com soro fisiológico</li> <li>• Prover um ambiente seguro para o paciente com manifestações neurológicas e/ou manifestações neuromusculares de desequilíbrio eletrolítico</li> <li>• Realizar monitoração</li> </ul>



	<p>Hematócrito aumentado          Membranas mucosas ressecadas          Pele ressecada          Perda súbita de peso          Sede</p>			<p>cardíaca</p>
			<p>Administração de Nutrição Parenteral Total 1200          Definição: Oferta de nutrientes por via endovenosa e monitoração da resposta do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o acesso central pérvio</li> <li>• Monitorar quanto a infiltração, a infecção e as complicações metabólicas</li> <li>• Monitorar os sinais vitais</li> </ul>
			<p>Alimentação 1050          Definição: Oferecimento de ingestão nutricional para pacientes que não conseguem se alimentar sozinhos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a presença do reflexo de deglutição</li> <li>• Registrar a ingestão</li> <li>• Checar se existem resíduos na boca do paciente ao final da refeição</li> <li>• Providenciar higiene oral após das refeições</li> </ul>
			<p>Cuidados com Sondas: Gastrointestinais 1874          Definição: Manejo de paciente com sonda gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o posicionamento correto da sonda</li> <li>• Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos</li> <li>• Monitorar sons intestinais</li> <li>• Monitorar quanto a diarreia</li> <li>• Monitorar o estado hídrico e eletrolítico</li> </ul>
			<p>Controle Hidroeletrolítico 2080          Definição: Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto a alterações pulmonares ou cardíacas indicativas de excesso de líquidos ou desidratação</li> <li>• Monitorar quanto a sinais e sintomas de piora de hiperhidratação ou desidratação (ruídos de líquido nos pulmões, poliúria ou oligúria, alterações de comportamento, convulsões, saliva espumosa ou com viscosidade espessa, olhos edematosos ou afundados, respiração curta e rápida</li> <li>• Irrigar sondas nasogástricas com solução salina normal.</li> <li>• Administrar água livre na alimentação por sonda</li> <li>• Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo níveis de pressão venosa central, pressão arterial média, pressão de artéria pulmonar e pressão de artéria pulmonar.</li> <li>• Monitorar quanto a efeitos colaterais dos eletrólitos suplementares prescritos.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Observar as membranas bucais do paciente, a esclera e a pele quanto a indicações de alteração de equilíbrio hídrico ou eletrolítico (ressecamento, cianose e icterícia)</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Manter registro preciso de ingestão e eliminação</li> <li>• Monitorar quanto a sinais e sintomas de piora de hiperhidratação ou desidratação (ruídos de líquido nos pulmões, poliúria ou oligúria, alterações de comportamento, convulsões, saliva espumosa ou com viscosidade espessa, olhos edematosos ou afundados, respiração curta e rápida</li> <li>• Irrigar sondas nasogástricas com solução salina normal.</li> <li>• Administrar água por sonda</li> </ul> <p>Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo níveis de pressão venosa central, pressão arterial média, pressão de artéria pulmonar e pressão de artéria pulmonar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar quanto a efeitos colaterais dos eletrólitos suplementares prescritos.</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Observar as membranas bucais do paciente, a esclera e a pele quanto a indicações de alteração de equilíbrio hídrico ou eletrolítico (ressecamento, cianose e icterícia)</li> <li>• Monitorar quanto à perda de líquidos</li> <li>• Manter registro preciso de ingestão e eliminação</li> </ul>
			<p>Sondagem Gastrointestinal 1080</p> <p>Definição:</p> <p>Inserção de um tubo dentro do trato gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o correto posicionamento do tubo através da observação de sinais e sintomas da entrada do tubo na traqueia, verificando a cor e/ou o nível de pH do aspirado, inspecionando a cavidade oral e/ou a localização do posicionamento do tubo no exame de raio X.</li> </ul>

			<p>Controle da Hipervolemia 4170</p> <p>Definição: Redução no volume do líquido extracelular e/ou intracelular e prevenção de complicações em paciente com sobrecarga hídrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a condição hemodinâmica: PVC, PAM, PAP e PCP</li> <li>• Monitorar o padrão respiratório em busca de sintomas de dificuldade respiratória</li> <li>• Monitorar alterações em edema periférico</li> <li>• Monitorar quanto a efeitos terapêuticos do diurético</li> <li>• Elevar a cabeceira da cama para melhorar a ventilação</li> <li>• Promover a integridade da pele</li> </ul>
			<p>Controle Hídrico 4120</p> <p>Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejáveis de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o aparecimento de indícios de sobrecarga/retenção de líquidos</li> <li>• Monitorar mudanças no peso do paciente antes e depois da diálise.</li> <li>• Avaliar a localização e extensão do edema.</li> <li>• Administrar terapia IV conforme prescrição.</li> </ul>
<p>Volume de líquido excessivo Código 00026</p> <p>Pag. 183</p> <p>Definição: Entrada excessiva e/ou retenção de líquidos</p>	<p>Derrame pleural</p> <p>Desequilíbrio eletrolítico</p> <p>Dispneia</p> <p>Dispneia Paroxística noturna</p> <p>Distensão da veia jugular</p> <p>Edema</p> <p>Ganho de peso em um curto período de tempo</p> <p>Hematócrito diminuído</p> <p>Hemoglobina diminuída</p> <p>Hepatomegalia</p> <p>Ingestão maior que a eliminação</p> <p>Inquietação</p> <p>Oligúria</p> <p>Ortopneia</p> <p>Alteração na pressão arterial</p> <p>Alteração na pressão arterial pulmonar (PAP)</p> <p>Alteração no estado mental</p> <p>Alteração no padrão respiratório</p> <p>Anasarca</p> <p>Ansiedade</p> <p>Aumento da pressão venosa central (PVC)</p> <p>Azotemia</p>	<p>Entrada excessiva de sódio</p> <p>Entrada excessiva de líquidos</p>	<p>Controle hídrico 4120</p> <p>Definição: Promoção do Equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registro preciso de ingestão e eliminação</li> <li>• Monitorar o estado de hidratação (umidade das mucosas, adequação de pulso, pressão arterial)</li> <li>• Avaliar local e extensão de edema</li> <li>• Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo pressão arterial média, pressão de artéria pulmonar</li> </ul>

	Congestão pulmonar			
--	--------------------	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 17 – Banco de dados para alimentação dos registros eletrônicos do sistema de gestão em saúde do Hospital Governador Celso Ramos, incluindo os títulos dos diagnósticos de risco e suas definições, fatores de risco segundo a NANDA -Internacional e título das intervenções de enfermagem e suas definições e as atividades de enfermagem segundo NIC - Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Fatores de Risco</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Atividades</b>
Risco de Aspiração 00039 Pag. 376 Definição Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.	Barreira à elevação da porção superior do corpo Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Motilidade gastrintestinal diminuída Tosse ineficaz	Aspiração de Vias Aéreas (3160) Definição: Remoção de secreções das vias aéreas por meio de inserção de cateter de aspiração na via aérea oral, nasofaríngea ou traqueal do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal</li> <li>• Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração</li> <li>• Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção</li> </ul>
		Controle da Sedação (2260) Definição: Administração de sedativos, monitoramento da resposta do paciente e fornecimento do suporte fisiológico necessário durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o nível de consciência do paciente e os reflexos protetores, antes de administrar a sedação</li> <li>• Obter os sinais vitais basais, saturação de oxigênio, ECG, altura e peso</li> <li>• Registrar as respostas do paciente</li> </ul>
Risco de débito cardíaco diminuído 00240 Pag 228 Definição: Suscetibilidade a volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas	A serem desenvolvidos	Cuidados Cardíacos (4040) Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para pacientes com sintomas de função cardíaca prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (verificar pulso periférico, edema, enchimento capilar, cor e temperatura de extremidade)</li> <li>• Monitorar a o estado cardiovascular</li> <li>• Monitorar quanto a presença de arritmias</li> <li>• Monitorar o funcionamento do marca passo</li> <li>• Monitorar a resposta do paciente aos medicamentos antiarrítmicos</li> <li>• Monitorar quanto à presença de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia</li> </ul>

		<p>Monitoração hemodinâmica invasiva (4210) Definição: Mensuração e interpretação de parâmetros hemodinâmicos invasivos para determinar a função cardiovascular e regular apropriadamente a terapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a frequência e ritmo cardíaco</li> <li>• Monitorar a pressão arterial (sistólica, diastólica, média) pressão venosa central/atrial direita, pressão da artéria pulmonar (sistólica, diastólica, média) e pressão de enchimento do capilar/artéria pulmonar</li> <li>• Documentar os formatos de onda da artéria pulmonar e arterial sistêmica</li> <li>• Monitorar a perfusão periférica distal ao sitio de inserção do cateter a cada 4 horas</li> <li>• Monitorar para dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.</li> </ul>
		<p>Regulação Hemodinâmica (4150) Definição: Otimização da frequência cardíaca, pré-carga, pós- carga e contratilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o estado de perfusão</li> <li>• Reconhecer a presença de sinais de alerta e sintomas precoces de comprometimento do sistema hemodinâmico (dispneia, ortopneia, fadiga profunda, tontura, vertigem, edema, palpitações, dispneia paroxística noturna, ganho de peso repentino</li> <li>• Auscultar ruídos pulmonares e cardíacos</li> <li>• Administrar medicações inotrópicas positiva e de contratilidade</li> <li>• Administrar medicações antiarrítmicas</li> <li>• Monitorar os pulsos periféricos, preenchimento capilar, temperatura e cor de extremidades</li> <li>• Monitorar ingesta e excreção, excreção urinária e peso do paciente.</li> </ul>
<p>Risco de desequilíbrio eletrolítico 00195 Pag. 180 Definição: Susceptibilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos que pode comprometer a saúde.</p>		<p>Controle da Diarreia (0460) Definição: Facilitação da manutenção do peso corporal e percentual de gordura corporal adequados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o paciente a notificar a equipe a cada episódio de diarreia</li> <li>• Observar regularmente o turgor da pele</li> <li>• Monitorar a pele na área perianal quanto a irritações e ulcerações</li> <li>• Mensurar a diarreia/eliminação intestinal</li> <li>• Avisar o médico sobre aumento na frequência ou intensidade dos sons intestinais</li> <li>• Consultar o médico se persistirem os sinais e sintomas de diarreia</li> <li>• Realizar ações que proporcionem repouso intestinal (jejum via oral, dieta líquida)</li> </ul>
		<p>Controle da Náusea (1450) Definição: Prevenção e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores</li> </ul>

		alívio de náuseas	<p>precipitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o impacto da experiência de náusea na qualidade de vida (apetite, atividade, desempenho no trabalho, funções de responsabilidade e sono)</li> <li>• Identificar fatores (medicação e procedimentos) que possam causar ou contribuir para a náusea</li> <li>• Realizar frequentemente a higiene oral para promover o conforto, a menos que estimule a náusea</li> <li>• Fornecer informações sobre a náusea, como causas das náuseas e quanto tempo vai durar</li> <li>• Monitorar os efeitos do controle das náuseas</li> </ul>
		<p>Controle de Eletrólitos (2000)</p> <p>Definição: Promoção do equilíbrio eletrolítico e prevenção de complicações resultantes de níveis de eletrólitos séricos anormais ou indesejados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter acesso IV pérvio</li> <li>• Administrar líquidos, conforme prescrito.</li> <li>• Manter registro preciso de ingestão e eliminação</li> <li>• Irrigar sonda nasogástrica com soro fisiológico</li> <li>• Fornecer dieta apropriada para desequilíbrio eletrolítico do paciente (alimentos ricos em potássio, com baixo teor de sódio e carboidratos)</li> </ul>
		<p>Controle do Vômito (1570)</p> <p>Definição: Prevenção e alívio de episódios de vômitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a êmese em relação a cor, consistência, presença de sangue, horário e força utilizada</li> <li>• Mensurar ou estimar o volume da êmese</li> <li>• Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenir vômitos, quando possível</li> <li>• Posicionar o paciente para prevenir aspiração</li> <li>• Manter via aérea oral</li> <li>• Realizar higiene oral e do nariz</li> <li>• Aumentar gradualmente a ingestão de líquidos se nenhum vômito ocorrer em um período de 30 minutos</li> </ul>
		<p>Reposição Volêmica (4140)</p> <p>Definição: Administrar rapidamente líquidos endovenosos prescritos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar líquidos</li> <li>• Administrar produtos do sangue</li> <li>• Monitorar a condição de oxigenação</li> <li>• Monitorar quanto à sobrecarga de líquidos</li> <li>• Monitorar se há edema pulmonar e acúmulo de líquidos em áreas inusitadas ou no terceiro espaço</li> </ul>
Risco de glicemia instável 0017 Pag. 176	Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença	<p>Controle da Hipoglicemia (2130)</p> <p>Definição: Prevenção e tratamento de níveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (tremores, tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência,</li> </ul>

