

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

ANA PAULA VEIGA DOMICIANO PELUCI

**PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA AS ESPECIALIDADES DE
NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA FUNDAMENTADO NA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

**CURITIBA
2017**

ANA PAULA VEIGA DOMICIANO PELUCI

**PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA AS ESPECIALIDADES DE
NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA FUNDAMENTADO NA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, Área de concentração: Informática em Saúde, da Escola Politécnica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Regina Cubas

CURITIBA

2017

Catálogo na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

P393p
2017

Peluci, Ana Paula Veiga Domiciano
Padrão de registro para especialidades de neurocirurgia e ortopedia
fundamentado na classificação internacional para a prática de enfermagem /
Ana Paula Veiga Domiciano Peluci ; orientadora, Marcia Regina Cubas. -- 2017
185 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2017
Bibliografia: f. 126-134

1. Enfermagem – Prática. 2. Diagnóstico em enfermagem. 3. Cuidados de
enfermagem. 4. Registros de enfermagem. 5. Processos de enfermagem.
I. Cubas, Márcia Regina. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Saúde. IV. Título

CDD 20. ed. – 610.73



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Politécnica
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 242

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

Aos 14 dias do mês de fevereiro de 2017, no Auditório Bento Munhoz da Rocha Neto, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**Padrão de Registro de Enfermagem para as especialidades de Neurocirurgia e Ortopedia fundamentado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**", apresentada pela aluna **Ana Paula Veiga Domiciano** sob orientação da **Profª. Drª. Marcia Regina Cubas**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
PUCPR (Presidente)

(assinatura)

Aprovado

(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Deborah Ribeiro Carvalho,
PUCPR (Examinador)

(assinatura)

Aprovado

(Aprov/Reprov.)

Prof.ª Dr.ª Cândida Caniçali Primo,
UFES (Examinador)

(assinatura)

Aprovado

(Aprov/Reprov.)

Início: 14h

Término: 16h 15min

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado aprovado (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: inclui correções obrigatórias apresentadas pelas examinadoras

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 90 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): Ana Paula Veiga Domiciano

(assinatura)

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
Coordenadora do PPGTS PUCPR



AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por iluminar e abençoar meus caminhos e escolhas.

À **Virgem de Guadalupe**, por sempre interceder por mim.

Ao meu esposo, **Joilson Roberto Peluci**, por sempre me incentivar a alcançar meus objetivos e por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis. Todas as conquistas da minha vida serão dedicadas a você. Te amo meu amor.

Ao meu pai querido, **Paulo Pedro Domiciano**, que é um sonhador e que me fez ser uma sonhadora também. Sei que todos os esforços da sua vida foram para nos fazer feliz. Te amo meu pai.

À minha mãe **Anadélia Veiga** e aos meus irmãos **Ricardo** e **Rodrigo**. Amo vocês.

À Profª Drª **Marcia Regina Cubas**, minha orientadora e minha inspiração profissional. Muito obrigada pelas oportunidades, desde a época de PIBIC até agora. Sua orientação foi excepcional. Muito obrigada por tudo.

À Profª **Maria Leoni Valle**, por me apresentar ao grupo de pesquisa e por me incentivar sempre.

À Profª Drª **Déborah Ribeiro Carvalho**, pela disponibilidade em participar como minha banca de defesa, e por toda a amizade construída ao longo do mestrado.

À Profª Drª **Candida Caniçali Primo**, por aceitar ser minha banca de defesa. Muito obrigada pela disposição.

À minha querida amiga, **Carina Carvalho**, por sempre estar disposta a me ajudar.

À minha amiga, **Denilsen Carvalho Gomes**, por me auxiliar desde a época de PIBIC e por ser também uma das minhas inspirações para iniciar o mestrado.

Aos meus amigos queridos que fiz ao longo do mestrado: **Verônica Andrade**, **Claudia Biancato**, **Rodrigo Guerra**, **João Cubas**, **Rosyellen**, **Odette Moura**, **Fernanda Broering**, **Sandra Bastos**, **Ana Luzia** e **Ana Paula Sartorelli**.

À **CAPES**, pela bolsa de estudos.

À **Fundação Araucária** e ao **CNPq**, pelo fomento destinado ao projeto matriz.

RESUMO

Introdução: O uso de sistemas de classificação, como de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, contribui para a implantação de uma linguagem padronizada. Entre as especialidades que carecem de padronização de registro, estão a neurocirurgia e a ortopedia, o que se faz fundamental, tendo em vista que os pacientes neurológicos são considerados críticos e exigem vigilância constante, enquanto os ortopédicos constituem uma população de pacientes cirúrgicos cujas condições físicas, locais de operação e comorbidades podem colocá-los em maior risco de complicações ou eventos adversos. **Objetivos:** Construir um padrão de registro de enfermagem para os setores de neurocirurgia e ortopedia fundamentado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e avaliar os enunciados construídos. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, cujas bases empíricas foram formadas por: (i) banco de termos construído na primeira fase do projeto matriz, proveniente dos campos de linguagem livre das evoluções de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente do Hospital Universitário Cajuru (HUC), de 2010 a 2012; (ii) banco de enunciados para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), utilizando a CIPE®; (iii) Modelo de Sete Eixos da CIPE®; (iv) norma ISO 18104:2014; (v) teoria das necessidades humanas básicas; (vi) obra de Garcia e Cubas (2012); (vii) *Nursing Intervention Classification* (2010). A pesquisa foi composta por seis etapas: (i) preparação dos termos para elaboração dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem; (ii) elaboração dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, a partir do banco de termos do HUC; (iii) mapeamento dos enunciados construídos com a CIPE® e o banco de enunciados do HULW, e análise de similaridade e abrangência dos enunciados não constantes; (iv) construção das intervenções de enfermagem existentes no banco de enunciados do HULW, em relação aos enunciados de diagnósticos construídos; (v) organização dos enunciados por necessidades humanas básicas; (vi) avaliação dos enunciados construídos por meio de sete seminários gravados e processados posteriormente no software de análise qualitativa ATLAS.ti. **Resultados:** Foram construídos 173 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, cujo mapeamento cruzado com a CIPE® resultou em 72 enunciados constantes. Entre aqueles não constantes, 19 foram considerados similares; quatro, mais abrangentes; 21, mais restritos; e 57, com ausência de concordância. Já no mapeamento cruzado com o banco de enunciados do HULW, 40 enunciados foram classificados como constantes; 31, similares; um, mais abrangente; dez, mais restritos; e 91, sem concordância. As intervenções relacionadas aos diagnósticos de enfermagem construídos obtiveram um total de 1.391 enunciados. A partir da transcrição das falas, constatou-se que os enfermeiros e professores acreditavam que os enunciados construídos e organizados poderiam ser utilizados para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia. **Conclusão:** Com a utilização dos termos provenientes das evoluções de enfermagem, foi possível construir enunciados representando a prática de enfermagem para as especialidades requeridas, tendo em vista que foram reconhecidos pelos enfermeiros e professores que os avaliaram.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Terminologia. Registros de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The use of classification systems, as of nursing diagnoses, interventions and results, contributed to the implantation of a standardized language. The neurosurgery and the orthopedics are among the specialties that lack registration standardization. This standardization is relevant, because the neurological patients are considered critical and demand constant surveillance, while the orthopedics ones are a population of surgical patient whose physical conditions, operation places and comorbidities can put them in larger risk of complications or adverse events. **Aims:** To create a pattern of nursing registration for neurosurgery and orthopedics based in International Classification for Nursing Practice (ICNP®) and to evaluate the built statements. **Method:** It is a methodological research, which empiric bases were formed by: (i) bank of expressions built in the first phase of the main project, originating from the free language fields from the nursing evolutions of the patient's electronic health record of Hospital Universitário Cajuru (HUC), from 2010 to 2012; (ii) bank of statements for patients hospitalized in the clinical units of Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), using ICNP®; (iii) ICNP® seven axes model; (iv) ISO 18104:2014; (v) basic human needs theory; (v) research of Garcia and Cubas (2012); (vii) Nursing Intervention Classification (2010). The research was composed by six stages: (i) preparation of terms for elaboration of nursing diagnoses and results; (ii) elaboration of the statements of nursing diagnoses and results, from the bank of expressions of HUC; (iii) mapping of the built statements with ICNP® and the bank of statements of HULW and similarity and inclusion analysis of the absent statements; (iv) construction of the nursing interventions present in the bank of statements of HULW, in relation to the built diagnoses statements; (v) organization of statements based on basic human needs; (vi) evaluation of the built statements through seven seminars, that were recorded and processed in ATLAS.ti. **Findings:** 173 statements of nursing diagnoses and results were created, which cross mapping with ICNP® resulted in 72 statements. Among those absent, 19 were considered similar; four, including; 21, more restricted; and 57, without agreement. In the cross mapping with the bank of statements of HULW, 40 were classified as present; 31, similar; one, including; ten, more restricted; and 91, without agreement. The interventions related to the nursing diagnoses obtained a total of 1.391 statements. From the transcription of the speeches, it was verified that the nurses and teachers believed that the built statements could be used for the neurosurgery and orthopedics specialties. **Conclusion:** With the use of the terms created from nursing evolutions, it was possible to build statements representing the nursing practice for the requested specialties, considering they were recognized by the nurses and teachers that evaluated them.