<p>Definição: Suscetibilidade à variação dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal que pode comprometer a saúde.</p>	<p>Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Controle ineficaz de medicamentos Controle insuficiente do diabetes Estresse excessivo Falta de adesão ao plano de controle do diabetes Ganho de peso excessivo Ingestão alimentar insuficiente Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo Monitoração inadequada da glicemia Não aceita o diagnóstico Perda de peso excessiva</p>	<p>baixos de glicose sanguínea</p>	<p>taquicardia, palpitações, calafrios, descoordenação motora, tonturas, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, sonolência, fraqueza, calor, tonturas, inapetência, visão turva, pesadelos, choro durante o sono, parestesia, dificuldade de concentração, dificuldade de fala, incoordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsões)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o acesso EV</li> <li>• Orientar sobre a dieta, insulina/agente oral e exercícios</li> </ul>
		<p>Controle da Hiperglicemia (2120) Definição: Prevenção e tratamento de níveis de glicose no sangue acima do normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os níveis de glicose sanguínea, conforme indicado</li> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, visão borrada, ou dores de cabeça</li> <li>• Fornecer higiene oral</li> </ul>
		<p>Controle da Hipoglicemia (2130) Definição: Prevenção e tratamento de níveis baixos de glicose sanguínea</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (tremores, tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, descoordenação motora, tonturas, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, sonolência, fraqueza, calor, tonturas, inapetência, visão turva, pesadelos, choro durante o sono, parestesia, dificuldade de concentração, dificuldade de fala, incoordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsões)</li> <li>• Manter o acesso EV</li> <li>• Orientar sobre a dieta, insulina/agente oral e exercícios</li> </ul>
<p>Risco de Integridade Tissular prejudicada 00248 Pag 779 Definição Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular comprometer a saúde.</p>	<p>Agente químico lesivo Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular Estado nutricional desequilibrado Umidade Volume de líquidos deficiente</p>	<p>Identificação de risco (6610) Definição: Análise de potenciais fatores de risco, determinação dos riscos à saúde e priorização de estratégias de redução do risco para o indivíduo ou grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar para o risco</li> <li>• Manter registro preciso</li> <li>• Orientar sobre fatores de risco e planejar a redução dos riscos</li> <li>• Implementar atividades de redução de risco</li> </ul>

<p>Risco de Integridade da pele prejudicada 00047 Pag. 386 Definição: Suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde.</p>	<p>Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade Internos Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada</p>	<p>Prevenção de lesão por pressão (3540) Definição: Prevenção das úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar pele no banho</li> <li>• Realizar mudança de decúbito em intervalos regulares</li> <li>• Manter roupas de cama limpas e sem dobras</li> <li>• Aplicar hidratante em superfície corporal</li> <li>• Realizar preenchimento de escala de Braden</li> <li>• Documentar quaisquer incidências prévias de formação de úlceras de pressão</li> <li>• Monitorar Intensivamente áreas avermelhadas</li> <li>• Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária</li> <li>• Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra</li> <li>• Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas</li> </ul>
<p>Risco de lesão por pressão 00249 Pag. 393 Definição: Suscetibilidade a lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento</p>	<p>Atrito em superfície Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de lesão por pressão Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Déficit no autocuidado Desidratação Forças de cisalhamento Hidratação da pele Hipertermia Incontinência Nutrição inadequada Pele com descamação Pele ressecada Período prolongado de imobilidade em superfície rija Pressão sobre saliência óssea Redução na mobilidade Sobrepeso Tabagismo Uso de lençóis com propriedade de</p>	<p>Prevenção de lesão de pressão (3540) Definição: Prevenção das úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar escala de Braden para avaliação de risco</li> <li>• Documentar incidência prévia de formação de lesão de pressão</li> <li>• Documentar o estado da pele na admissão e diariamente Monitorar áreas avermelhadas na admissão e diariamente</li> <li>• Monitorar áreas avermelhadas</li> <li>• Aplicar barreira protetora para retirar o excesso de umidade</li> <li>• Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas</li> <li>• Colocar o roteiro de mudança de decúbito na cabeceira do leito</li> <li>• Inspeccionar Proeminência óssea uma vez ao dia</li> <li>• Hidratar pele ressecada ainda íntegra</li> <li>• Assegurar uma ingestão dietética adequada.</li> </ul>



	redução da umidade insuficiente		
<p>Risco de queda 00155 Pag. 396 Definição: Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.</p>	<p>Ambiente cheio de objetos Cenário pouco conhecido Exposição a condições atmosféricas inseguras Iluminação insuficiente Material antiderrapante insuficiente e nos banheiros Uso de imobilizadores Uso de tapetes soltos Fisiológicos Alteração na glicemia sanguínea Ausência de sono Desmaio ao estender o pescoço Desmaio ao virar o pescoço</p>	<p>Prevenção contra quedas (6490) Definição: Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido à queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rever o histórico de quedas com o paciente e sua família</li> <li>• Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar</li> <li>• Providenciar colchão com bordas firmes para facilitar a transferência</li> <li>• Usar as grades laterais para impedir a queda da cama</li> <li>• Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico</li> <li>• Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas</li> <li>• Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar</li> <li>• Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar</li> <li>• Auxiliar o indivíduo instável durante o caminhar</li> <li>• Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou maca durante a transferência do paciente</li> <li>• Colocar os acessórios facilmente ao alcance do paciente.</li> <li>• Fornecer ao paciente dependente um meio de chamar ajuda (luz ou campainha) quando os cuidadores não estão presentes</li> <li>• Evitar desordem no chão</li> </ul>
		<p>Precauções contra Convulsões (2690) Definição: Prevenção ou minimização de potenciais lesões apresentadas por um paciente com distúrbio convulsivo comprovado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar regime farmacológico</li> <li>• Monitorar a adesão aos medicamentos antiepiléticos</li> <li>• Manter a aspiração à beira do leito</li> <li>• Manter uma bolsa-válvula-máscara à beira do leito</li> <li>• Usar grades laterais acolchoadas</li> <li>• Manter as grades laterais levantadas</li> </ul>
		<p>Monitoração Respiratória (3350) Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações</li> <li>• Providenciar sensores de oxigenação contínuos não Invasivos</li> <li>Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios</li> <li>• Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de</li> </ul>

			<p>estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar as leituras do ventilador mecânico, observando elevações nas pressões inspiratórias e diminuições no volume corrente.</li> <li>• Observar quanto a alterações na SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> corrente e alterações nos valores da gasometria.</li> <li>• Monitorar quanto a crepitação.</li> <li>• Colocar o paciente em decúbito lateral</li> </ul>
<p>Risco de Infecção 00004 Pag. 374 Definição: Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.</p>	<p>Alteração na integridade da pele Alteração no peristaltismo Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição Estase de líquidos orgânicos Obesidade Tabagismo Vacinação inadequada</p>	<p>Controle de Infecção (6540) Definição: Minimização da aquisição e transmissão de agentes infecciosos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolar pessoas expostas a doenças notificáveis.</li> <li>• Manter as técnicas de isolamento,</li> <li>• Orientar o paciente sobre técnicas apropriadas de lavagem de mãos.</li> <li>• Orientar os visitantes a lavarem as mãos na entrada e saída do quarto do paciente</li> <li>• Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente.</li> <li>• Incentivar a respiração profunda e a tosse.</li> <li>• Promover a ingestão nutricional adequada.</li> <li>• Incentivar a ingestão de líquidos,</li> <li>• Incentivar o repouso.</li> <li>• Orientar acompanhantes na utilização de avental descartável e luvas.</li> </ul>
<p>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz 00228 Pag. 233 Definição: Suscetibilidade a uma redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.</p>	<p>Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Entrada excessiva de sódio Estilo de vida sedentário Tabagismo</p>	<p>Precauções circulatórias (4070) Definição: Proteção de uma área localizada com perfusão limitada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecionar pacientes em risco (diabéticos, idosos, fumantes, hipertensos e aqueles com nível elevado de colesterol)</li> <li>• Realizar avaliação da circulação periférica (verificar pulso periférico, edema, enchimento capilar, cor, temperatura de extremidade)</li> <li>• Não instalar acesso EV em membro afetado</li> <li>• Não aferir pressão ou aplicar pressão em área afetada</li> <li>• Orientar paciente e família sobre o uso de medicação para controle da pressão arterial, anticoagulante e redução do nível de colesterol</li> <li>• Orientar paciente e família sobre cuidados com a pele</li> <li>• Monitorar as extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, edema ou dor.</li> </ul>

<p>Risco de integridade tissular prejudicada. 00248 Pag. 388 Definição Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular comprometer a saúde.</p>	<p>Agente químico lesivo Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular Estado nutricional desequilibrado Umidade Volume de líquidos deficiente</p>	<p>Identificação de risco (6610) Definição: Análise de potenciais fatores de risco, determinação dos riscos à saúde e priorização de estratégias de redução do risco para o indivíduo ou grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar para o risco</li> <li>• Manter registro preciso</li> <li>• Orientar sobre fatores de risco e planejar a redução dos riscos</li> <li>• Implementar atividades de redução de risco</li> </ul>
<p>Risco de pressão arterial instável 00267 Pag. 234 Definição: Suscetibilidade a forças oscilantes do fluxo sanguíneo pelos vasos arteriais que pode comprometer a saúde.</p>	<p>Inconsistência com o regime medicamentoso Ortostasia</p>	<p>Precauções circulatórias (4070) Definição: Proteção de uma área localizada com perfusão limitada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação abrangente da circulação periférica</li> <li>• Documentar as informações no prontuário do paciente</li> <li>• Orientar família e paciente sobre os sinais e sintomas de hipertensão sistêmica</li> </ul>
<p>Risco de reação alérgica. 00217 Pag. 421 Definição: Suscetibilidade a uma reação ou resposta imunológica exagerada a substâncias que pode comprometer a saúde</p>	<p>Exposição a alérgeno Exposição a substância química tóxica</p>	<p>Controle de Alergias (6410) Definição: Identificação, tratamento e prevenção de reações alérgicas a alimentos, medicamentos, picadas de insetos, material de contraste, sangue e outras substâncias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar alergias conhecidas</li> <li>• Orientar o paciente com alergias medicamentosas a questionar todas as novas</li> <li>• Documentar todas as alergias no prontuário clínico</li> <li>• Documentar todas as alergias no prontuário clínico</li> <li>• Orientar o paciente com alergias medicamentosas a questionar todas as novas prescrições potenciais relação para reações alérgicas</li> <li>• Monitorar o paciente após exposições a agentes reconhecidamente causadores de reações alérgicas, na busca de sinais de rubor generalizado, angioedema, urticária, tosse paroxística, ansiedade grave, dispnéia, espirros, ortopneia, vômito, cianose ou choque</li> </ul>

Fonte: Elaborados pela autora.

Ao término do mapeamento cruzado e construção do banco de dados observou-se que este estudo proporcionou uma visão da importância da implantação da SAE com a utilização do Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro na instituição.

Dos 92 profissionais que atendiam aos critérios de inclusão no estudo 53% participaram das capacitações e da construção do banco de dados, havendo, portanto, uma baixa adesão dos participantes, sendo esta uma dificuldade enfrentada no decorrer e um limite para o estudo. Entretanto, as participações permitiram o alcance do objeto da investigação.

Observam-se na literatura brasileira fatores que dificultam a implantação da SAE nas instituições entre os quais podemos citar: a desorganização dos serviços, a superlotação de pacientes e o déficit de recursos humanos. Discurso já conhecido pelos enfermeiros, e que apesar de ser verdadeiro, legitima a dificuldade/resistência para a implementação da SAE (BRUGGMANN, 2015).

Neste estudo também foram mencionados pelos participantes, alguns aspectos que dificultam a implantação da SAE nas instituições de saúde, sendo o mais evidente a falta de recursos humanos, como seguem alguns relatos: [...] *Falta de recursos humanos* [...] (Enf 4); [...] *Pouco envolvimento de alguns profissionais* [...] (Enf. 12); [...] *Número insuficiente de recursos humanos de nível médio e superior.*[...] (Enf. 9), porém a evidência de dificuldade técnica na questão do exame físico também surgiu, como segue o comentário a seguir [...] *enfermeiros que não avaliam o paciente por completo, dificultando o trabalho dos demais colegas*[...] (Enf. 11) ou [...] Não é visto fazer exame físico detalhado, a escala de Glasgow é feita na UTI quando o paciente está saindo da sedação[...] ( Enf.9).

Atribuiu-se este fato a falta de embasamento teórico dos enfermeiros sobre a SAE e também em algumas etapas na realização do processo de enfermagem como: para realizar a etapa do exame físico e a prescrição de enfermagem; a insuficiência de profissionais e a pouca aceitação da enfermagem (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013; BRUGGMANN, 2015).

O sexo feminino prevaleceu entre os participantes do estudo perfazendo 93,87%, devido à enfermagem ser uma profissão historicamente feminina, essa prevalência ainda se confirma, totalizando 85,1% dos profissionais da enfermagem nacional, de acordo com pesquisa realizada pela Fiocruz sobre o perfil do profissional da enfermagem no Brasil (COFEN, 2013). Quanto ao tempo de atuação na instituição apenas 12,24% trabalham a menos de cinco anos e 87,75% trabalham entre cinco e vinte anos. Porém este perfil está em processo de mudança devido às modificações no processo de contratação dos funcionários, anteriormente realizado por processo seletivo de concurso público e atualmente ocorrendo por contratação de prazo determinado, levando a uma alta rotatividade dos profissionais na instituição.

A segunda etapa foi a capacitação sobre o Processo de Enfermagem, com ênfase no raciocínio clínico, exame físico e diagnóstico e intervenções de enfermagem segundo as

taxonomias da NANDA-I dos Diagnósticos de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) e da Intervenções de enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).

Os encontros de capacitação contribuíram para evidenciar a necessidade de outros momentos que proporcionem a discussão de casos e situações apresentadas na prática dos enfermeiros com o objetivo de desenvolver um raciocínio mais apurado das situações, onde os enfermeiros possam ir além do cotidiano nos comentários dos enfermeiros, a fragilidade dos enfermeiros no que se refere ao exame físico, fato que prejudica a rotina diária do trabalho, pois uma vez que o enfermeiro não possui domínio no exame físico não consegue avaliar seu paciente na integralidade, prejudicando a eficácia do profissional.

Surgiu assim a necessidade de trabalhar este tema de forma mais detalhada e continuada na educação permanente e até mesmo criar coletivamente um instrumento que direcione e proporcione maior segurança ao profissional na realização do exame físico. Na capacitação no tema Diagnósticos de enfermagem, baseado em caso fictício, evidenciou-se que os enfermeiros por falta de utilização do processo de enfermagem faziam suas conclusões no que estavam mais habituados, por exemplo, glicemia alterada correspondia diretamente a diabetes mellitus. Mostrando assim a necessidade de manter grupos de discussão de casos levando os enfermeiros a raciocinar do ponto de vista da enfermagem, chegando assim aos diagnósticos da NANDA-I.

Cabe destacar neste momento as contribuições da educação permanente para a prática clínica, considerando sua própria definição: um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição. Como fatores que influenciam na aprendizagem estão o conhecimento e a prática atualizados, onde cria-se no funcionário necessidades de readaptação no seu processo de trabalho (PEIXOTO; GONÇALVES; DUTRA; MELO; DANTAS; ANTUNES, 2013).

Esta necessidade de educação permanente surgiu na fala de enfermeiros durante a capacitação no tema exame físico, quando mencionaram não realizar todas as etapas por não ter segurança. Podemos trazer a proposta de manter a SAE e o processo de enfermagem como temas de capacitação continuamente objetivando o aumento da compreensão sobre estes temas e desenvolver no enfermeiro as habilidades necessárias para a análise do problema de saúde e proposta de soluções, com isso favorecendo a retroalimentação do banco de dados criado e do futuro software a ser desenvolvido ampliando os mesmos num processo contínuo, pois entendemos que uma vez iniciada a SAE esta deve ser melhorada continuamente na

instituição buscando atender todas as situações de saúde que possam se apresentar.

Para superar essas dificuldades é necessário que os profissionais busquem aperfeiçoamento técnico-científico para assim conseguir alcançar os objetivos propostos na assistência, mas, há também a necessidade das instituições providenciar condições para o enfermeiro executar e planejar a assistência, proporcionando capacitações continuamente visando um profissional mais qualificado e ao mesmo tempo buscando melhorias no processo de enfermagem (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

A terceira etapa consistiu no mapeamento cruzado. Foram selecionados 166 históricos de enfermagem das unidades participantes da pesquisa. Os prontuários foram selecionados buscando atender os critérios de prioridade por gravidade do quadro clínico do paciente. Dos prontuários buscou-se os históricos de enfermagem para levantar os problemas de enfermagem e após a identificação dos problemas mais frequentes, os mesmos foram agrupados por similaridade e registrados em quadros no Programa *Word* da *Microsoft*. Os problemas em saúde encontrados foram agrupados por similaridade e cruzados com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), após apresentados aos enfermeiros para avaliação.

Após a validação dos enfermeiros foram eleitos coletivamente 32 diagnósticos com foco no problema, 13 diagnósticos de risco, ultrapassando assim a meta deste estudo estipulada de 14 diagnósticos para inserção no banco de dados. Apenas no referente ao diagnóstico de promoção de saúde, não atingiu o objetivo, acredito que se deve primeiramente ao fato dos enfermeiros da instituição não estarem familiarizados com os diagnósticos de enfermagem e também pelo fato dos profissionais relacionarem estes diagnósticos com a atenção primária, cabendo ao hospital um enfoque mais assistencial. Em estudo realizado em 2018, Netto e Silva enfatizam que a promoção da saúde representa uma estratégia de mudança dos modelos tecno assistenciais. Sendo a promoção da saúde como uma nova forma de pensar e fazer saúde possibilitando o enfrentamento de inúmeros problemas que afetam as populações humanas e seu entorno. Porém consideram que para que isso seja uma realidade é necessário ampliar a preparação dos profissionais para atuar em promoção da saúde com o desenvolvimento de competências, conhecimentos, valores e promoção de mudanças efetivas. Após a seleção dos diagnósticos de enfermagem, buscou-se na NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) as intervenções de enfermagem para a resolução do problema e as atividades sugeridas.

Em estudo realizado em 2018, Netto e Silva enfatizam que a promoção da saúde representa uma estratégia de mudança dos modelos tecno assistenciais. Sendo a promoção da

saúde como uma nova forma de pensar e fazer saúde possibilitando o enfrentamento de inúmeros problemas que afetam as populações humanas e seu entorno. Porém consideram que para que isso seja uma realidade é necessário ampliar a preparação dos profissionais para atuar em promoção da saúde com o desenvolvimento de competências, conhecimentos, valores e promoção de mudanças efetivas.

Após a seleção dos diagnósticos de enfermagem, buscou-se na NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) as intervenções de enfermagem para a resolução do problema e as atividades sugeridas, também registrados em quadros no Programa *Word* da *Microsoft*. Os cuidados de enfermagem (intervenções/atividades) foram apresentados aos enfermeiros e com a leitura dos dados surgiu a possibilidade de excluir e/ou acrescentar cuidados já realizados na prática diária. Assim foram selecionadas as intervenções de enfermagem consideradas suficientes para resolução dos problemas e inclusão no banco de dados objeto desta investigação. Este processo resultou na seleção de 94 intervenções e 684 atividades de enfermagem.

Chegando então a última etapa, objeto deste estudo, a construção do banco de dados. Cabe registrar que, este banco de dados fornece uma estrutura básica para identificar as informações necessárias para delinear os cuidados de enfermagem e auxiliar os enfermeiros no planejamento dos serviços.

O banco de dados construído nesta dissertação poderá ser utilizado posteriormente para alimentação do sistema de gestão em saúde da instituição cenário deste estudo, possuindo no total: 45 diagnósticos de enfermagem com suas respectivas definições e códigos, definição dos diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados ou de risco, 94 intervenções com suas respectivas definições e códigos, e 684 atividades de enfermagem segundo as taxonomias da NANDA- I (HERDMAN, KAMITSURU, 2018) e Classificação das intervenções de enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) consensuadas com os enfermeiros participantes do estudo. Na prática clínica, os diagnósticos, as intervenções e atividades de enfermagem identificados podem subsidiar a construção de um software para o registro eletrônico, instrumento que facilitará aos profissionais a busca de intervenções baseadas em evidência, e guiará para ações necessárias, afim de atender às reais necessidades de saúde dos pacientes, criando assim a prescrição de enfermagem institucional informatizada.

O conhecimento dos diagnósticos como uma linguagem padronizada de enfermagem auxilia na organização das ações de enfermagem tanto gerenciais quanto assistenciais. Conhecendo as intervenções a serem implementadas, os enfermeiros podem planejar as

atividades de cuidado direto, identificar a força de trabalho necessária para implementá-las e entender as necessidades de qualificação da equipe, além de contribuir para reduzir falhas na assistência melhorando desta forma a qualificação do cuidado (FERREIRA; ROCHA; LOPES; BACHION; LOPES, BARROS, 2016).

#### 4.4 MANUSCRITO: BANCO DE DADOS DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O REGISTRO ELETRÔNICO EM HOSPITAL GERAL

##### **RESUMO**

Construir coletivamente um banco de dados com os diagnósticos e intervenções de enfermagem para a sistematização da assistência de enfermagem com vistas à inserção nos registros eletrônicos do prontuário do paciente no Hospital Governador Celso Para tanto foi desenvolvida uma pesquisa convergente assistencial, incluindo a técnica de mapeamento cruzado. O cruzamento ocorreu entre os problemas em saúde, identificados com leituras exaustivas dos históricos de enfermagem registrados nos prontuários dos pacientes, classificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem da NANDA Internacional. Os achados foram consensuados com 18 enfermeiros incluído no estudo, profissionais atuantes nas unidades de internação cirúrgica, clínica médica e ortopedia, neurocirurgia, neurologia clínica, unidade de tratamento intensivo e de hemodiálise; ocorreram em 15 encontros agendados para esta finalidade, configurando uma segunda etapa do mapeamento cruzado. O total de horas para realização do mapeamento foi de 760 horas. Na leitura dos prontuários 166 foram identificados 177 problemas em saúde, o cruzamento dos problemas com a classificação dos diagnósticos de enfermagem resultou na seleção de 45 diagnósticos, sendo 32 com foco no problema e 13 diagnósticos de risco diagnósticos, sendo o consenso com os enfermeiros elegeu os todos os diagnósticos para compor o banco de dados. O cruzamento dos diagnósticos com as intervenções resultou na seleção de 94 intervenções e 684 atividades de enfermagem. Diante destes resultados construiu-se o banco de dados contendo, títulos dos diagnósticos de enfermagem, com seus respectivos códigos, página para acesso, definições, fatores relacionados ou de risco; título das intervenções de enfermagem com seus respectivos códigos, definições e as atividades de enfermagem para resolução dos problemas em saúde, constituindo uma importante contribuição para a qualificação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem no cenário do estudo.

**Palavras-chave:** Enfermagem Processo de Enfermagem Diagnósticos de Enfermagem Cuidados de Enfermagem. Sistema de registro.

##### **INTRODUÇÃO**

A assistência segura atendendo as necessidades dos pacientes exige da enfermagem conhecimento e práticas eficazes, pautadas em evidências científicas. Neste contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) passa a ser essencial para nortear as ações da equipe (OLIVEIRA; ALMEIDA; MOREIRA; TORRES, 2019).

A SAE é entendida como a organização do trabalho profissional do enfermeiro, no que



se refere ao método, pessoal e instrumentos, tendo uma base teórico-filosófica e que possibilite a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (OLIVEIRA; ALMEIDA; MOREIRA; TORRES, 2019; COFEN, 2009) e, permite ao enfermeiro o uso do pensamento crítico e científico, proporcionando ao profissional reconhecimento e valorização frente à sociedade, além de colaborar com o desenvolvimento de pesquisas, análise da qualidade da assistência prestada, auditoria de contas e a comunicação com a equipe multiprofissional, envolvido no cuidado (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

A implementação da SAE deixou de ser uma opção e passou a ser uma determinação legal para a enfermagem, a partir da instituição da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que determina que: “O processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 1).

Porém, apesar de ser regulamentada desde 2009, ainda são comuns relatos sobre as dificuldades da implementação na prática do cuidado. Dentre as dificuldades destacam-se a grande demanda de usuários, pouco tempo para o atendimento dos pacientes; a sobrecarga de trabalho; ausência de educação permanente; a resistência para a implementação, a falta de recursos humanos e a dicotomia entre as funções gerenciais e assistenciais do enfermeiro (COSTA; SILVA, 2018).

Para implantar a SAE, o primeiro passo a ser dado é a escolha de um referencial teórico que direcione as etapas do PE. Isso precisa ser feito de maneira bem refletida e cuidadosa, e, para tanto, os enfermeiros precisam compreender os elementos que encerram crença, valores, conhecimento, habilidade e prática do enfermeiro, para então escolher a melhor teoria para sustentar o processo de enfermagem em questão (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No cenário deste estudo, a teoria norteadora da SAE é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta e as taxonomias da NANDA-Internacional (NANDA-I) que sustentam o desenvolvimento das etapas dos diagnósticos e planejamento de enfermagem.

A linguagem unificada na NANDA- I não está fundamentada em uma teoria de enfermagem específica, mas é direcionada pela Prática Baseada em Evidência (PBE), sendo definida como uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e na qualidade da evidência com o uso consciente e explícito da melhor tomada de decisão, englobando a competência clínica dos profissionais com os achados clínicos das pesquisas sistemáticas e também com os princípios da epidemiologia clínica (GARCIA,

2017).

Entendendo que a implantação da SAE contribui para qualificação da assistência de enfermagem aos pacientes, através de um cuidado sistematizado, fundamentado e que respeite a singularidade do indivíduo, sendo está também a preocupação dos outros enfermeiros que atuam comigo no cenário do estudo, identificou-se a necessidade da implantação de uma linguagem padronizada para caracterizar o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro e o planejamento de enfermagem.

O cenário do estudo é o Hospital Governador Celso Ramos, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizado na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. A instituição foi inaugurada em 6 de novembro de 1966, o hospital tem a segunda maior emergência pública do estado, sendo referência em ortopedia, neurologia e neurocirurgia, clínica médica e cirúrgica, porém o cenário em questão ainda necessita de um método de trabalho institucionalizado e pactuado entre os profissionais da enfermagem capaz de organizar a assistência de enfermagem de forma sistematizada.