Keywords: Nursing processes. Nursing diagnosis. Nursing cares. Terminology. Nursing registrations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Unificação dos dois modelos de oito eixos da CIPE® Beta 2, resultando no Modelo de Sete Eixos, da versão 1.0.....	26
Figura 2 – Linha do tempo das versões da CIPE®.....	28
Figura 3 – Referência para construção dos subconjuntos terminológicos.	29
Figura 4 – Ciclo de vida da CIPE®.....	31
Figura 5 – Relação entre o ciclo de vida da CIPE® e o desenvolvimento dos subconjuntos.	33
Figura 6 – Diagrama de classes para elaboração de diagnósticos de enfermagem.	36
Figura 7 – Diagrama de classes para elaboração das intervenções de enfermagem.	37
Figura 8 – Percurso metodológico.....	43
Figura 9 – Exemplo da construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para os termos “eliminação”, “intestinal”, “prejudicada” e “eficaz”, de acordo a norma ISO 18.104:2014.....	46
Figura 10 – Códigos gerados para as famílias “necessidade psicobiológica” e “necessidade psicossocial”.....	75
Figura 11 – Rede da necessidade de oxigenação.	77
Figura 12 – Rede da necessidade de sensopercepção.	79
Figura 13 – Rede da necessidade de segurança física e do meio ambiente.	80
Figura 14 – Rede da necessidade de eliminação.....	81
Figura 15 – Rede da necessidade de integridade física.....	82
Figura 16 – Rede da necessidade de hidratação.....	83
Figura 17 – Rede da necessidade de regulação vascular.....	84
Figura 18 – Rede da necessidade de regulação térmica.....	84
Quadro 1 – Subconjuntos terminológicos publicados pelo CIE para diferentes prioridades em saúde, por local de desenvolvimento.....	34
Quadro 2 – Subconjuntos terminológicos em desenvolvimento e respectiva fonte...34	34
Quadro 3 – Subconjuntos terminológicos para atenção primária em saúde.	35
Quadro 4 – Comparação entre as NHBs.....	38
Quadro 5 – Identificação, primária e por pesquisador, dos termos no Modelo de Sete Eixos da CIPE®.	44

Quadro 6 – Identificação, primária e por pesquisador, de termo correspondente no Modelo de Sete Eixos da CIPE®.	44
Quadro 7 – Exemplo da construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para os termos “eliminação”, “intestinal”, “prejudicada” e “eficaz”, de acordo com os eixos da CIPE®.	45
Quadro 8 – Termos utilizados para construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem constantes na CIPE® 2015.....	51
Quadro 9 – Termos não constantes na CIPE® submetidos ao processo de análise de similaridade e abrangência.....	52
Quadro 10 – Diagnósticos e resultados de enfermagem construídos.	57
Quadro 11 – Enunciados constantes no mapeamento cruzado com a CIPE®.	61
Quadro 12 – Análise de similaridade e abrangência para os enunciados não constantes na CIPE®.	63
Quadro 13 – Enunciados constantes no mapeamento cruzado com o banco de enunciados do HULW.	65
Quadro 14 – Análise de similaridade e abrangência dos enunciados construídos com os enunciados existentes no banco de termos do HULW.	67
Quadro 15 – Diagnósticos e resultados de enfermagem extraídos da obra de Garcia e Cubas (2012).....	70
Quadro 16 – Enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem construídos e sua organização de acordo com as NHBs.	72
Quadro 17 – Enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia.	86
Quadro 18 – Enunciados de diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções.	140
Tabela 1 – Síntese dos termos, distribuídos pelos respectivos eixos da CIPE®.	56
Tabela 2 – Síntese dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, distribuídos pelas respectivas necessidades humanas básicas.....	74
Tabela 3 – Quantitativo das citações.	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C-HOBIC	<i>Canadian Health Outcomes for Better Information and Care</i>
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSV	<i>Comma-Separated Values</i>
HUC	Hospital Universitário Cajuru
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
NANDA-I	North American Nursing Diagnoses Association
NHB	Necessidade Humana Básica
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OWL	<i>Web Ontology Language</i>
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPGTS	Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	12
2	INTRODUÇÃO.....	15
2.1	OBJETIVOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM	19
3.2	SAE E PE	20
3.3	REGISTROS DE ENFERMAGEM E PEP	22
3.4	TERMINOLOGIAS E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO.....	24
3.5	ELABORAÇÃO DOS SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS E O CICLO DE VIDA DA CIPE®.....	29
3.6	ISO 18104:2014.....	35
3.7	MODELO TEÓRICO PARA ELABORAÇÃO DE SUBCONJUNTOS	37
4	MÉTODO	40
4.1	TIPO DO ESTUDO	40
4.2	CENÁRIO DE PESQUISA.....	40
4.3	BASES EMPÍRICAS	41
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
4.5	ETAPAS DA PESQUISA	42
4.5.1	Preparação dos termos para construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem.....	44
4.5.2	Construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem.....	45
4.5.3	Mapeamento dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem com a CIPE® e com o banco de enunciados do HULW.....	46
4.5.4	Construção das intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos elaborados	47
4.5.5	Organização dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem por necessidades humanas básicas	47
4.5.6	Avaliação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem	48
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
5	RESULTADOS	51

5.1	PREPARAÇÃO DOS TERMOS PARA ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	51
5.2	CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	57
5.3	MAPEAMENTO CRUZADO DOS ENUNCIADOS CONSTRUÍDOS COM A CIPE® E O BANCO DE ENUNCIADOS DO HULW.....	61
5.4	CONSTRUÇÃO DAS INTERVENÇÕES RELACIONADAS AOS DIAGNÓSTICOS CONSTRUÍDOS	71
5.5	ORGANIZAÇÃO DOS ENUNCIADOS POR NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	72
5.6	AVALIAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	75
6	DISCUSSÃO.....	114
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
	REFERÊNCIAS.....	127
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	136
	APÊNDICE B – ENUCIADOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS INTERVENÇÕES.....	140
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR	185

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa está vinculada ao projeto matriz denominado “Construção e validação de um padrão de registro de enfermagem com uso de termos da linguagem especial de enfermagem fundamentado na CIPE[®]”, composto por cinco fases (CUBAS, 2014), a saber:

- a) Elaboração de conceitos para novos termos identificados no banco de termos do Hospital Universitário Cajuru (HUC).
- b) Validação dos novos termos e conceitos identificados.
- c) Elaboração e avaliação do padrão de registro de enfermagem.
- d) Elaboração de estudos clínicos.
- e) Validação dos estudos clínicos.

Esse projeto teve início em 2012 e sua primeira versão continha quatro fases anteriores às descritas, cujos resultados constituíram a base empírica e científica das fases atuais, quais sejam:

- a) Elaboração de um banco de termos de linguagem especial de enfermagem, por meio de termos identificados nos registros de enfermagem do HUC, que resultou na dissertação de mestrado intitulada *Banco de termos de linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário* (GOMES, 2014).
- b) Mapeamento dos termos identificados com o Modelo de Sete Eixos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]).
- c) Comparação entre os bancos de termos do HUC e do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que resultou na dissertação de mestrado intitulada *Mapeamento cruzado entre termos de enfermagem identificados em hospitais universitários e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®]* (COSTA, 2015). Nesta fase, houve também a inclusão de um projeto de iniciação científica e um trabalho de conclusão de curso de graduação comparando o banco de termos de linguagem especial de enfermagem de dois hospitais universitários brasileiros.
- d) Elaboração de conceitos para os novos termos identificados, que resultou na dissertação de mestrado intitulada *Definição de termos identificados*

em linguagem de enfermagem fundamentados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® (PLEIS, 2015).

Na primeira fase, iniciada por Gomes (2014), o universo de investigação constituiu-se de 148.299 evoluções de pacientes, entre os anos de 2010 e 2012, registradas por enfermeiros do HUC, em campos de linguagem livre. Dessas evoluções, foram extraídos 257.893 termos, os quais, após o processo de normalização, foram reduzidos a um conjunto de 2.638 termos simples e compostos, consistindo na base de termos do HUC.

Na segunda e terceira fases, os resultados do mapeamento realizado por Costa (2015), com auxílio de bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), demonstraram que, dos termos constantes no banco, 366 eram idênticos aos da CIPE® 2013; 622 termos eram similares; 443 estavam presentes na definição de outro termo; e 918 eram novos. Parte deles está incluída no banco do HULW.

Os termos novos formaram a base empírica da primeira fase do projeto matriz, iniciado em 2014. Pleis (2015) analisou os 918 termos, classificando-os em diferentes dimensões de uso. Desse processo, restaram 63 termos considerados novos, sendo selecionados, por seu quantitativo de ocorrência, 15 deles, cujas definições elaboradas foram analisadas por cinco especialistas da área de enfermagem de distintas regiões do Brasil.

A segunda fase do projeto atual irá finalizar o processo de validação dos termos novos, por meio da aplicação de um questionário aos enfermeiros do HUC e do HULW, a ser efetivada por um mestrando do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS). Já o escopo desta dissertação compreende a terceira fase do projeto matriz, ou seja, a **elaboração e avaliação do padrão de registro de enfermagem**.