Assim, surgiu a pergunta norteadora para este estudo: como construir coletivamente um banco de dados com os diagnósticos e intervenções de enfermagem para posterior implantação nos registros eletrônicos do prontuário do paciente no sistema de gestão em saúde do Hospital Governador Celso Ramos, tendo como objetivo geral: Construir coletivamente um banco de dados com os diagnósticos e intervenções de enfermagem para compor os registros eletrônicos de enfermagem no prontuário do paciente do Hospital Governador Celso Ramos.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma Pesquisa convergente assistencial (PCA) (fase da concepção, instrumentação, perscrutação e análise), que incluiu a técnica de mapeamento cruzado.

Na fase da concepção da PCA definiu-se o tema da investigação, através de uma problematização da prática do pesquisador, a questão de pesquisa, o objetivo do estudo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Neste estudo esta etapa ocorreu no ano de 2019 e seus constituintes já foram apresentados na introdução deste artigo.

Na fase da instrumentação escolhe-se o local do estudo, os participantes e as estratégias para coleta dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O local escolhido para o desenvolvimento do estudo foi o Hospital Governador Celso Ramos, mais especificamente as unidades: Unidade de Rim, a Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internação Cirúrgica,

Unidade de internação clínica médica, Unidade de Internação Neurocirúrgica e Unidade de Internação Neurológica. Justifica-se a inclusão destas unidades no estudo por serem efetivamente os locais de internação dos pacientes e também a unidade de Rim, local onde os pacientes não estão internados, porém retornam à instituição com frequência semanal, permanecendo neste local por um tempo considerável.

Este cenário configura o local de atuação profissional da autora principal deste estudo, responsável pela educação permanente e pela implantação da SAE.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros atuantes nas referidas unidades de atendimento.

A estratégia de coleta de dados adotada foi a técnica de mapeamento cruzado, definida como um processo de explicar ou expressar algo, o qual possibilita mapear e comparar os registros de enfermagem realizados com terminologias não uniformizadas com linguagem padronizada com a intenção de identificar a similaridade e validar o objeto de estudo em diferentes contextos (LUCENA; BARROS, 2005).

Na fase da perscrutação coloca-se em prática a estratégia de coleta de dados. Por conseguinte, para efetivação do mapeamento cruzado realizou-se: 1) identificação dos problemas em saúde dos pacientes, internados no momento da coleta de dados, registrados nos prontuários dos pacientes nos históricos de enfermagem. Os critérios para seleção dos prontuários foram: os pacientes com maior grau de dependência da unidade, em ordem decrescente até atingir o percentual mínimo de 60% do total de leitos das unidades, cabe salientar que a coleta de dados se deteve aos problemas e necessidades em saúde, para preservar o sigilo dos participantes; 2) agrupamento por similaridade dos problemas identificados e identificação dos problemas mais frequentes; 3) cruzamento dos problemas com as características definidoras e fatores relacionados da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA- I, realizando-se a seleção dos títulos dos diagnósticos relacionados com os problemas/necessidades em saúde identificados nos prontuários. Os achados foram registrados em arquivos próprios e apresentados aos enfermeiros participantes deste estudo, que por consenso elegeram os diagnósticos que mais se relacionam a prática clínica; 4) cruzamento dos diagnósticos de enfermagem selecionados na etapa anterior com a taxonomia da intervenções de enfermagem da NANDA-I, bem como com as atividades de enfermagem relacionadas, prioritárias para o planejamento de enfermagem. Novamente esta atividade foi realizada e apresentada aos enfermeiros participantes do estudo, que consensuaram as intervenções e atividades de enfermagem para comporem o banco de dados para informatização dos registros do PE no cenário do estudo.

Para efetivação do consenso entre os enfermeiros, foram agendados encontros por grupo de enfermeiros, atuantes nas unidades de atendimento incluídas nesta investigação para consenso do cruzamento dos problemas com os diagnósticos e, sequencialmente, dos diagnósticos com as intervenções/atividades de enfermagem.

Concluída esta etapa, foi construído o banco de dados para alimentação do sistema de gestão em saúde, ou seja, para informatização dos registros de enfermagem eletrônicos relacionados com as etapas dos diagnósticos e planejamento de enfermagem. Os conteúdos estabelecidos para compor este banco de dados foram: título do diagnóstico de enfermagem, definição do diagnóstico, características definidoras, fatores relacionados ou de risco, intervenções e atividades de enfermagem.

Este estudo encontra-se registrado sob o parecer número 3.108.565 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética número 05411018.0.0000.5360.

A fase de síntese da PCA (apreensão, síntese, teorização e transferência) ocorreu concomitantemente a fase de perscrutação, com o desenvolvimento do mapeamento cruzado. A apreensão permitiu a definição dos problemas em saúde e a seleção dos diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem para apresentação aos enfermeiros, como também permitiu a síntese dos conteúdos para compor o banco de dado. A teorização compõe a discussão dos achados, que abrangeu literatura científica atualizada sobre a temática objeto desta investigação. A transferência, se efetiva com a divulgação dos resultados aqui apresentados nesta dissertação, além da apresentação/disponibilização do trabalho ao cenário do estudo.

Todas as atividades desenvolvidas foram registradas em diário de campo e o mapeamento cruzado deu origem a quadros construídos no Programa *Word* da *Microsoft* retratando os achados na investigação.

## **RESULTADOS**

Participaram deste estudo 18 enfermeiros e foram realizados 44 encontros em todas as unidades incluídas neste estudo. O número de horas para desenvolvimento do mapeamento cruzado totalizou em 36 horas, por unidade participante, resultando em 216 horas no total.

A seleção de prontuários ocorreu nos meses de abril a junho de 2019. Foram selecionados 166 históricos de enfermagem das unidades participantes da pesquisa. E identificados 177 problemas em saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantitativo de prontuários selecionados segundo unidade de internação incluída no estudo e número de problemas identificados. Florianópolis, SC, Brasil. 2020.

<b>Conteúdos avaliados</b>	<b>Gostei n (%)</b>	<b>Amei n (%)</b>
Atendimento ao objetivo do curso	36 (86%)	6 (14%)
Conteúdo trabalhado	36 (86%)	6 (14%)
Metodologia utilizada	36 (86%)	6 (14%)
Material didático disponibilizado	36 (86%)	6 (14%)
Domínio do conteúdo	40 (95%)	02 (5%)
Clareza e objetividade	41 (97%)	1 (2%)
Interação com participantes	40 (95%)	2 (5%)
Localização	42 (100%)	-
Iluminação/ventilação	42 (100%)	-

Fonte: Elaborado pela autora.

Concluído o mapeamento, por consenso com os participantes ficaram definidos 32 diagnósticos com foco no problema e 13 diagnósticos de risco, 94 intervenções de enfermagem e 684 atividades de para composição do banco de dados. No quadro 1 e 2 apresentam-se os resultados obtidos no mapeamento cruzado. Optou-se por apresentar neste artigo os títulos os dez diagnósticos mais frequentes com foco nos problemas e dez de risco considerados mais relevantes, e as intervenções relacionadas.

No quadro 1 e 2 apresentam-se os resultados obtidos no mapeamento cruzado. Optou-se por apresentar neste artigo os títulos os dez diagnósticos mais frequentes com foco nos problemas e dez de risco considerados mais relevantes, e as intervenções relacionadas devido ao grande volume de informações.

Quadro 1 - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos com foco no problema e intervenções de enfermagem segundo a NANDA Internacional. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Problemas de saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Intervenções NIC</b>
Dificuldade para dormir Ansiedade	Ansiedade Código 00146 Pag. 3160	Redução da Ansiedade Técnica para acalmar
Confusão Agitação motora	Confusão aguda Código 00128 Pag. 252	Tratamento para o uso de drogas: Abstinência de Álcool Contenção Física Melhora do Sono Monitoração Neurológica Prevenção contra Quedas
Baixa escolaridade	Conhecimento deficiente Código 00126 Pag. 255	Ensino: Procedimento/Tratamento

Constipação Abdome globoso Ruído hidroaéreo diminuído Hemorroida	Constipação Código 00011 Pag. 195	Administração de Enema
Tetraplegia Musculatura hipotrófica Auxílio para banho Auxílio para caminhar Paresia Diurese em fralda Acuidade visual diminuída Hemiparesia	Déficit no Autocuidado para banho Código 00108 Pag. 241 Déficit no Autocuidado para alimentação Código 00102 Pag. 240 Deglutição prejudicada Código 00103 Pag. 159 Mobilidade no leito prejudicada Código 00091 Pag. 220	Assistência no Autocuidado: Banho Assistência no Autocuidado: Alimentação Terapia de deglutição Posicionamento
Diarreia Dor abdominal	Diarreia Código 00013 Pag. 202	Controle do peso Cuidado perineal Controle hídrico
Ferida operatória Ferida operatória aberta Autorrelato das características da dor	Dor aguda Código 00132 Pag. 436 Dor crônica Código 00133 Pag. 437	Administração de Analgésicos Administração de medicamentos Administração de medicamentos Intramuscular Administração de Medicamentos Endovenoso Administração de Medicamentos Oral Controle da dor Controle do ambiente Assistência à Analgesia Controlada pelo paciente Aplicação de Calor/Frio Redução da Flatulência Oxigenioterapia Posicionamento
Uso de sonda vesical Anúria	Eliminação Urinária Prejudicada Código 00016 Pag. 287	Controle da Eliminação Urinária Terapia por Hemofiltração Terapia por Hemodiálise
Falta de dentes Deglutição prejudicada Dieta por SNG Engasga ao engolir Não deglute líquidos	Deglutição Prejudicada Código 00103 Pag. 159	Terapia da Deglutição
Lesão por pressão Acesso venoso profundo Acesso arterial Introdutor na femoral Incisão cirúrgica Escoriações diversas	Integridade tissular prejudicada. Código – 00044 Pag. 387	Controle da Nutrição Controle Hídrico Cuidado Perineal Cuidados com Lesões Cuidados com o Local de Incisão Cuidados com lesão por pressão

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 - Mapeamento cruzado entre problemas em saúde, diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco, segundo a NANDA Internacional - Diagnósticos de risco. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<b>Problemas de saúde</b>	<b>Diagnóstico NANDA I</b>	<b>Intervenções NIC</b>
Diabetes Conhecimento insuficiente	Risco de Glicemia Instável. Código 00179 Pag. 176	Risco de Glicemia Instável
Diurese em fralda Lesão de Pressão Paresia Diurese em fralda Enfermeiro relata internação de pacientes com dificuldade de mobilidade	Risco de lesão por pressão Código 00249 Pag. 393	Prevenção de lesão por pressão
Hemiparesia Dieta por sonda enteral Sedação Deglutição prejudicada	Risco de aspiração. Código 00039 Pg. 376	Aspiração de Vias Aéreas Controle da Sedação
Terapia dialítica Vômito Diarreia	Risco de desequilíbrio eletrolítico. Código 00195 Pag. 180	Controle da Diarreia
Uso de sonda vesical Uso de cateter venoso (periférico e profundo) Traqueostomia Ferida operatória Traqueostomia	Risco de infecção. Código 00004 Pg. 374	Controle de Infecção
Alergia alimentos Alergia medicamentos Enfermeiro relata uso de várias medicações que o paciente não tenha utilizado anteriormente	Risco de reação alérgica. Código 00217 Pg. 421	Controle de Alergias Controle da náusea Controle de eletrólitos Controle do vômito Reposição Volêmica
Tetraplegia Diurese em fralda Mobilidade no leito prejudicada	Risco de integridade tissular prejudicada. Código 00248 Pag. 388	Prevenção de úlcera de pressão Supervisão da pele
Ambiente desconhecido Acuidade visual diminuída Diplopia	Risco de quedas. Código 00155 Pag. 396	Prevenção contra Queda Precauções contra convulsões Monitoração respiratória
Hipertensão arterial Taquicardia Edema MMSS Edema MMII	Risco de pressão arterial instável Código 00267 Pag. 234	Precauções circulatórias
Paciente acamado com mobilidade prejudicada Obesidade Hemiplegia Paresia em MMII Necessita de auxílio para caminhar Parestesia MMII	Risco de integridade da pele prejudica Código 00047 Pag. 386	Risco de Integridade da Pele Prejudicada

## DISCUSSÃO

Neste estudo o mapeamento cruzado mostrou-se como uma estratégia eficaz, pois possibilitou a identificação de termos utilizados nos históricos de enfermagem de diversos pacientes internados na instituição, com problemas de saúde diversos que levaram ao cruzamento com as taxonomias dos diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a

NANDA-I. Permitindo a construção do banco de dados para embasar a implementação dos registros eletrônicos do PE no cenário do estudo.

A técnica do mapeamento cruzado configurou nesta investigação uma estratégia de coleta de dado que permitiu o desenvolvimento da PCA, mas também permitiu o ensino e aprendizagem ao dar possibilidade ao processo de pensamento clínico e crítico do profissional. Assim, reconhece-se o mapeamento cruzado como um material didático auxiliador na tomadas de decisão clínica (MORAIS; NOBREGA; CARVALHO, 2018) contribuidor para transformação das práticas em enfermagem.