O interesse nesse objeto de estudo decorreu da minha jornada acadêmica. Tive a oportunidade, como graduanda do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), de participar do PIBIC, vinculado ao projeto matriz ora descrito. Realizei, com uma mestranda, a comparação entre os bancos de termos do HUC e do HULW. O tempo no PIBIC e os dois anos de inserção no grupo de estudos sobre sistemas classificatórios para as práticas de enfermagem e ontologias, do PPGTS, instigaram-me a dar continuidade à

investigação, ampliando meus conhecimentos e contribuindo com o crescimento e reconhecimento da minha profissão.

2 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, houve o surgimento de novas gerações de sistemas de informação hospitalar, que integram dados clínicos e administrativos, com o intuito de otimizar e melhorar o atendimento, reduzir custos e obter informações importantes de uma determinada região que compõe o perfil de saúde (CANÊO; RONDINA, 2014). No âmbito da medicina, Bezerra (2009) afirma que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) podem colaborar com a melhoria das condições de saúde da população, pois, além de contribuir para troca de experiências nas diversas especialidades, aprimoram os processos de tomada de decisão, reforçando a qualidade do atendimento (BEZERRA, 2009).

Como ferramenta para a construção de um novo paradigma do sistema de informação médica, tem-se o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (BEZERRA, 2009), em que constam informações necessárias para o atendimento, tanto observações quanto ações realizadas, possibilitando o acompanhamento da sua evolução, sendo a enfermagem responsável por mais de 50% dos registros (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003; BEZERRA, 2009). O PEP é considerado o principal instrumento da TICs que o profissional de saúde precisa usar na sua atividade diária, sendo os dados armazenados legíveis e mais confiáveis, além de as informações estarem disponíveis e atualizadas (CFM; SBIS, 2012).

Com a necessidade de documentar as informações da prática de enfermagem, surgem tentativas de sistematizar a assistência, que se inicia com os planos de cuidados e inclui o desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE) (NÓBREGA et al., 2010). De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, o PE é um instrumento metodológico que fornece embasamento para o cuidado em enfermagem e documentação da prática, sendo composto por cinco etapas: coleta de dados/histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Nóbrega et al. (2010) definem-no como uma tentativa de favorecer a qualidade da assistência prestada, que deve ser planejada e registrada de forma que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência.

Outra resolução importante para esta pesquisa diz respeito à Resolução COFEN nº 429/2012, que aponta como dever dos profissionais da enfermagem o registro das informações relevantes ao processo de cuidar, em prontuário do

paciente, por meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico. O registro da assistência prestada respalda, de maneira ética e legal, o profissional que realizou o cuidado e também o paciente. Quando esse registro é insuficiente e, portanto, inadequado, compromete a assistência prestada, bem como a instituição e a equipe de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Nesse contexto, desde a década de 1970, destacam-se o desenvolvimento e uso de sistemas de classificação na enfermagem, como maneira de descrever a prática, buscando-se o contínuo aperfeiçoamento do desenvolvimento das classificações de enfermagem existentes (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000). Segundo Chianca et al. (2012), o uso de sistemas de classificação, como de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, contribui para a implantação da linguagem padronizada. Isso porque são ancorados por uma terminologia, ou seja, uma disciplina linguística destinada ao estudo de termos e conceitos da linguagem de especialidades (PAVEL; NOLET, 2002). As terminologias propõem estruturas classificatórias para as diferentes etapas do PE, com o objetivo de unificar a linguagem utilizada pela enfermagem (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Existem vários sistemas de classificação utilizados nas etapas do PE, entre eles, a CIPE®, objeto de estudo desta pesquisa. A CIPE® é um sistema classificatório que surgiu devido à necessidade de descrever os componentes que representam a prática da enfermagem, ou seja, os fenômenos pelos quais os enfermeiros são responsáveis, as intervenções de enfermagem e seus resultados (CIE, 2007). Com o intuito de potencializar sua utilização, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) vem estimulando a participação destes na elaboração de subconjuntos terminológicos, como alternativa para, além de unificar a linguagem da enfermagem, identificar, explicar e avaliar os elementos que descrevem sua prática profissional (CLARES et al., 2013).

Na CIPE®, os subconjuntos terminológicos correspondem a um conjunto de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para um cliente ou uma prioridade em saúde, que pode ser uma especialidade do cuidado, um fenômeno de enfermagem ou uma condição de saúde (CIE, 2007). Esses subconjuntos utilizam a norma ISO 18104:2014 como modelo de representação das categorias estruturais dos elementos para sua elaboração.

Alguns deles, construídos em diversas partes do mundo, já foram publicados no catálogo da CIPE®, tais como: parceria com indivíduos e famílias para promover

adesão ao tratamento; enfermagem em desastres; cuidados de enfermagem para crianças com HIV e AIDS; indicadores de resultados de enfermagem; tratamento de dor pediátrica; cuidados paliativos; enfermagem comunitária; e cuidados de enfermagem no pré-natal. Outras 20 propostas estão em desenvolvimento (ICN, 2010).

Considerando que diversas outras especialidades não possuem subconjuntos terminológicos específicos, se faz necessário construí-los para outras áreas do cuidar em enfermagem. A proposta deste estudo é criar um padrão de registro, baseado na proposta metodológica de Nóbrega et al. (2015) para elaboração de subconjuntos terminológicos, para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia, tendo em vista que elas não constam entre os subconjuntos terminológicos da CIPE® finalizados e em desenvolvimento.

Tais especialidades são as principais áreas de cuidado no hospital universitário cenário desta pesquisa, cujos atendimentos de ortopedia totalizaram 23.132, entre novembro de 2015 e outubro de 2016, com uma média mensal de 1.928 atendimentos, sendo a especialidade mais requisitada no hospital; a neurocirurgia é a terceira especialidade mais requerida, com 4.908 atendimentos no mesmo período e média mensal de 409 atendimentos ao mês (HUC, 2015).

Segundo dados do DATASUS (2015), cerca de 130 mil pessoas morrem por trauma ao ano no Brasil e 450 mil ficam com sequelas graves nas atividades da vida diária. Os acidentes de trânsito e a violência urbana são as principais causas de traumas, ocorrendo 45% das mortes relacionadas aos acidentes no local, devido, principalmente, a lesões nos órgãos vitais, como o sistema nervoso central, o coração e grandes vasos. Já outras 34% das mortes ocorrem dentro de uma a quatro horas após o trauma com pacientes com lesões graves no sistema nervoso central, tórax ou sangramentos. Isso mostra a importância de um atendimento de qualidade, tanto pré quanto intra-hospitalar, respaldando, em partes, a relevância para a priorização do padrão direcionado às especialidades citadas.

Assim, este estudo tem como finalidade disponibilizar um padrão de registro de evolução de enfermagem, fundamentado na CIPE®, para implantação no PEP do HUC, nas especialidades de neurocirurgia e ortopedia. A pesquisa justifica-se por permitir que a tecnologia construída, uma vez incorporada ao serviço, promova uma atuação mais reflexiva e eficaz, que representará a prática clínica do enfermeiro e facilitará a recuperação de informações para tomada de decisão clínica e gerencial,

além de contribuir com o ensino e a pesquisa, propondo uma ferramenta de aprendizado que possa motivar pesquisas futuras para avaliar a implantação dessa tecnologia e incentivar a construção de novos padrões de registro para diversas outras especialidades.

Nesse contexto, a questão norteadora deste estudo é: **quais são os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem passíveis de utilização nas especialidades de neurocirurgia e ortopedia?**

2.1 OBJETIVOS

- a) Construir um padrão de registro de enfermagem para os setores de neurocirurgia e ortopedia fundamentado na CIPE®.
- b) Avaliar o padrão de registro de enfermagem para os setores de neurocirurgia e ortopedia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção inicia-se com a explanação das tecnologias em saúde e sua relação com a enfermagem; em seguida, constam as considerações frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e ao PE, bem como os registros de enfermagem e o PEP. Também são abordadas as terminologias e sistemas de classificação, assim como a elaboração de subconjuntos terminológicos, o ciclo de vida da CIPE®, a norma ISO 18104:2014 e o modelo teórico para elaboração de subconjuntos.

3.1 TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

A trajetória das tecnologias no cenário da enfermagem, por vários anos, ficou implicitamente consentida como a efetivação de ideias criativas do profissional que realizava o cuidado, ao considerar a improvisação de materiais que suscitava o novo e, com ele, o prazer de construir uma forma mais confortável de realização do trabalho (PAIM et al., 2009).

Atualmente, a incorporação de novas tecnologias promove mudanças graduais nos cuidados prestados pela enfermagem, fazendo com que os enfermeiros reflitam, discutam e troquem experiências sobre o cuidado ao cliente em um ambiente tecnológico (SILVA; FERREIRA, 2009). Isso impõe a urgente renovação do conhecimento, pois o cuidado em saúde está mais complexo e exige profissionais capazes para sua realização, com conhecimento e desenvolvimento de habilidades (AMANTE et al., 2010). Koerich et al. (2011) complementam que a exposição diária dos enfermeiros a novas tecnologias demonstra a importância do conhecimento e da utilização de pesquisas científicas e tecnológicas, com o intuito de permitir uma melhor qualidade do cuidado.