Considerando a Teoria da Necessidade Humana Básica, que preconiza a enfermagem como um serviço prestado ao ser humano e que usa dos seus conhecimentos científicos para e atender suas necessidades quando possível torná-lo independente para seu autocuidado (HORTA, 2017), entende-se que o produto construído nesta investigação facilitará a tomada de decisão clínica do enfermeiro, assim, sendo um contribuir para melhores e mais eficazes práticas de enfermagem e melhor atenção para necessidades humanas básicas afetadas.

Os sistemas de linguagem padronizadas são termos e expressões que representam conceitos importantes para a enfermagem, desta forma, pode-se dizer que as respostas das pessoas as situações de vida e saúde são os diagnósticos e as ações que a enfermagem realiza para influenciar positivamente essas respostas são as intervenções, assim os sistemas de padronização oferecem estrutura capaz de organizar estes elementos (diagnósticos e intervenções) para a produção de conhecimento, ao raciocínio clínico e à prática clínica. (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

O processo de construção coletiva em consenso com os principais diagnósticos e intervenções/atividades de enfermagem para a prática em questão permitiu o engajamento de todos os envolvidos, assim, espera-se que a adesão dos enfermeiros ao uso dos registros eletrônicos do PE, após a alimentação dos dados no sistema informatizado, seja incentivada por esta estratégia.

Fonseca, Oliveira, Amaral, Nicoli, Silveira (2019) em estudo para a construção coletiva de um protocolo de cuidados com cateter totalmente implantado registrou que o processo de construção coletiva permitiu às enfermeiras perceberem-se partícipes atuantes, integrando competência e qualidade na prestação do cuidado de enfermagem.

Diante dos diagnósticos eleitos no mapeamento cruzado, tendo como pano de fundo as necessidades dos pacientes identificadas nos Históricos de Enfermagem, o diagnóstico ansiedade foi evidenciado na maioria das unidades de internação. Na unidade de internação cirúrgica, relacionava-se com a expectativa sobre o procedimento, a mudança quanto a



imagem corporal e a possibilidade de dor, já no setor de diálise, a ansiedade estava relacionada à possibilidade de mal estar.

Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas a segurança emocional se constitui uma das áreas de investigação e, neste contexto, o desenvolvimento de intervenções efetivas direcionadas para o cuidado integral requer estratégias relacionadas na reavaliação positiva, apoio emocional e suporte social, formas ativas e positivas que resultem na adaptação ao processo de enfrentamento ao adoecimento (HORTA, 2017).

O diagnóstico de confusão aguda foi também muito frequente nas unidades de clínica médica e ortopedia, UTI e neurocirurgia, esse diagnóstico foi identificado em pacientes em situações clínicas, tais como acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico e hemorragias intracranianas. Em estudo realizado por Sousa, Simões e Araújo (2019) atribuíram o fato a fatores de risco como: idade superior a 65 anos; tipo de patologia; uso de técnicas invasivas; uso de ventilação assistida; uso de medicação sedativa, e também as características da unidade de internação, considerados ambientes desconhecidos para o paciente.

Os diagnósticos de risco de forma geral foram considerados relevantes para a instituição visto que a prevenção vem se tornando uma preocupação da gestão e dos enfermeiros assistenciais.

Na segurança do paciente, a gestão de risco tem por objetivo a determinação mais cedo dos riscos potenciais e por consequência a diminuição ou eliminação dos efeitos adversos decorrentes do atendimento em saúde (FONSECA; OLIVEIRA; AMARAL; NICOLI; SILVEIRA, 2019).

Preocupados com a implantação de uma cultura de risco na instituição, e também pela instituição fazer parte da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, as notificações de eventos adversos têm crescido e relacionam-se principalmente a quedas, lesões de pressão e considerando que o cenário do estudo é referências em neurologia, ortopedia, além de ser um hospital geral o diagnóstico de risco de infecção já era estimado, pois o número de procedimentos invasivos é elevado neste contexto de cuidado.

Frente a este achado, observa-se que mesmo diante de práticas de enfermagem amplamente discutidas, as necessidades humanas básicas se manifestam fortemente, exigindo da enfermagem atenção constante para prevenção das possíveis alterações e ou suas complicações em saúde.

Com a conclusão deste estudo, fica também evidente a importância da adoção de estratégias de educação permanentes e organizacionais para melhorar a qualidade da

documentação de enfermagem para obterem-se dados de enfermagem confiáveis e padronizados (D'AGOSTINO; VELLONE; AUSILI; BELSITO; LETO; ALVARO, 2020).

Como limite deste estudo define-se a não alimentação dos dados no sistema informatizado e implementação na prática dos registros de enfermagem informatizados. Esclarece-se que a etapa de implementação havia sido planejada, mas no decorrer da investigação, a alta gerência comunicou que o sistema utilizado no momento seria substituído por outro, assim, tomou-se a decisão destas etapas ser concluídas posteriormente a este processo de transição.

Os diagnósticos e intervenções de enfermagem encontrados ainda não fazem parte do sistema de documentação do cenário de estudo, devido a fatores como a atual alteração do sistema informatizado e mudança dos gestores. Isto interferiu negativamente no resultados do estudo tendo em vista a impossibilidade de implantação para a realização dos testes iniciais e ajustes que se fizessem necessários.

A partir desta construção o planejamento para a inserção nos registros informatizados estão em planejamento no cenário de estudo, porém aplicou-se as conversas sobre o processo de enfermagem e a SAE, visto como uma contribuição positiva para a instituição e iniciou-se a estruturação para a implantação em uma unidade piloto.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu identificar os termos utilizados nos históricos de enfermagem e realizar o mapeamento cruzado com os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, e verificar sua equivalência com 32 diagnósticos com foco no problema e 13 diagnósticos de risco, 94 intervenções de enfermagem e 684 atividades de para composição do banco de dados determinados com o consenso dos enfermeiros atuantes na instituição.

Acredito que o estudo traz uma grande contribuição à prática assistencial da instituição em estudo e à composição do processo de trabalho, filosofia e estratégias de interdisciplinaridade no desenvolvimento da profissão enfermagem. Isto quando o movimento de 53% do quantitativo de profissionais da Instituição pára para pensar e formalizar a Sistematização da Assistência de enfermaegm no seu interior, o processo de enfermagem, para a qualificação e resolutividade do cuidado de enfermagem. Assim considero o estudo de extrema relevância profissional, social, teórica, prática e política, pois responde à normalizações profissionais.

Os resultados deste estudo representam parte do esforço de um grupo de enfermeiros interessados em promover o avanço da enfermagem clínica. Na prática clínica, os

diagnósticos e intervenções identificados podem subsidiar a construção de um banco de dados que embasará a construção de um sistema informatizado para utilização no cenário de estudo, que poderá incluir a prescrição de enfermagem.

Destaca-se a importância para o ensino e aprimoramento constante dos dados encontrados através de educação continuada.

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, H; Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 134-141, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358/2009**, 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 29 abr. 2018.
- COSTA, A.C.; SILVA, J.V. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV, n. 16, p. 139-146, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a14.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- D'AGOSTINO, Z.F.V.; VELLONE, E.; AUSILI, D.; BELSITO, R.; LETO, A.; ALVARO, R. Cross- Mapping of Nursing Care Terms Recorded in Italian Hospitals into the Standardized NNN Terminology. **Int J Nurs Knowl**. v. 31, n. 1, p. 4-13, jan. 2020. Disponível em: 10.1111/2047-3095.12200. Acesso em: 20 mar. 2020.
- FONSECA, D.F.; OLIVEIRA, P.P.; AMARAL, R.A.C.; NICOLI, L.H.S.; SILVEIRA, E.A.A. Protocolo de cuidados com cateter venoso totalmente implantado: uma construção coletiva. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100382&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100382&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 04 mar. 2020.
- GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: versão 2017. Porto Alegre. Artmed, 2018.
- HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- LIMA, J.J.; VIEIRA, L.G.D.; NUNES, M.M.. Processo de enfermagem informatizado: construção de tecnologia móvel para uso em neonatos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1273-1280, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0267>. Acesso em: 27 jun. 2020.
- LUCENA, A.F.; BARROS, A.L.B.L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 82-88, mar. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

21002005000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2018.

MORAIS, S.C.R.V.; NOBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Cross-mapping of results and Nursing Interventions: contribution to the practice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1883-1890, ago. 2018. Disponível em: [http://www.scielo/o.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000401883&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo/o.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000401883&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 mar. 2020.

OLIVEIRA, M.R.; ALMEIDA, P.C.; MOREIRA, T.M.M.; TORRES, R.A.M. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1547-1553, Dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>. Acesso em: 27 jun. 2020.

RIBEIRO, G.C.; PADOVEZE, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt\\_1980-220X-reeusp-52-e03375.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03375.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

SOUSA, L.; SIMÕES, C.; ARAUJO, I. Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, n. 22, dez. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602019000200007&lang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602019000200007&lang=pt). Acesso em: 24 fev. 2020.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o objetivo deste estudo de construir coletivamente um banco de dados contendo os diagnósticos e intervenções de enfermagem para subsidiar a construção de registros eletrônicos de um hospital geral de Santa Catarina, pode-se dizer que foi alcançado. Considera-se também que este estudo foi um processo educativo coletivo efetivo, pois todos os participantes compartilharam conhecimentos e experiências, por meio das capacitações e das discussões em grupos.

Evidencia-se que o processo de construção coletiva propiciou aos profissionais de enfermagem uma oportunidade para repensar a prática do cuidado, associando as suas vivências ao conhecimento teórico e científico. A comparação das informações existentes nos prontuários com os Diagnósticos de enfermagem e com as intervenções padronizadas pelo sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem da NANDA-I. Além disso, possibilitou determinar as Intervenções de Enfermagem consideradas prioritárias para utilização na prática clínica dos enfermeiros.

Por viabilizar a documentação de informações de enfermagem, contribuir para o cuidado do paciente, facilitar a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde e facilitar na produção de conhecimento é que se incentiva a padronização da linguagem. A utilização das terminologias dos diagnósticos e intervenções da NANDA pode contribuir para a implantação da SAE idealizada institucionalmente, acrescentando qualidade ao cuidado profissional, levando a benefícios importantes para a profissão.

Uma fragilidade observada foi o sentimento de despreparo dos enfermeiros na caracterizada na realização do exame clínico, situação esta que deverá ser abordado dentro da instituição através do serviço de educação permanente.

Um desafio a ser alcançado é envolver e motivar a equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem no processo da SAE, para isto acredito que o caminho seja a educação permanente com ações pontuais de capacitação e atuação direta e contínua através de levantamento dos registros nos prontuários dos pacientes.

Compreende-se que o banco de dados construído atenda às necessidades de registros de enfermagem para as unidades de internação e favoreça a construção de Registros Eletrônicos de Saúde confiáveis e de maior qualidade e viabilize ainda a avaliação da prática de enfermagem contribuindo para determinar o papel do enfermeiro nos mais variados cenários da prática clínica, sendo também um desafio à informatização destes dados e a inclusão destes no sistema de informação utilizado na rede da instituição. Com a inclusão

destes dados no prontuário eletrônico agilizará toda a elaboração do processo de enfermagem favorecendo a adesão dos enfermeiros.

Cabe ainda incluir que a participação no Programa de Pós-Graduação Gestão do cuidado em Enfermagem da UFSC, na modalidade profissional foi de imensa valia nesta etapa, pois trouxe a base para o conhecimento necessário para a elaboração e implementação para a realização deste projeto, além de facilitar através do apoio do orientador o caminho para tal. Do ponto de vista profissional, a participação no programa posso destacar a contribuição na formação técnica necessária para esta construção. Na vida pessoal destaco a melhora na utilização de ferramentas de informática, pesquisa e aprimoramento técnico-científico além da satisfação pessoal e evolução da carreira.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.R.W.; DAL SASSO, G.T.M.; BARRA, D.C.C. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 998-1002, nov/dec. 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt\\_0080-6234-reeusp-50-06-00998.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-00998.pdf). Acesso em: 09 jul. 2018.
- ALVES, V.C.; FREITAS, W.C.J.; RAMOS, J.S.; CHAGAS, S.R.G.; AZEVEDO, C.; MATA, L.R.F. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 25, e2986, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>.
- AVELINO, C.C.V.; COSTA, L.C.S.; BUCHLORN, S.M.M.; NOGUEIRA, D.A.; GOYATÁ, S.L.T. Avaliação do ensino-aprendizagem sobre a CIPE® utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 3, p. 630-637, maio/jun. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0602.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0602.pdf). Acesso em: 25 out. 2018.
- BARRA, D.C.C.; ALMEIDA, S.R.W.; DAL SASSO, G.T.M.; PAESE, F.; RIOS, G.C. Metodologia para modelagem e estruturação do processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 3, out. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000300316&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300316&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 01 out. 2018.
- BARRAL, L.N.M.; RAMOS, L.H.; VIEIRA, M.A.; DIAS, O.V.; SOUZA, P.S.S. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n2a06.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. 3. ed Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BARROS, A.L.B.L.; SANCHEZ, C.G.; LOPES, J.L.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; LOPES, M.H.B.M.; SILVA, R.C.G. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem, 2015. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- BATISTA, R.E.A.; PEDUZZI, M. Prática interprofissional no Serviço de Emergência: atribuições específicas e compartilhadas dos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 213-220, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0797>. Acesso em: 07 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.2048 de 5 de novembro de 2002**: regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 jun. 2018.

BRUGGMANN, M.S. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: construção de um saber coletivo para implantação em um hospital psiquiátrico. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) 0 Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M.; WAGNER, C.M. **NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, H; Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 134-141, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CARVALHO, E.C.; KUMAKURA, A.R.S.; MORAIS, S.C.R.V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 690-696, maio/jun. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0662.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0662.pdf). Acesso em: 16 out. 2018.

CASTILHO, L. **O uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) no processo de ensino e aprendizagem em cursos superiores**. Dissertação (Mestrado Profissional em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento) - Universidade Fumec, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/sigc/article/view/3284/1896>. Acesso em: 31 maio 2018.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 1, jan/fev, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19.pdf). Acesso em: 20 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **O perfil da enfermagem no Brasil**. Brasília: COFEN, 2013. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO\\_Brasil\\_Final.pdf](http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO_Brasil_Final.pdf). Acesso em: 29 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 272/2002**. Revogada pela resolução 358/2009. Brasília: COFEN, 2002. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009\\_4309.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html). Acesso em: 29 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358/2009** de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 29 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 429/2012** 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em:



[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html). Acesso em: 29 abr. 2018.

COSTA, A.C.; SILVA, J.V. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV, n. 16, p. 139-146, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a14.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

D'AGOSTINO, Z.F.V.; VELLONE, E.; AUSILI, D.; BELSITO, R.; LETO, A.; ALVARO, R. Cross- Mapping of Nursing Care Terms Recorded in Italian Hospitals into the Standardized NNN Terminology. **Int J Nurs Knowl**. v. 31, n. 1, p. 4-13, jan. 2020. Disponível em: 10.1111/2047-3095.12200. Acesso em: 20 mar. 2020.

FERREIRA, A.M.; ROCHA, E.N.; LOPES, C.T.; BACHION, M.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: Mapeamento Cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 2, p. 307-315, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000200307](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200307). Acesso em: 18 ago. 2019.

FONSECA, D.F.; OLIVEIRA, P.P.; AMARAL, R.A.C.; NICOLI, L.H.S.; SILVEIRA, E.A.A. Protocolo de cuidados com cateter venoso totalmente implantado: uma construção coletiva.

**Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100382&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100382&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 04 mar. 2020.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: versão 2017. Porto Alegre. Artmed, 2018.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 228-232, mar/abr., 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2>. Acesso em: 22 jun. 2018.

HERDMAN, H.T.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

KIRCHESCH, C.L. A Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições Ensino Superior Brasileiras. **Revista Saúde.Com**. Bahia, v. 12, n. 4. p. 727-736, 2016. Disponível em: [www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/download/391/404](http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/download/391/404). Acesso em: 29 maio 2018.

KOBAYASHI, R.M.; LEITE, M.M.J. As competências tecnológicas no ensino de enfermagem cardiológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 974-980, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt\\_0080-6234-reeusp-49-06-0974.pd](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0974.pd). Acesso em: 20 jun. 2018.

LIMA, A.F.C.; MELO, T.O. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, p.175-183, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a24.pdf>. Acesso em: 26 maio 2018.

LIMA, J.J.; VIEIRA, L.G.D.; NUNES, M.M.. Processo de enfermagem informatizado: construção de tecnologia móvel para uso em neonatos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1273-1280, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0267>. Acesso em: 27 jun. 2020.

LUCENA, A.F.; BARROS, A.L.B.L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 82-88, mar. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2018.

LUIZ, F.F.; PADOIN, S.M.M.; NEVES, E.T.; RIBEIRO, A.C.; TRONCO, C.S. A Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia. v. 12, n. 4. p. 655-659, out/dez. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a09.htm>. Acesso em: 28 jul. 2018.

MANGUEIRA, S.O.; LIMA, J.T.S.; COSTA, S.L.A.; NÓBREGA, M.M.L.; LOPES, M.V.O. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 135-138, 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/298/160>. Acesso em: 06 jun. 2018.

MARCHIORI, G.R.S.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; SANTOS, M.V.; BRANCO, M.B.L.R.; GABRIEL, A.D. Saberes sobre Processo de Enfermagem no Banco de Leite Humano. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200300](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200300). Acesso em: 04 jul. 2018.

MARIN, H.F.; GROSSI, L.M.; PISA, I.T. Tecnologia da informação e comunicação na auditoria em enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 30-34, jan/mar. 2015. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/314/227>. Acesso em: 31 maio 2018.

MARTINS, C.; LIMA, S.M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **Revista de administração em Saúde**. São Paulo, v. 16, n. 63, abr/jun, 2014.

MEDEIROS, A.B.A.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-542, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 15, n. 1, p. 44-53, 2013.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.L.; SWANSON, E. **NOC - Classificação Dos**

**Resultados de Enfermagem.** 5. ed. Elsevier, 2016.

MORAIS, S.C.R.V.; NOBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Cross-mapping of results and Nursing Interventions: contribution to the practice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1883-1890, ago. 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000401883&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000401883&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 mar. 2020.

NETTO, L.; SILVA, K.L. Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-9, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reusp/v52/pt\\_1980-220X-reusp-52-e03383.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v52/pt_1980-220X-reusp-52-e03383.pdf). Acesso em: 03 mar. 2020.

NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p.222-229. mar/abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>. Acesso em: 02 set. 2018.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A.E.; ROSSI, L.A.; HAYASHIDA, M. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem Embasadas no Processo de Enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 390-398, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v35n4/v35n4a11>. Acesso em: 15 maio 2018.

OLIVEIRA, M.R.; ALMEIDA, P.C.; MOREIRA, T.M.M.; TORRES, R.A.M. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1547-1553, Dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>. Acesso em: 27 jun. 2020.

OLIVEIRA, R.S.; ALMEIDA, E.C.; AZEVEDO, N.M.; ALMEIDA, M.; OLIVEIRA, J.G.C. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v. 8, n. 20, set/dez. 2015. Disponível em: [http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/viewFile/1912/pdf\\_298](http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/viewFile/1912/pdf_298). Acesso em: 30 maio 2018.

PALOMARES, M.L.E.; MARQUES, I.R. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 3, jul/set. 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/94/34>. Acesso em: 30 maio 2018.

PATRICIO, C.M.; MAIA, M.M.; MACHIAVELLI, J.L.; NAVAES, M.A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722&gt>. Acesso em: 09 jul.2018.

PEIXOTO, L.; GONÇALVES, L.C.; DUTRA, T.C.; MELO, C.M.; DANTAS, A.C.C.; ANTUNES, E.C. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. n. 29, p. 324-339, Jan. 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

- PINTO, A.C.; GARANHANI, M.L.; FRANÇA, T.E.; PIEROTTI, I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. **Revista Proposições**. São Paulo, v. 28, p. 88-110, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072017000400088&lng=pt&tlng=pt#B12](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072017000400088&lng=pt&tlng=pt#B12). Acesso em: 22 jun. 2018.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n4/v22n4a14.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- PRADO, M.L.; BULNES, A.M.; PENÃ, L.M. Metodología de La Revisión de literatura em Investigación. In: PRADO, M.L. **Investigación cualitativa em enfermería – metodología y didáctica**. Serie PALTEX Salud y Sociedad 200, n. 10. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2013. p. 196-207. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36221/34721>. Acesso em: 15 maio. 2018.
- REMIZOSKI, J.; ROCHA, M.M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE: uma revisão teórica. **Caderno Escola de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 1-14, 2010. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/1657/1012>. Acesso em: 30 maio 2018.
- REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 325-329, maio/jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 ago. 2018.
- RIBEIRO, G.C.; PADOVEZE, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt\\_1980-220X-reeusp-52-e03375.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03375.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.
- RIBEIRO, J.; RUOFF, A.B.; BAPTISTA, C.L. Informatização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. **Journal Health Informatics**, v. 6, n. 3, jul/set. 2014. Disponível em: [www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/download/296/19](http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/download/296/19). Acesso em: 20 maio 2018.
- SANTOS, D.M.A.; SOUZA, F.G.M.; PAIVA, M.V.S.; SANTOS, A.T. Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 136-145, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000200136&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000200136&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 jul. 2018.
- SANTOS, M.I.; SANTOS, V.L. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): uma

ferramenta para realização da auditoria de qualidade. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, n. 2, p. 179-184, jul/dez. 2012. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/29>. Acesso em: 18 ago.2018.

SANTOS, S.R.; PAULA, F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 80-87, jan/fev. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692003000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692003000100012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 18 ago. 2018.

SARTORI, Â.A.; GAEDKE, M.A.; MOREIRA, A.C.; GRAEFF, M.C. Diagnósticos de enfermagem no setor de hemodinâmica: uma perspectiva adaptativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100463&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100463&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 maio 2018.

SCHMITZ, E.L. **Filosofia e marco conceitual**: estruturando coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/160658/337970.pdf?sequence=1&isAllowed>. Acesso em: 05 jul.2018.

SILVA, E.G.C.; OLIVEIRA, V.C.; NEVES, G.B.; GUIMARÃES, T.M.R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011.

SILVA, B.; AZEVEDO, C.; COSTA, I.F. **O Hospital Governador Celso Ramos - Apresentação para funcionários Recém Admitidos**. Florianópolis, 2017.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.172-178, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

SOARES, M.; SILVA, H.H.C.; RESCK, Z.M.R.; TERRA, F.S. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 4, p. 676-683, jul/ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0676.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

SOUSA, L.; SIMÕES, C.; ARAUJO, I. Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autônomas do enfermeiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, n. 22, dez. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602019000200007&Lang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602019000200007&Lang=pt). Acesso em: 24 fev. 2020.

TANNURE, M.C.; LIMA, A.P.S.; OLIVEIRA, C.R.; LIMA, S.V.; CHIANCA, T.C.M. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. **Journal Health Informatics**, v. 7, n. 3, p. 69-74, jul/set. 2015. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/337/235>. Acesso em: 18 ago. 2018.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRUPPEL, T.C.; MEIER, M.J.; CALIXTO, R.C.; PERUZZO, S.A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar/ abr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 maio 2018.

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido – participante enfermeiro****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL****Projeto de pesquisa:  
PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E  
RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANDA EM UM HOSPITAL GERAL.****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTE  
ENFERMEIRO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem em Sistema de Gestão em Saúde, porém antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda o motivo desta pesquisa estar sendo realizada, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve, e os possíveis benefícios e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem informada. Este documento fornece informações sobre a pesquisa, visando firmar uma autorização por escrito para sua participação de maneira a tornar esta participação espontânea e voluntária. O presente estudo é um projeto de pesquisa desenvolvido pela Mestranda e Enfermeira Ivana Fantini Costa, sob a orientação da Professora Dra. Luciana Martins da Rosa do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional - da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem por objetivo geral: Construir coletivamente, os diagnósticos, intervenções e prescrição de enfermagem prioritários para inserção no prontuário eletrônico do paciente de um hospital geral de Santa Catarina. Inserir os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente no hospital geral de Santa Catarina. Sua participação abrangerá a participação em capacitação nos temas: Raciocínio Clínico e Taxonomia NADA-I, na sequência a construção em conjuntos dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem segundo esta taxonomia. Você decidirá se irá ou não participar deste estudo. Mesmo que você não queira participar, isso não acarretará nenhuma desvantagem. Caso decida participar, você irá receber duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, rubricadas e assinadas pelas pesquisadoras deste estudo, para que você possa também assinar e rubricar, uma via ficará com você e a outra sob a guarda da pesquisadora principal deste estudo. Guardarei este termo por cinco anos e recomendo que faça o mesmo, caso aceite ser participante deste estudo. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Ao participar deste estudo você estará colaborando para a elaboração e implantação da sistematização da assistência de enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos, promovendo assim uma melhor qualidade da assistência a ser prestada. Caso ocorra algum desconforto nos momentos de capacitação, ou nos encontros para eleição dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem as oficinas de discussão, você terá liberdade de expor o fato para que o mesmo seja avaliado pela pesquisadora principal deste estudo e a atividade será parada imediatamente e somente será recomeçada mediante sua aprovação. Não estão sendo previstos danos materiais ou imateriais, mas a pesquisadora principal deste estudo se compromete a atendê-lo em qualquer necessidade, ou será providenciado

atendimento necessário para redução do desconforto ou danos. Conforme preceitos legais, se este estudo lhe causar danos, diante de fatos devidamente comprovados, você terá direito a indenização pela pesquisadora do estudo. Todos os danos se ocorrerem serão comunicados ao Comitê de Ética em Pesquisa que realizou a apreciação ética do estudo. A participação neste estudo não lhe trará custo material ou financeiro e você também não receberá pagamento com a sua participação. No entanto, caso ocorram despesas comprovadamente vinculadas à sua participação neste estudo, devidamente comprovadas, estarei a sua disposição para eventuais ressarcimentos. Esclareço, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e que todos os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Este estudo será desenvolvido de acordo com as normas da Resolução 466/2012, que define os cuidados necessários para pesquisa com seres humanos. Se você concordar em participar deste estudo, pedimos que assine este documento. Ainda esclareço que, quando da publicação dos resultados deste estudo mantereis seu anonimato, e a divulgação dos resultados abrangerá a totalidade dos resultados da pesquisa, não questões isoladas, ou seja, apresentaremos os resultados de todos os participantes deste estudo, após análise, para que possa contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e para melhor cuidarmos de outras pessoas. Assim, estaremos primando para manutenção do sigilo da sua participação e reduzindo os riscos de quebra de sigilo não intencional. Agradecemos sua atenção e colaboração.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com as pesquisadoras deste estudo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisadora principal: Ivana Fantini Costa CPF 79889131900, Hospital Governador Celso Ramos, Rua Irmã Benwarda, 270- Centro - Florianópolis, CEP 88015-270, telefone 48 32517131. [Email-ivanafantini@gmail.com](mailto:Email-ivanafantini@gmail.com). Endereço residencial: Rua Caminho dos Açores, 1477, Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis.