Segundo Amante et al. (2010), tanto no cenário da atenção primária à saúde quanto no ambiente hospitalar, a introdução contínua de produtos tecnológicos provoca diretamente modificações nas relações profissionais com pacientes, suprimindo, muitas vezes, sua presença, o que, de fato, é preocupante. A supressão da presença do profissional, aliás, é questionada por Merhy (2000), ao trabalhar com as três tipologias de tecnologia em saúde: a dura, representada por equipamentos utilizados pelos profissionais da saúde para execução de suas atividades; a leve-

dura, vinculada a saberes estruturados; e a leve, presente no relacionamento entre trabalhador e usuário, visto que dependem especificamente da presença do profissional. Tais tecnologias podem contribuir para a melhora do PE, por apoiarem os enfermeiros nos cuidados aos pacientes e, conseqüentemente, ajudarem estes a alcançar melhores resultados (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

O CIE (2011) relata que, além de proporcionar a melhoria do cuidado, dos custos e da qualidade, a tecnologia da informação na enfermagem permite que os dados referentes aos resultados de cada paciente sejam acessados a qualquer instante, potencializando sua análise para avaliação do cuidado em saúde. Nesse sentido, segundo Gomes (2014), são encontradas na literatura várias iniciativas, nacionais e internacionais, em que a tecnologia da informação pode oferecer amparo à prática da enfermagem. Diante das muitas iniciativas de ferramentas tecnológicas para ancorar a documentação de enfermagem, faz-se necessário entender os elementos que representam essa prática e carecem de sistematização de registro.

3.2 SAE E PE

Florence Nightingale, no século XIX, foi a primeira enfermeira a reconhecer a relevância dos dados referentes aos cuidados em saúde e a formalizar um método de coleta de dados no intuito de verificar a periodicidade das doenças e seus danos à saúde. No entanto, somente na década de 1950, iniciaram-se as discussões sobre o PE, frente a necessidade de se obter dados que permitam uma melhor assistência e evidencie a contribuição da enfermagem nos diversos cenários de atuação (MARQUES et al., 2014).

O PE é considerado um instrumento metodológico que orienta o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da sua prática, sendo possível sua operacionalização por meio da implantação da SAE, que organiza o trabalho desse profissional (COFEN, 2009). Pode-se considerar que a SAE localiza-se em uma esfera institucional, na qual o olhar de organização das atividades de enfermagem interfere diretamente na implantação e implementação do PE, que se trata de uma tecnologia leve-dura do cuidado, favorável à efetividade e eficiência dos serviços de saúde (AMANTE et al., 2010).

Como exposto anteriormente, de acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, o PE é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

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

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

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

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

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado que se esperava; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas outras etapas (COFEN, 2009, p.2).

Consoante a mesma resolução, o PE deve estar amparado em um aporte teórico que norteie a coleta de dados, estabeleça os diagnósticos de enfermagem, possibilite o planejamento das intervenções de enfermagem e forneça subsídios para a avaliação dos resultados de enfermagem (COFEN, 2009).

Como nesta pesquisa uma das bases empíricas é a CIPE®, é importante que se apresente a definição desses elementos, à luz da classificação citada:

Diagnósticos de enfermagem: é o nome dado pelo enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno, que é o foco da intervenção de enfermagem;

Resultados de enfermagem: se caracterizam pelo estado de um diagnóstico de enfermagem, em um determinado período, após a intervenção de enfermagem;

Intervenções de enfermagem: são as ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem com o intuito de produzir um resultado de enfermagem (CIE, 2011, p.16).

Importa destacar que se verificam em estudos que se dedicam a esse tema dificuldades para a efetiva aplicação e registro do PE nos serviços. Estudo

conduzido por Egilegor et al. (2012), por exemplo, identificou que a utilização do PE é mais evidente nos serviços públicos do que nos privados. Em outra pesquisa, foi possível concluir que os enfermeiros veem a avaliação de enfermagem que se refere a uma das etapas do PE como um formulário ou telas do computador, com dados a ser preenchidos, e não utilizam esse momento para raciocínio, tomada de decisões e planejamento do cuidado para cada paciente (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

3.3 REGISTROS DE ENFERMAGEM E PEP

Os registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações relevantes ao cliente e aos seus cuidados, sendo elementos fundamentais no processo de assistência. Quando redigidos de maneira a retratar a realidade a ser documentada, possibilitam comunicação permanente, destinando-se a diversos fins, como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, entre outros (MATSUDA et al., 2006). Embora não se admita a documentação de dados que não reflita a realidade, em campos de linguagem livre como o cenário desta pesquisa é possível.

Eles são imprescindíveis para mostrar a assistência prestada ao paciente, a partir da quantidade e qualidade das anotações, e oferecem subsídios para o diagnóstico de enfermagem, que, com as anotações dos demais membros da equipe multiprofissional, proporciona o planejamento das ações e o direcionamento terapêutico (NÓBREGA et al., 2010). Ainda, Nóbrega et al. (2010) relatam que, além de descrever o percurso do paciente durante a internação, proporcionam o acompanhamento de sua evolução.

Ao longo dos anos, os registros assumiram características diversas nas instituições de saúde, evoluindo para registros informatizados, utilizados como ferramentas facilitadoras do planejamento das ações de enfermagem (CARRIJO; OGUISSO, 2006). No Brasil, a maior parte dos registros em prontuários segue o modelo de documentação manual, porém alguns centros já privilegiam o registro eletrônico e o uso de padrões de registro para a documentação clínica (MARIN, 2009).

Segundo Marin (2009), o principal veículo de registro que possibilita a comunicação formal entre os membros da equipe multiprofissional é o PEP, por meio

do qual médicos, enfermeiros e demais profissionais compartilham informações e asseguram a continuidade do cuidado, tendo em vista que os dados devem ser claros, objetivos e completos, de forma que todos os entendam seu contexto e significado.

Apesar da importância dos registros, pesquisas apontam lacunas para sua qualidade. Por exemplo, estudo que analisou registros de enfermagem no PEP (SETZ; D'INNOCENZO, 2009) encontrou erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta, uso de siglas não padronizadas e sem referência e erros na identificação dos profissionais. Outra pesquisa, realizada por Matsuda et al. (2006), que analisou anotações/evoluções dos prontuários de um hospital escola, mostrou que na maioria dos registros realizados por enfermeiros e auxiliares de enfermagem não foram mencionadas as datas, horários e identificação do profissional, assim como foram identificadas rasuras, letras ilegíveis, palavras generalizadas e abreviaturas não padronizadas, que dificultam a compreensão das informações.

No hospital que foi cenário desta pesquisa, verificou-se que, de 25.277 registros, 22% não apresentaram identificação do profissional e 31,5% de 165 siglas nos registros de enfermagem não tiveram significado encontrado na literatura (GOMES et al., 2016). Assim, é necessária a padronização dos registros de enfermagem, tendo-se constatado que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, legibilidade, brevidade, identificação do responsável pelo registro e uso de terminologia (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Em pesquisa realizada em um hospital filantrópico no interior do estado do Paraná, Jenal e Évora (2012) referiram que a implantação do PEP mudou significativamente sua forma de trabalho, proporcionando melhoria na qualidade da informação e do atendimento ao paciente. A equipe participou efetivamente da sua implantação e evidenciou a rapidez com que as prescrições e evoluções passaram a ser realizadas.

Por fim, em outro estudo, realizado por Patrício et al. (2011), constatou-se que, apesar das dificuldades relatadas pela equipe médica na utilização do PEP, se acredita que, no Brasil, é de suma importância a utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SISs) que incluam o PEP, a fim de identificar os usuários e facilitar a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações, em um país com dimensões continentais e diversidade cultural.

No espaço dos registros de enfermagem no PEP, portanto, é necessário o desenvolvimento de terminologia própria (NÓBREGA et al., 2009), capaz de abrigar as necessidades legais da profissão, bem como ancorar decisões gerenciais e de cuidado.

3.4 TERMINOLOGIAS E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

A motivação para criação de terminologias na enfermagem está na necessidade de obter um formato de registro compatível com o processamento computacional, viabilizando pesquisas comparativas e análises de resultados, com o intuito de fortalecer e melhorar o campo de conhecimento da área (MARIN, 2009).

Segundo Pavel e Nolet (2002, p. XVII), a palavra “terminologia” significa um “conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência, uma arte, um autor ou um grupo social”; mais especificamente, é uma disciplina linguística aplicada ao estudo científico dos conceitos e termos utilizados na linguagem especial, sendo esta utilizada para comunicação isenta de ambiguidades, com base num vocabulário e usos linguísticos específicos de cada área do conhecimento.

A terminologia facilita a documentação padronizada do cuidado prestado pelo profissional enfermeiro ao paciente e as informações resultantes dessa documentação podem ser utilizadas tanto para o gerenciamento do cuidado quanto para proporcionar a análise dos resultados do paciente, que são sensíveis às ações de enfermagem, e elaborar políticas de saúde e de educação na área (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Segundo Nóbrega et al. (2010), o uso do PE determinou o desenvolvimento de terminologias para a prática profissional. De fato, a enfermagem vem se esforçando, ao longo dos anos, para padronizar a linguagem, tendo esse esforço culminado no desenvolvimento de sistemas de classificação, mediante a adoção de termos característicos dos fenômenos da prática clínica, resultantes da unificação e padronização da comunicação (CLARES et al., 2013). Para Fuly, Leite e Lima (2008), as terminologias na enfermagem propõem estruturas classificatórias para diferentes fases da metodologia de assistência, sendo necessário discuti-las e aplicá-las com fins de crescimento e sustentação da prática profissional, bem como participar de movimentos internacionais para padronização da linguagem.