Pesquisadora responsável: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Martins da Rosa. CPF: 853602879-34. Telefone: (48) 37219480. Email: [luciana.m.rosa@ufsc.br](mailto:luciana.m.rosa@ufsc.br) Endereço profissional: Centro de Ciências da Saúde – CCS, Bloco I, sala 512. Campus Universitário – Trindade - Florianópolis - Santa Catarina – Brasil. CEP: 88040-900. Endereço residencial: Avenida Mauro Ramos 1250, bloco A2, ap 31, Florianópolis/SC, CEP: 88020-301.

Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos Endereço: Rua Irmã Benwarda, 270, Florianópolis, Centro, CEP88015-270. Telefone: (48) 3351-7130 Email: [cephgcr@saude.sc.gov.br](mailto:cephgcr@saude.sc.gov.br) que aprovou o desenvolvimento deste estudo.

Nome do participante do estudo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Pesquisadora principal: Ivana Fantini Costa

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Luciana Martins da Rosa

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## APENDICE B - Convite para a capacitação



### CAPACITAÇÃO EM PROCESSO DE ENFERMAGEM

Local: Sala de treinamento – térreo Horário: 13:30 às 16:00hs

19/03 26/03	Teoria de enfermagem Processo de enfermagem Histórico de enfermagem	Dr. Maria Ligia dos Reis Dr. Dulcineia Ghizoni Schneider
02/04 09/04	Exame físico	Dr. Luciana Martins da Rosa
16/04 23/04	Abordagem NANDA Internacional	Dr. Maria Ligia dos Reis Dr. Dulcineia Ghizoni Schneider

Setor de Educação Permanente Conto com a presença de todos!

**APENDICE C - Cronograma de capacitação**

<b>DATA</b>	<b>GRUPO</b>	<b>C/H</b>	<b>CONTEÚDO/SITUAÇÃO DE APRENDIZAGEM</b>
19/03	Grupo 1	3 horas	Acolhimento
26/03	Grupo 2		Teorias de Enfermagem por quê? Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta e Classificação diagnóstica
13:30 às 16:30 (Terça- feira)			Histórico de Enfermagem  Facilitador: Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda Colaboradores: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider
02/04	Grupo 1	3 horas	Exame Físico
09/04	Grupo 2		Facilitador : Dra. Luciana Martins da Rosa
13:30 às 16:30 (Terça- feira)			
16/04	Grupo 1	3 horas	Abordagem NANDA Internacional 2018-2020
23/04	Grupo 2		Utilização e organização do diagnóstico Introdução ao Raciocínio Clínico Plano de cuidados/Intervenção/Prescrição de Enfermagem
13:30 às 16:30 (Terça- feira)			Instrutor: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda

## ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSON RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANDA EM UM HOSPITAL GERAL

**Pesquisador:** Luciana Martins da Rosa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 05411018.0.0000.5360

**Instituição Proponente:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.108.565

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa convergente assistencial, com as seguintes etapas:

##### -FASE CONCEPÇÃO:

Ocorre a escolha do tema, desenvolvido através da problematização da prática do pesquisador, a questão de pesquisa, o objetivo do estudo, a revisão de literatura e a apresentação do referencial teórico. No nível mental os passos de definição do tema, os objetivos pretendidos para modificação da prática e o suporte teórico para embasar as ações acontecem de uma forma simultânea, porém na escrita essas etapas precisam ser construídas para formar um todo, no estudo a fase da concepção foi apresentada na introdução, objetivos e revisão de literatura

##### FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Ocorre a escolha do local onde encontra-se a problemática do estudo, a descrição dos participantes da pesquisa, o método de coleta dos dados e o respeito aos aspectos éticos. Nesta fase, o pesquisador tem obrigação de estar envolvido com o conhecimento da prática assistencial.

-Cenário do estudo: Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizado na parte insular da cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina.

##### Critério de Inclusão:

Os enfermeiros convidados a participar do estudo serão os profissionais atuantes nas unidades de internação do segundo, quinto, sexto e sétimo andares, centro cirúrgico, UTI, ambulatório, setor

**Endereço:** Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-270  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-7036 **E-mail:** cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 3.108.565

de endoscopia, setor de hemodiálise, serviço de imagem e emergência do Hospital Governador Celso Ramos, totalizando 108 profissionais distribuídos no período diurno e noturno.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos os profissionais que estiverem de férias, ou licenças de qualquer finalidade.

-Estratégias de coleta de dados

Para a coleta serão desenvolvidas as seguintes estratégias:

-Encontros com enfermeiros para pactuação do desenvolvimento do estudo. Nos encontros será desenvolvida uma exposição dos motivos do estudo e objetivos do projeto, objetivando a sensibilização para o comprometimento da equipe, e esclarecimentos e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

-Capacitação sobre o desenvolvimento do raciocínio clínico e elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem segundo a taxonomia NANDA- I, com eleição dos diagnósticos mais frequentes, bem como os resultados e intervenções de enfermagem, por mapeamento cruzado. (LUCENA, 2005; LUCIANO et al, 2014), para inserção no sistema de gestão em saúde do cenário do estudo, de forma a implantar todas as etapas dos registros do processo de enfermagem informatizado;

-Aplicação de questionário avaliativo da capacitação e da aprendizagem alcançada. A avaliação da aprendizagem incluirá a identificação de dados sociodemográficos dos participantes do estudo, tais como: sexo, idade, tempo de formação, tempo de experiência na enfermagem, tempo de atuação no cenário do estudo, unidade de trabalho e perguntas fechadas de múltipla escolha, para avaliar o conhecimento adquirido nas capacitações.

-Inserção dos dados no sistema de gestão em saúde institucional referentes aos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, aplicadas aos pacientes internados ou atendidos no Hospital Governador Celso Ramos. Para os ambulatórios a SAE será construída no formato de Consulta de Enfermagem, a partir do histórico de enfermagem adotado na instituição.

-Apresentação da alimentação dos dados (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) aos enfermeiros da instituição com avaliação dos conteúdos construídos;

-Inclusão dos ajustes sugeridos pelos participantes no processo de enfermagem informatizado e liberação do conteúdo para utilização;

-Realização de teste piloto.

A análise dos dados se dará em quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM,SILVA, 2014).

Endereço: Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7036

E-mail: cephgor@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 3.108.565

a) Processo de apreensão

Este processo na PCA inicia-se com a coleta de dados, quando então organizam-se os dados coletados (TRENTINI;PAIM;SILVA, 2014).Os registros de coleta serão organizados em ordem cronológica, com número do encontro, e identificação do(s) participante(s). Os registros serão organizado segundo o modelo proposto por Schatzman, citado em Trentini, Paim e ,Silva, (2014), em notas de observação (NO) onde serão relatadas as informações coletadas por meio de observação, notas teóricas (NT) são o relato das interpretações feitas pelo autor do estudo durante a coleta de dados ou durante a organização dos dados, notas Metodológicas (NM) relato das estratégias utilizadas como auxílio para a coleta de informações, notas de discussão em grupo (NG) relato das informações levantadas nos encontros) e notas de diário (ND) relato dos acontecimentos diários com o pesquisador com relação à pesquisa incluindo impressões, sentimentos, ações, e outras considerações importantes (TRENTINI;PAIM;SILVA, 2014)

Todos os dados coletados através dos registros e organizados por notas realizados nos encontros e das respostas dos questionários serão organizados em tabelas para análise, para isso a estratégia adotada será a codificação por cores iguais para assuntos semelhantes, favorecendo o agrupamento de dados similares.

b) Processo de síntese

Trata-se da parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).É um processo que agrega elementos diferentes, concretos ou abstratos e os une num relato coerente buscando conhecer a situação estudada. Nesta etapa o pesquisador adquire o conhecimento necessário para propor as mudanças necessárias e as estratégias a serem adotadas para atingir

o objetivo estabelecido (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

c) Processo de teorização

É o processo de identificação, definição e de construção de relações. Nessa fase, o pesquisador desenvolve a revisão teórica, que foram levantadas durante o processo de síntese, ou seja, estabelecem-se as formulações teóricas. A teorização na PCA pode encerrar-se com as mudanças e/ou inovações em andamento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).Nesta fase para inferências sobre os resultados do estudo se utilizará os conteúdos da revisão de literatura já apresentados neste projeto de pesquisa e outros conteúdos disponibilizados em publicações científicas atualizadas.

d) Processo de transferência

A transferência na PCA consiste na contextualização dos resultados com situações similares à prática em questão, com a intenção de transferência e socialização desses resultados (TRENTINI;

Endereço: Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7036

E-mail: cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 3.108.565

PAIM; SILVA, 2014).

A divulgação dos resultados deste estudo ocorrerá no cenário do estudo, no Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em eventos científicos e em periódicos científicos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Construir coletivamente, os diagnósticos, intervenções e prescrição de enfermagem prioritários para inserção no prontuário eletrônico do paciente de um hospital geral de Santa Catarina.

Inserir os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente no hospital geral de Santa Catarina

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador, o estudo apresenta:

Riscos:

Não estão previstos danos de natureza material ou imaterial, pois os profissionais terão liberdade para participar e contribuir ou não com a pesquisa, de acordo com seu desejo. Entretanto caso venha a ocorrer algum constrangimento com os enfermeiros envolvidos na pesquisa, e/ou atividade de discussão poderá ser suspensa e reiniciada somente mediante o interesse dos participantes. A pesquisadora do estudo dará toda a atenção necessária para redução dos desconfortos e se necessário solicitará atendimento de saúde da equipe do cenário do estudo.

Benefícios:

Quanto aos benefícios do estudo, a elaboração dos diagnósticos, o planejamento de enfermagem, incluindo os resultados e intervenções de enfermagem informatizados proporciona a efetivação da SAE na instituição atendendo as normativas legais e além de oferecer dados para uma assistência segura e humanizada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados TCLE, projeto original e formulários institucionais.

Endereço: Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar  
Bairro: Centro CEP: 88.015-270  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3251-7036 E-mail: cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 3.108.565

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1278186.pdf	27/12/2018 09:27:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	27/12/2018 09:24:47	IVANA FANTINI COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	27/12/2018 09:21:18	IVANA FANTINI COSTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANÓPOLIS, 08 de Janeiro de 2019

Assinado por:  
Carla Pauli  
(Coordenadora)

*Dra. Carla Pauli*  
Coordenadora do Comitê de  
Ética em Pesquisa - CEP/HGCR  
Matrícula 313628-0-02

Endereço: Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-7036

E-mail: cephgcr@saude.sc.gov.br

## ANEXO B - Caso Fictício

### Estudo de Caso

V.W.S., feminino, 75 anos, branca, com ensino fundamental completo. Casada a 47 anos, possui dois filhos sendo um falecido e uma filha com 46 anos de idade, casada (não reside na mesma casa) e um neto de 13 anos. Reside no bairro Tapera em Fpolis/SC, com o esposo de 72 anos. Aposentada, trabalhava como escrituraria. Internou no Hospital Governador Celso Ramos no dia 11/04, orientada em tempo e espaço, comunicativa, recebendo auxílio de seu genro para deambulação, devido a fortes dores no abdome e perda de peso (8kg, nas ultimas três semanas). Refere ter hipertensão arterial e diabetes mellitus (diagnosticado a 15 anos). Nega etilismo e tabagismo. Relatou não ter conhecimento sobre as doenças que possui, mas expressa vontade de aprender, porem destaca que pergunta para os profissionais e estes não explicam. Solicitou a filha que procurasse informações na internet. Refere que em residência costuma dormir 8 horas por dia, porem no hospital dorme de 24h 00 as 05h 00da manhã, devido ao barulho no ambiente e luminosidade no quarto, cita ainda sentir dores nas costas devido ao colchão e posição. Relata que ingere líquidos em sua residência (3 copos de 200ml por dia), relata fazer 4 refeições por dia; pela manhã, ingere uma xicara de café com leite e açúcar e 1 fatia de pão. Entre o café da manhã e o almoço relata não ingerir nada. No almoço diz comer arroz, feijão, massa e carne que varia do dia, diz não gostar de saladas e peixes. O café da tarde é o mesmo que o da manhã, e a janta é a mesma do almoço. Durante a internação não aceita a dieta oferecida, relata não se alimentar, pois se sente inchada e com sensação de estomago cheio, não sentindo fome. Nos registros de enfermagem há documentação que se alimenta escondido, com produtos trazidos pela família sem conhecimento e liberação do hospital, já foi realizada orientação para os familiares sobre as ocorrências. (peso corporal: 72kg e altura: 1, 61cm). Diz estar preocupada e angustiada, pois não consegue evacuar há 7 dias. Em sua casa fica de 3 a 5 dias sem evacuar, quando evacua as vezes são fezes endurecidas, odor característico, cor amarronzada. Diurese de 500 ml em 24 horas com relato de ardência ao urinar. Relata não praticar exercícios físicos. Diz sentir dificuldade para caminhar devido a fortes dores nos joelhos (relata nota 8/10, segundo avaliação numérica de dor), tem dificuldade para ficar em pé sozinha (devido ao edema e medo de cair). Edema em membros inferiores: +++/++++ segundo sinal de cacifo. Relata realizar escovação dos dentes uma vez ao dia em residência (possui dentes superiores naturais e prótese total inferior), sem uso de fio dental. Na internação diz não utilizar prótese dentária e não realizar a escovação (dificuldade sozinha), pequenas lesões em mucosa oral (principalmente no local de fixação da prótese).

Eupneica, com frequência respiratória de 18 movimentos respiratórios por minuto, respiração mista (toraco-abdominal com predominância do uso de musculatura torácica), expansividade pulmonar simétrica. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares presentes. Ausculta cardíaca: bulhas normofoneticas em dois tempos, ritmo regular. Durante internação o banho de aspersão ocorre no período matutino diariamente com auxílio e em cadeira (devido ao desequilíbrio). Sinais vitais: PA:120x80mmHg, Glicemia em jejum 124mg/dl, Temperatura corporal 36,5°C, oximetria de pulso 96%.



## ANEXO C - Questionário de avaliação de capacitação

### ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS SETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

CURSO: \_\_\_\_\_

TURMA: \_\_\_\_\_ MINISTRANTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### QUANTO AO CURSO:

1. Atendimento ao objetivo do curso:

2. Conteúdo trabalhado:



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5

3. Metodologia utilizada:



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5

4. Material didático disponibilizado:



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5

#### QUANTO AO INSTRUTOR:

1. Domínio do conteúdo:



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5

2. Clareza e objetividade no processo de ensino-aprendizagem dos conteúdos:



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5

3. Interação com os participantes e relacionamento com a turma:



**Detestei**

1



**Não gostei**

2



**Indiferente**

3



**Gostei**

4



**Adorei**

5

#### QUANTO A INFRAESTRUTURA DO LOCAL

1. Localização:



2. Acomodações:



3. Iluminação / Ventilação:



A carga horária do curso foi suficiente? SIM ( ) NÃO ( )

PARCIALMENTE ( )

O curso de forma geral satisfaz suas expectativas? SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE ( )

Como você avalia seu desempenho neste curso? Por quê?

---



---

Sugestões, críticas e elogios:

---



---



## ANEXO D - Histórico de enfermagem do cenário do estudo

Histórico Enfermagem - (FrameWPeFormulárioLista)

Prontuário: 558887 Médico Assistente: FLAVIO VIEIRA MOREIRA  
 RA: 2019185025 Localização: GANDAR.604.8  
 Internação: 12/11/2019 Procedimento:  
 Feminino - 404, 81 e 120 Nascimento: 02/03/1979 Convênio: SUS

Prontuário digitalizado

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WPeFormulário - (FrameWPeFormulárioLista)

Data: 14/11/2019 Hora: 20:45

**HISTORICO DE ENFERMAGEM**

2- DIAGNOSTICO CLINICO/MOTIVO INTERNAÇÃO:

COMPARIDADES:

**3- PERCEÇÃO E ESPERATIVA**

TRANSPUSO DE SANGUE ANTERIOR:

TABAGISTA:

QUANTO TEMPO (TABAGISTA):

QDE (TABAGISMO):

ETILISMO:

QUANTO TEMPO (ETILISMO):

QDE (ETILISMO):

OUTRAS DROGAS:

INTERNACIONES ANTERIORES:

ONDE (INT. ANTERIOR):

MOTIVO (INT. ANTERIOR):

ALERGIAS:

DO QUE (ALERGIA):

QUEIXAS ATUAIS:

\* Campos obrigatórios

Gravar Sair Cancelar

Histórico Enfermagem - (TFrameWPFormularioLista)

Prontuário: 558887 Médico Assistente: FLAVIO VIEIRA NORU  
 RA: 2019185025 Localização: GANDAR,604.8  
 Internação: 12/11/2019 Procedimento:  
 Feminino - 40A, 8H e 12D Nascimento: 02/03/1979 Convênio: SUS

Prontuário digitalizado

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WPEg, Formulário - (TFrameWDiccionarioFarmaceutico)

Data: 14/11/2019 Hora: 08:45

PROBLEMAS RELACIONADOS AS NECESSIDADES HUMANAS BASICAS

A NEUROLOGIA

NEUROLOGIA:  Lúcido  
 Orientado  
 Desorientado  
 Sonolento  
 Trêmulo

ABERTURA OCULAR:

RESPOSTA VERBAL:

RESPOSTA MOTORA:

SCORE GLASSGOW: 0

PUPILAS:

FOTO REAGENTES:  D  
 E

ANISOCORIA:  D  
 E

MIOSE:  D  
 E

MIDRIASE:  D  
 E

\* Campos obrigatórios

Salvar Excluir Cancelar

OCULTAR

- Balanco Hidrico
- Formulários
- Acidente Trabalho
  - Ac. Trab. Mat. Bioló
  - Condutas Fonte HII
  - Biossegurança
- Nutrição
  - Triagem
    - INICIAL
    - AVANÇADA
    - MAN - Triagem
  - Evolução Nutrição
- Centro Cirúrgico
  - Anotações de Enfer
  - Pré-operatório
  - Checklist Cirurgia S
  - Transoperatório
  - Sinais Vitais SRPA
  - Índice de Aldrete-K
  - Pós-operatório SRP
  - Pós-operatório Uni
  - Checklist Oftalmol
  - Descrição Cirúrgica
- SAE
  - Histórico Enfermag
- Segurança do Paciente
  - Identificação Pacier
  - Escala de Braden
  - Fugulim
  - Escala de Morse
  - Avaliação - Ferida
- CCIH
  - Not. Infec. CVC

Histórico Enfermagem - (TFrameWPrepFormularioLista)

Prontuário: 558887 Médico Assistente: FLAVIO VIEIRA NORI

RA: 2019185025 Localização: GANDAR.604.B

Internação: 12/11/2019 Procedimento:

Feminino - 40A, 8M e 12D Nascimento: 02/03/1979 Convênio: SUS

Prontoário digitalizado

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WPrepFormulario - (TFrameWDiccionarioFrameMedica)

Data: 14/11/2019 Hora: 08:45

**B. OXIGENAÇÃO**

RESPIRAÇÃO PR (PM):
  Espúneo  
 Dispneia leve/moderada  
 Dispneia grave  
 Espontânea  
 Não necessitante

TOSSE:

EXPECTORAÇÃO(CARACTERÍSTICA):

**C. CARDIO VASCULAR:**

FREQUÊNCIA CARDÍACA: (bpm)

CARACTERÍSTICA DO RITMO:

PA:

EDEMA:

MPSS:

MPE:

**TERAPÊUTICA:**

CONDIÇÕES DE MUSCULATURA E TECIDO SUBCUTÂNEO:

FLUIDOTERAPIA:

DATA (FLUIDOTERAPIA):

ACESSO:

LOCAL (ACESSO):

FÍSTULA ARTERIOVENOSA:

\*Campos obrigatórios

Histórico Enfermagem - (FrameWepFormularioLista)

Prontuário: 558887    Médico Assister: FLAVIO VIEIRA NORU  
 RA: 2019185025    Localização: GANDARA.004.B  
 Internação: 12/11/2019    Procedimento:  
 Feminino - 40A, 011 e 120    Nascimento: 02/03/1979    Convênio: SUS

Prontuário digitalizado

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WepFormulario - (FrameWepFormularioLista)

Data: 14/11/2019    Hora: 08:45

U.A.M. (M.C.D.N.):

FÍSTULA ARTERIOVENOSA:

MEMBRO (FÍSTULA):

PRÊMIO PRESENTE:

D. REGULAÇÃO

TÉRMICA (°C):

E. PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

VISUAL:

AUDITIVA:

DOLOROSA - NORMAL EM PMS/PMI

PRESSÃO EM:

F. HIDRATAÇÃO

HIDRATAÇÃO:

G. ALIMENTAÇÃO

ALIMENTAÇÃO:

DÉBITOS:

CARACTERÍSTICA (DÉBITOS):

VOLUME (DÉBITO):

H. ELIMINAÇÕES

URINÁRIA:
  Espontâneo  
 Retenção urinária  
 Incontinência  
 \* Campos obrigatórios

Histórico Enfermagem - (FrameWPepFormularioLista)

Prontuário: 558867    Médico Assistente: FLAVIO VIEIRA MORA  
 RA: 2019185025    Localização: BANDAR.604.B  
 Internação: 12/11/2019    Procedimento:  
 Feminino - 40A, 8M e 12D    Nascimento: 02/03/1979    Convênio: SUS

Prontuário digitalizado

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WPepFormulario - (TFrameWDicionarioFrameEdicao)

Data: 14/11/2019    Hora: 08:45

**H. ELIMINAÇÕES**

URINÁRIA:
 

- Espontânea
- Retenção urinária
- Incontinência
- S/D
- out

CARACTERÍSTICA (URINÁRIA):

VOLUME (URINÁRIA):

INTESTINAL:
 

- Normal
- Enterorragia
- Melena
- Colostomia
- Hemorragia

DIARRÉIA (Nº DE VEZES NO PERÍODO):

CARACTERÍSTICA (DIARRÉIA):

**I. SONO E REPOUSO**

SONO E REPOUSO:

HÁBITOS (SONO/REPOUSO):

**J. ATIVIDADE FÍSICA**

PRÁTICA EXERCÍCIOS?

QUALQUAIS?

**K. ATIVIDADE MOTORA**

HISTÓRIA DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)?

\* Campos obrigatórios

Gravar    Excluir    Cancelar

Histórico Enfermagem - (FrameWPepFormularioLista)

Prontuário: 558887 Médico Assistente: FLAVIO VIEIRA MORA  
 RA: 2019185425 Localização: GANDARA.604.B  
 Internação: 12/11/2019 Procedimento:  
 Feminino - 40A, 891 e 120 Nascimento: 02/03/1979 Convênio: SUS

Prontuário digitalizado

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WPep-Formulario - (FrameWSicarioInfarmédico)

Data: 14/11/2019 Hora: 10:45

**K. ATIVIDADE MOTORA**

HISTÓRIA DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)?

AJUDA PARA CAMINHAR?

TERAPIA INTRAHEMISFÉRICAS?

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA?

**L. INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA**

PELE:

QUAIS (LESÕES)?

UPP:

LOCAL (UPP):

FERIDA OPERATÓRIA:

LOCAL (FERIDA OPERATÓRIA):

CARACTERÍSTICA (FERIDA OPERATÓRIA):

COURO CABELUDO:

OLHOS E PÁLPEBRAS:

OUIDOS:

BOCA:

DENTES:

GARGANTA:

.....

\* Campos obrigatórios

Gravar Excluir Cancelar

Coletar



Histórico Enfermagem - (FrameWepFormularioLista)

Prontuário: 558887 Médico Assistente: FLAVIO VIEIRA MORA  
 RA: 2019185025 Localização: GARDAL604B  
 Internação: 12/11/2019 Procedimento:  
 Nascimento: 02/03/1979 Convênio: SUS

Feminino - 40A, 8M e 12D

### Histórico Enfermagem

(HISTORICO ENFERMAGEM) Formulários | WepFormulario - (FrameWDictionaryFrameMedicao)

Data: 14/11/2019 Hora: 08:45

GARGANTA:

NAZAL:

QUAIS LESÕES (NAZAL):

ANIL:

ÓRGÃOS GENITAIS:

QUAIS LESÕES (ÓRGÃOS GENITAIS):

ABDOME:

RUIDO PNA:

CUIDADO CORPORAL

CONDIÇÕES DE HIGIENE:

NECESSITA DE AJÚDIO?

NECESSITA DE TRICOTOMIA?

LOCAL (TRICOTOMIA):

SEGURANÇA:

NECESSITA DE ISOLAMENTO?

MOTIVO (ISOLAMENTO):

NECESSIDADE DE PREVENÇÃO DE FUGA?

MOTIVO (CONTENÇÃO):

RISCO SUICIDA:

NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS

\* Campos obrigatórios

Gravar Excluir Cancelar