As classificações de linguagens são importantes para utilização de padrões de registro eletrônico, que, além de serem essenciais para a recuperação e análise da informação, são utilizados para que os profissionais da saúde realizem a documentação com um vocabulário unificado de termos clínicos da prática assistencial (MARIN, 2009). No Brasil, os sistemas classificatórios de enfermagem mais utilizados são: *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA-I) (NANDA INTERNATIONAL, 2015); *Nursing Intervention Classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010); *Nursing Outcome Classification* (NOC) (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010); e CIPE® (CIE, 2007).

A CIPE® surgiu da necessidade de descrever os fenômenos do paciente pelo qual o enfermeiro era responsável e as intervenções específicas de enfermagem, com seus respectivos resultados. É uma terminologia utilizada para expressar os elementos da prática de enfermagem, permitindo comparações entre clínicas, populações, áreas geográficas e tempo (CIE, 2007).

A proposta de sua elaboração foi aprovada pelo CIE em 1989, em Seul, Coreia do Sul, com o objetivo de suprir a necessidade de descrever a prática da enfermagem para o financiamento do cuidado em saúde, visando a documentar a prática clínica, usar como instrumento para a tomada de decisão e fornecer à enfermagem um vocabulário e um sistema de classificação que fosse utilizado para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados (CIE, 2007).

A versão Alfa, de 1995, foi a versão inicial da CIPE® e compreendia os fenômenos da enfermagem e suas intervenções. Os primeiros eram representados por termos relacionados ao ser humano e ao ambiente e as ações de enfermagem eram organizadas por termos em eixos multiaxiais, pelo tipo de ação, objetos, abordagens, meios, local do corpo e tempo/lugar. Na versão Beta, de 1999, dois modelos multiaxiais foram propostos: um modelo de oito eixos para os fenômenos da enfermagem e um modelo de oito eixos para as ações de enfermagem. Nela, a denominação do fenômeno passou a ser compreendida como base da elaboração de diagnóstico e resultado de enfermagem, enquanto as ações de enfermagem passaram a compor a intervenção de enfermagem (CIE, 2011).

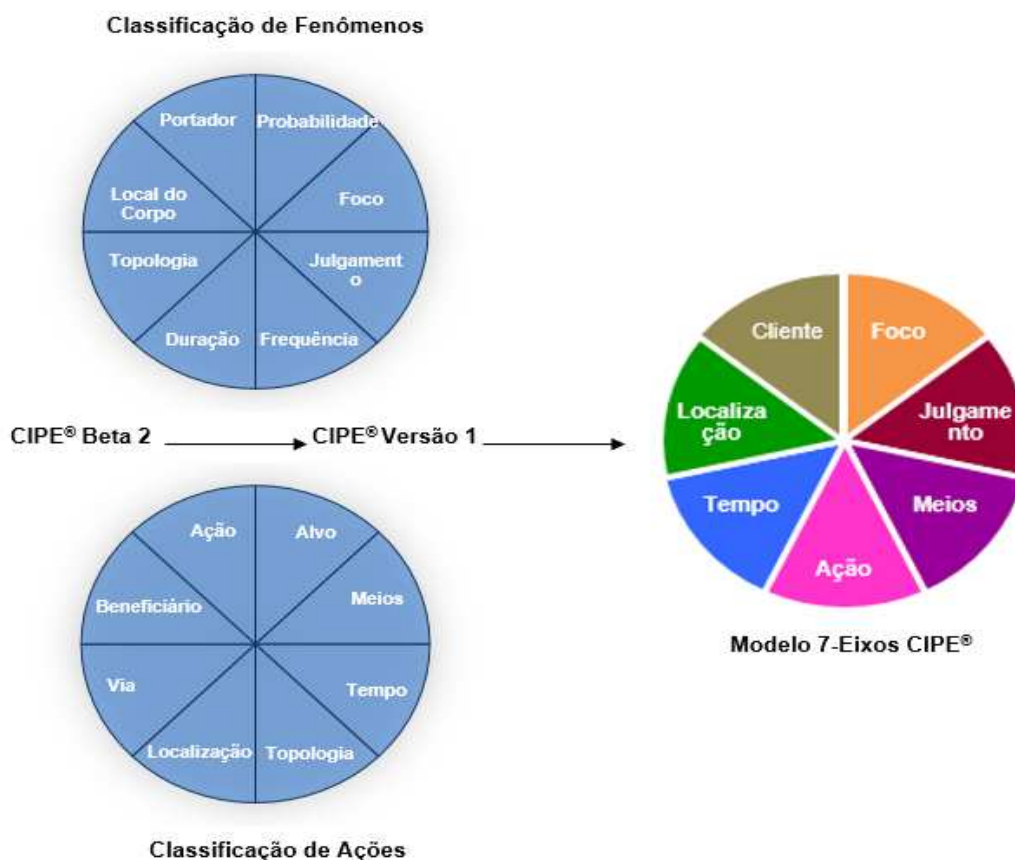
Nas versões Beta e Beta 2, de 2001, os oito eixos que representavam os fenômenos da enfermagem eram: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia, local do corpo, probabilidade e portador; e os oito

eixos das ações de enfermagem: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário (CIE, 2011).

Em 2005, foi divulgada a versão 1.0, a partir de uma consulta do grupo estratégico de consultores da CIPE® com especialistas em terminologias, que determinou que a classificação deveria evoluir para uma terminologia formal. A versão 1.0 foi desenvolvida usando a representação de linguagem com regras de modelagem formal em *Web Ontology Language* (OWL), a qual permite que o raciocínio automatizado seja aplicado à terminologia para garantir a acurácia e consistência dos conceitos (CIE, 2011).

Ainda nessa versão, foi proposta a unificação dos oito eixos da estrutura de classificação dos fenômenos da enfermagem com os oito eixos das ações de enfermagem, o que resultou no Modelo de Sete Eixos (CIE, 2007), cuja transição está representada na Figura 1.

Figura 1 – Unificação dos dois modelos de oito eixos da CIPE® Beta 2, resultando no Modelo de Sete Eixos, da versão 1.0.



Fonte: Adaptado de CIE (2011).

Esse modelo, presente até a versão atual, é composto por termos representados nos seguintes eixos:

- a) **Foco:** área de atenção relevante para a enfermagem;
- b) **Julgamento:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem;
- c) **Cliente:** sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o foco de uma intervenção;
- d) **Ação:** processo intencional aplicado a um cliente;
- e) **Meios:** maneira ou um método de desempenhar uma intervenção;
- f) **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções;
- g) **Tempo:** momento, período, instante, intervalo, ou duração de uma ocorrência (CIE, 2011, p.18).

O Modelo de Sete Eixos é utilizado por enfermeiros para criar enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. O programa da CIPE® coleta e codifica esses enunciados para o desenvolvimento de catálogos, definidos como subconjuntos terminológicos com propósitos específicos, contendo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para uma área de especialidade ou uma necessidade da prática (CIE, 2007).

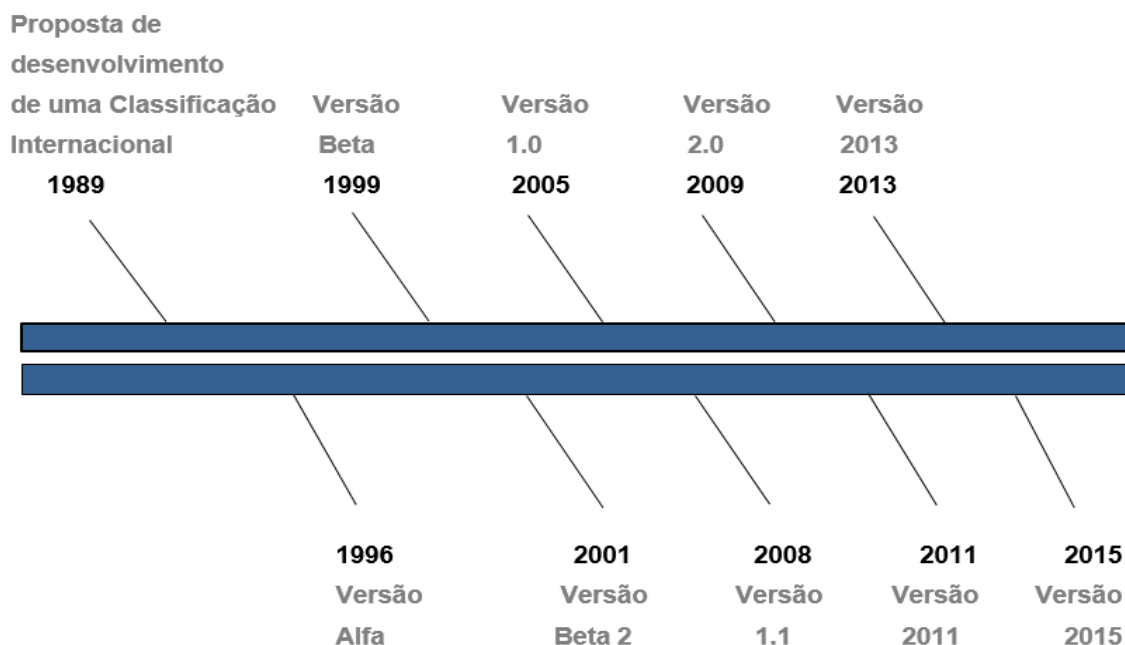
A versão 1.1 foi lançada em 2008, incluindo 376 novos termos, sendo disponibilizada apenas em meio eletrônico. Em 2009, foi lançada a versão 2.0, última versão traduzida em formato de livro no idioma português do Brasil, em 2011. Com a publicação dessa versão, foi desenvolvido um espaço *web* colaborativo para motivar os enfermeiros e demais especialistas a introduzir novos conceitos e afirmações para o desenvolvimento dos subconjuntos (CIE, 2011).

Em maio de 2011, foi lançada a CIPE® 2011, a qual incluiu mais de 400 novos termos simples e compostos na classificação (CIE, 2011). Após essa versão, foi lançada a versão 2013, no 25º Congresso Quadrienal do CIE, em Melbourne, Austrália, composta por 3.894 conceitos relevantes para o apoio da comunicação e da prática de enfermagem (ICN, 2015).

Em 2015, foi lançada a atual versão, que está disponível em vários formatos, dependendo do propósito do usuário. Os formatos disponíveis para *download* incluem, por exemplo, *Comma-Separated Values* (CSV), *Portable Document Format* (PDF) e OWL, além da disponibilidade do navegador multilíngua no *site* do CIE. Nela, mais de 40% dos conceitos são declarações pré-coordenadas de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (ICN, 2015).

A evolução histórica das nove versões da CIPE® é representada pela Figura 2.

Figura 2 – Linha do tempo das versões da CIPE®.



Fonte: A autora (2016).

Como se pode concluir, o desenvolvimento da CIPE® é um processo dinâmico e contínuo, que se fundamenta em princípios terminológicos de conceitos sem ambiguidade e redundância. Uma revisão da classificação leva ao lançamento de uma nova versão a cada dois anos (CIE, 2011).

Estudo realizado por Dal Sasso et al. (2013) evidenciou que sua utilização possibilitou o desenvolvimento e a organização do raciocínio clínico dos enfermeiros numa unidade de terapia intensiva, por meio da associação concreta entre as avaliações clínicas, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. Por sua vez, em uma revisão de literatura, Mattei et al. (2011) mostraram que os estudos que avaliam a CIPE® concluem que o sistema é viável e pode contribuir, porém com ressalvas e necessidade de aperfeiçoamentos. Nesse sentido, deve-se considerar que o desenvolvimento permanente é uma característica intrínseca de um sistema como esse e que, quanto mais disseminada estiver sua utilização, mais rapidamente adquirirá consistência.

Portanto, a CIPE®, como uma terminologia padronizada, pode gerar dados válidos e confiáveis sobre o trabalho de enfermagem, como também mapear outras

terminologias para expandir o conjunto de dados para recuperação e análise (CIE, 2011).

3.5 ELABORAÇÃO DOS SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS E O CICLO DE VIDA DA CIPE®

O CIE (2007) define subconjuntos terminológicos como um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, direcionados para um cliente ou uma prioridade em saúde (condições de saúde, especialidade do cuidado ou fenômeno da enfermagem), como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Referência para construção dos subconjuntos terminológicos.



Fonte: Adaptado de CIE (2007).

Segundo Clares et al. (2013), o desenvolvimento de subconjuntos tem contribuído significativamente para uma linguagem padronizada a ser usada por enfermeiros do mundo todo como um recurso tecnológico para fortalecer e expandir os propósitos da profissão quanto à atenção ao ser humano no processo saúde-doença. No mesmo sentido, Clares, Freitas e Guedes (2014) afirmam que sua elaboração é recente e que a produção científica sobre o tema demonstra a preocupação dos enfermeiros brasileiros em acompanhar a enfermagem internacional para maior efetividade da comunicação e consolidação da classificação. Todavia, apontam que a elaboração de subconjuntos terminológicos da CIPE® requer atenção criteriosa, acurácia e experiência dos pesquisadores,

recomendando utilizar padrões de rigor metodológico para evitar a perda de dados importantes e garantir a qualidade da pesquisa.

A finalidade de um catálogo é fornecer um subconjunto clinicamente relevante da CIPE®, como uma ferramenta útil para a implementação e uso nos estabelecimentos de saúde, permitindo que enfermeiros de diversas especialidades integrem a classificação mais facilmente em sua prática diária (COENEN; KIM, 2010). Entre as possibilidades de espaço de elaboração de subconjuntos, estão as especialidades de cuidado (ICN, 2008). Neste estudo, por sua relevância no hospital pesquisado, foram selecionadas as especialidades da neurocirurgia e ortopedia.

Pacientes neurológicos são considerados críticos, exigindo vigilância constante e intervenções baseadas em evidências, que dependem do conhecimento adequado dos profissionais que os assistem, entre eles, o enfermeiro, pois cuidados inadequados podem piorar o quadro do paciente, agravando seu estado neurológico (ALCÂNTARA; MARQUES, 2009). Por outro lado, os pacientes ortopédicos são uma população de pacientes cirúrgicos cujas condições físicas subjacentes, locais de operação e comorbidades podem colocá-los em maior risco de complicações ou eventos adversos do que outros pacientes cirúrgicos. É necessário um nível de vigilância adequado, bem como a implementação de práticas de cuidados específicas e eficazes, para proporcionar melhores resultados a esses pacientes, com diminuição dos riscos (SCHNEIDER; FAKE, 2010).

Em seu guia para elaboração de subconjuntos, o CIE (2009) propôs dez etapas para organizar a construção, a saber:

- a) Identificar a categoria de clientes e a prioridade em saúde;
- b) Documentar a significância para a enfermagem;
- c) Entrar em contato com o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade em saúde selecionada para o catálogo;
- d) Usar o *Browser* e o Modelo de Sete Eixos da CIPE® para compor os enunciados de resultados e intervenções de enfermagem;
- e) Identificar por meio da revisão de literatura e de evidências relevantes enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem;
- f) Desenvolver conteúdo de apoio os clientes e condições de saúde do catálogo;
- g) Testar ou validar os enunciados do Catálogo com os clientes e com enfermeiros especialistas na prioridade em saúde;

- h) Adicionar, excluir ou revisar os enunciados do catálogo, conforme a necessidade;
- i) Trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do Catálogo;
- j) Auxiliar o CIE na disseminação do Catálogo.

Em 2010, Coenen e Kim propuseram um novo método para elaboração de subconjuntos terminológicos, contendo etapas ligadas ao ciclo de vida da CIPE®, utilizado pelo programa da classificação e organizado em três áreas de trabalho: pesquisa e desenvolvimento; manutenção e operações; e disseminação e ensino, com a intenção de apoiar a visão da CIPE® como parte integrante de uma estrutura global de informação para a prática do cuidado em saúde e da política mundial do atendimento em saúde (Figura 4).

Figura 4 – Ciclo de vida da CIPE®.



Fonte: Adaptado de CIE (2007).

A área de pesquisa e desenvolvimento é o componente principal do programa da CIPE®, continuamente testado e avaliado com a contribuição de vários pesquisadores individuais. Com o mesmo objetivo, o CIE (2011) estabeleceu Centros de Pesquisa e Desenvolvimento para a CIPE®, visando a:

- a) Pesquisa e avaliação, incluindo, mas não se limitando, o uso da CIPE®.
- b) Ensino, incluindo servir como um recurso para informação sobre a CIPE® e fornecendo atualização para o CIE.

- c) Comunicação e disseminação da CIPE®, incluindo apresentações e publicações relacionadas ao trabalho do centro com a classificação.

Os Centros CIPE® estão localizados no Brasil, Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Áustria, Suíça, Polônia, Portugal, Irã, Coreia, Austrália e Chile. O brasileiro foi acreditado pelo CIE em 2007, estando localizado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), sendo sua missão apoiar o desenvolvimento contínuo da CIPE®, promovendo o uso da terminologia na educação e na prática, a fim de fortalecer e ampliar a classificação como uma terminologia de referência utilizada em âmbito mundial (GARCIA; NÓBREGA, 2013). O grupo de estudos do PPGTS foi aceito como parceiro desse centro em 2012.

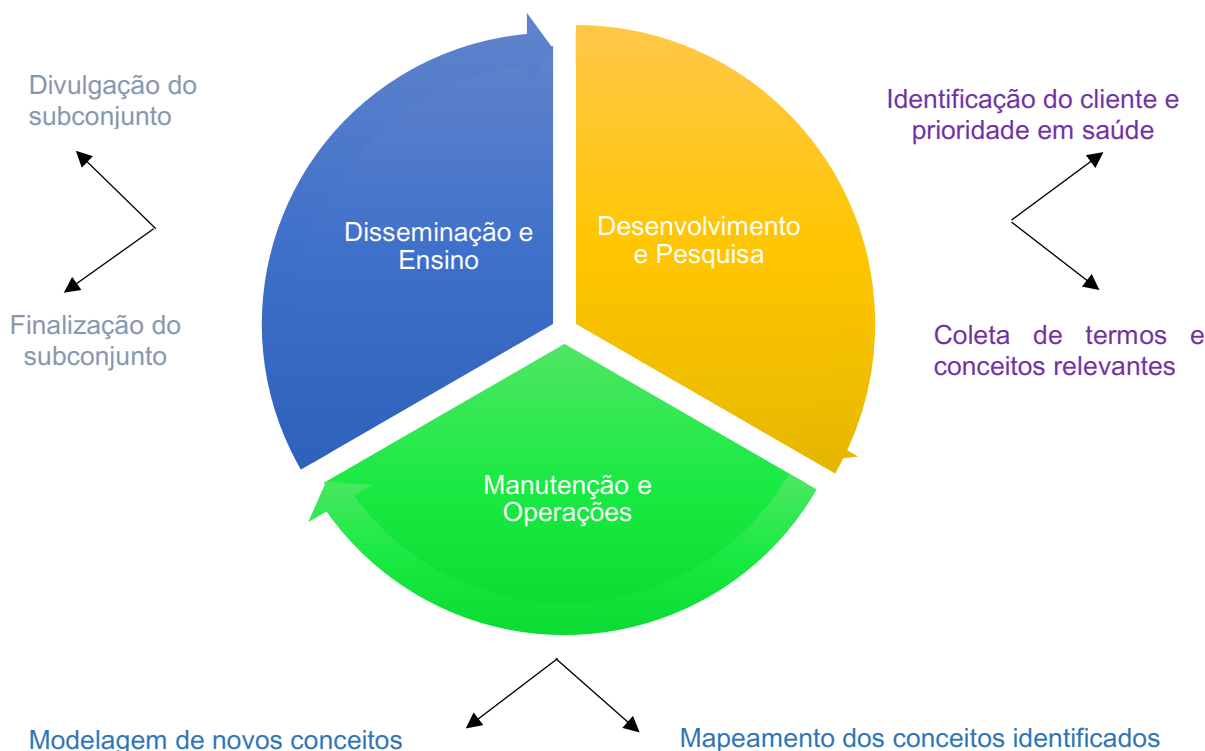
A área de manutenção e operações é criticamente importante para garantir que a terminologia represente o domínio da enfermagem de forma confiável, acurada e em tempo oportuno. Para garantir a manutenção, a CIPE® é atualizada a cada dois anos, coincidindo com os congressos e conferências do CIE. Essa atualização ocorre por meio de recursos da *web*, para que os usuários possam gerenciar a versão em seu próprio ambiente de trabalho (CIE, 2011).

A área de disseminação e ensino caracteriza-se pelas publicações da CIPE® em formato de boletins, guias, catálogos, contagens regressivas, informes publicitários e outros materiais específicos. A página da CIPE® no *website* do CIE fornece várias informações atualizadas e permite o acesso a um espaço de colaboração e ao *browser* da versão atual. O ensino acontece mediante consultoria, parceria, colaboração e conferências; as consultorias incluem projetos de mapeamento, projetos de tradução e construção de subconjuntos terminológicos (CIE, 2011).

Para a construção dos subconjuntos terminológicos, de acordo com Coenen e Kim (2010, p.533), é necessária a realização de seis etapas (Figura 5), distribuídas nos três componentes do ciclo de vida da CIPE®, a saber:

- a) **Desenvolvimento e pesquisa:** identificação do cliente e da prioridade em saúde e coleta de termos e conceitos relevantes para esta.
- b) **Manutenção e operações:** mapeamento dos conceitos identificados e modelagem de novos conceitos.
- c) **Disseminação e ensino:** finalização do catálogo e divulgação.

Figura 5 – Relação entre o ciclo de vida da CIPE® e o desenvolvimento dos subconjuntos.



Fonte: Adaptado Coenen e Kim (2010).

Embora os dois métodos mencionados listem os passos em um roteiro, em nenhum deles há o detalhamento da sua operacionalização, o que dificulta a uniformização dos subconjuntos construídos; além disso, ao acessar os subconjuntos publicados pelo CIE, nota-se que não há descrição do método utilizado, complicando sua reprodução (NÓBREGA et al., 2015).

Diante dessa lacuna, Nóbrega et al. (2015) propuseram um método detalhado para orientar as elaborações, em princípio, no âmbito brasileiro. Esse método originou-se de atividades de uma disciplina do PPGENF da UFPB, com o objetivo de analisar os processos de desenvolvimento dos subconjuntos publicados e desenvolvidos no referido programa. O método é utilizado pelo projeto matriz e será abordado no decorrer deste estudo.

O CIE, até 2015, disponibilizou oito subconjuntos terminológicos desenvolvidos e validados para diferentes prioridades de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Subconjuntos terminológicos publicados pelo CIE para diferentes prioridades em saúde, por local de desenvolvimento.

Local de desenvolvimento	Subconjunto terminológico
Suíça	Parceria com os indivíduos e as famílias para promover adesão/aderência ao tratamento.
Etiópia, Índia, Quênia e Estados Unidos	Cuidados paliativos.
Austrália	Enfermagem em desastres.
Escócia	Enfermagem comunitária.
Estados Unidos	Cuidados de enfermagem em crianças com HIV/AIDS.
Estados Unidos	Indicadores dos resultados de enfermagem.
Estados Unidos	Tratamento da dor pediátrica.
Estados Unidos	Cuidados de Enfermagem no Pré-Natal

Fonte: Adaptado de ICN (2015).

Há, também, subconjuntos terminológicos em desenvolvimento e ainda não publicados (Quadro 2).

Quadro 2 – Subconjuntos terminológicos em desenvolvimento e respectiva fonte.

Subconjunto terminológico	Fonte
Dor oncológica.	ICN (2010)
Insuficiência cardíaca congestiva.	ICN (2010)
Cuidados em reabilitação.	ICN (2010)
Enfermagem em cuidados críticos.	ICN (2010)
<i>Canadian Health Outcomes for Better Information and Care (C-HOBIC).</i>	ICN (2010)
Processo familiar.	ICN (2010)
Cliente adulto da saúde mental hospitalizado.	ICN (2010)
Gerenciamento da dor pediátrica	
Adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão.	ICN (2010)
Risco para câncer de mama.	ICN (2010)
Cuidado comunitário na unidade de demência.	ICN (2010)
Família e paternidade no nascimento da criança.	ICN (2010)
Dependentes de droga.	ICN (2010)
Depressão.	ICN (2010)
Saúde mental.	ICN (2010)
Cliente pediátrico hospitalizado	http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/
Pós-cirúrgico de substituição total do quadril	http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/
Prevenção de úlcera por pressão	http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/
Cuidados especiais em berçários	http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/

Fonte: A autora (2016).

De modo complementar, pesquisadores ligados ao Centro CIPE® no Brasil desenvolvem estudos para o desenvolvimento de subconjuntos. Por exemplo, Nogueira e Nóbrega (2015) abordaram a construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada e apresentaram um conjunto de 115 diagnósticos de enfermagem, sendo 66 validados e

categorizados, com base nas Necessidades Humanas Básicas (NHBs). Já Carvalho, Nóbrega e Garcia (2013) apresentaram a proposta de desenvolvimento de um subconjunto para dor oncológica e construíram 68 enunciados de diagnósticos e resultados e 252 intervenções de enfermagem, classificadas de acordo com o modelo teórico para o cuidar em enfermagem nos aspectos físico, psicológico, sociocultural e espiritual. Cubas e Nóbrega (2015), por sua vez, organizaram diversos subconjuntos terminológicos, criados para diferentes especialidades do cuidado em enfermagem no âmbito da atenção primária em saúde, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Subconjuntos terminológicos para atenção primária em saúde.

Subconjunto terminológico	Autores
Cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde.	Cavalheiro, Cubas e Albuquerque (2014)
Cuidados de enfermagem em eventos adversos pós-vacinação.	Bisetto e Cubas (2010)
Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada.	Nogueira e Nóbrega (2014)
Cuidados de enfermagem para pessoas com hipertensão.	Nóbrega e Nóbrega (2012)
Cuidados de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento infantil.	Buchhorn e Veríssimo (2014)
Cuidados de enfermagem para crianças e adolescentes em situação vulnerável de violência doméstica.	Albuquerque, Egry e Cubas (2014)
Cuidados de enfermagem para pessoa idosa.	Medeiros e Nóbrega (2011)

Fonte: Adaptado de Cubas e Nóbrega (2015).

O CIE (2007) recomenda que, além de serem utilizadas metodologias adequadas para a elaboração dos subconjuntos, seja empregada a norma ISO 18104:2014, que consiste em uma terminologia de referência que aborda o modelo para elaboração desses enunciados.

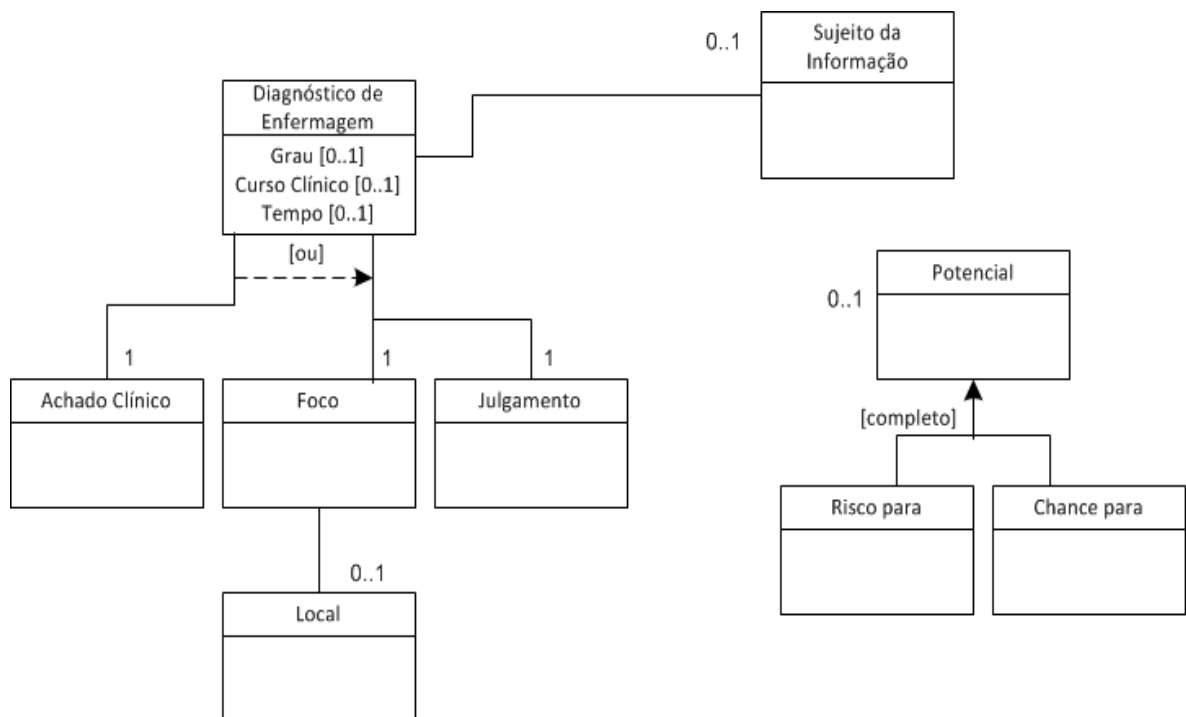
3.6 ISO 18104:2014

A ISO 18104:2014 assegura o uso e articulação de terminologia de enfermagem com outros profissionais da saúde no avanço do registro eletrônico de saúde (ICN, 2008). Seu objetivo é estabelecer um modelo de terminologia de referência de enfermagem consistente com as metas e objetivos de outros modelos de terminologia de saúde específicos, a fim de prestar um serviço mais unificado, que inclui o modelo para elaboração de enunciados de diagnósticos e ações de

enfermagem, as terminologias relevantes e as definições para sua implantação (ISO, 2003).

A norma surgiu em 2003 e foi atualizada em 2014. Na nova versão, a elaboração de um diagnóstico de enfermagem deve ser composta, obrigatoriamente, por um foco acrescido de um julgamento ou por um achado clínico. Alguns termos podem ser adicionados, não obrigatoriamente, do grau, curso clínico, tempo, sujeito da informação e potencial (risco de ou chance de), como demonstrado na Figura 6 (ISO, 2014).

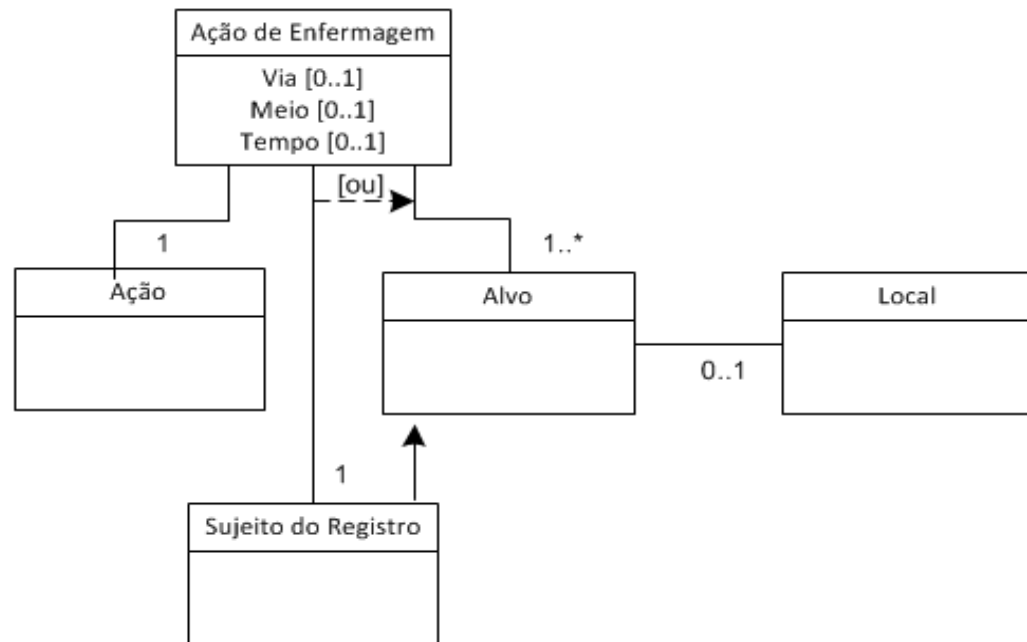
Figura 6 – Diagrama de classes para elaboração de diagnósticos de enfermagem.



Fonte: ISO (2014, p.9).

A elaboração de intervenções de enfermagem também é abordada pela norma, devendo conter, obrigatoriamente, uma ação e pelo menos um alvo, exceto quando o único alvo for o sujeito da informação. É possível adicionar outros termos, como via, meio, tempo e local (ISO, 2014) (Figura 7).

Figura 7 – Diagrama de classes para elaboração das intervenções de enfermagem.



Fonte: ISO (2014, p.10).

Para a elaboração de diagnósticos e resultados de enfermagem, utilizam-se as mesmas diretrizes expostas na Figura 6.

A diferença entre diagnóstico e resultado de enfermagem é determinada pela avaliação do enfermeiro: quando é uma decisão que abrange o estado do cliente, seus problemas e/ou necessidades, trata-se de um diagnóstico de enfermagem; por sua vez, quando é a resposta prevista ou identificada após a implementação das intervenções, a expressão é resultado de enfermagem (NÓBREGA et al., 2015).

3.7 MODELO TEÓRICO PARA ELABORAÇÃO DE SUBCONJUNTOS

A estruturação de um subconjunto terminológico deve ser embasada em um modelo teórico, que frequentemente é representado por uma figura e dá conformidade à organização dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Esse modelo teórico pode ser proveniente de teorias da própria enfermagem ou de outros domínios profissionais ou, ainda, da junção de duas ou mais teorias (NÓBREGA et al., 2015).

Aborda-se nesta pesquisa a teoria das NHBs, de Horta (1979), desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas NHBs, as quais, quando desequilibradas, representam estados de tensão, conscientes ou

inconscientes, que levam à busca de satisfação dessas necessidades para manter o equilíbrio dinâmico. As necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, que, se prolongado, é a causa da doença (HORTA, 1979).

Na teoria de Horta (1979), a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente de assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; e de promover, manter e recuperar a saúde, com o auxílio de outros profissionais.

O ser humano, nessa teoria, é visto como parte integrante do universo e está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, intensificados pela capacidade que tem de ser o agente da mudança, distinguindo-o dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, que lhe permite características de unicidade, autenticidade e individualidade. Nesse contexto, as necessidades humanas são classificadas como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979).

Em 2001, a teoria foi revista por Benedet e Bub, que elaboraram definições para as NHBs e, em 2012, Garcia e Cubas reorganizaram-nas e as definiram. Após ambas as revisões, algumas NHBs foram renomeadas; por exemplo, a sexualidade teve sua denominação mantida por Benedet e Bub (2001), enquanto Garcia e Cubas (2012) nomearam-na como sexualidade e reprodução. Ainda, uma nova NHB foi acrescentada por Garcia e Cubas (2012), qual seja, garantia de acesso à tecnologia. As demais modificações constam no Quadro 4.

Quadro 4 – Comparação entre as NHBs.

Horta (1979)	Benedet e Bub (2001)	Garcia e Cubas (2012)
Necessidades psicobiológicas		
Oxigenação	Oxigenação	Oxigenação
Hidratação	Hidratação	Hidratação
Nutrição	Alimentação	Nutrição
Eliminação	Eliminação	Eliminação
Sono e repouso	Sono e repouso	Sono e repouso
Exercício e atividades físicas	Atividade física	Atividade física
Sexualidade	Sexualidade	Sexualidade e reprodução
Abrigo	Segurança física/meio ambiente	Segurança física e do meio ambiente
Mecânica corporal	Atividade física	Atividade física
Motilidade	Atividade física	Atividade física
Cuidado corporal	Cuidado corporal	Cuidado corporal e ambiental
Integridade cutâneo-mucosa	Integridade física	Integridade física
Integridade física		

Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento, celular e vascular	Regulação neurológica	Regulação neurológica
	Regulação térmica	Regulação térmica
	Regulação vascular	Regulação vascular
	Regulação: crescimento celular	Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional
	–	Regulação hormonal
Locomoção	Atividade física	Atividade física
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa	Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa	Sensopercepção
Ambiente	Segurança física/meio ambiente	Segurança física/meio ambiente
Terapêutica	Terapêutica	Terapêutica e de prevenção
Necessidades psicossociais		
Segurança	Segurança emocional	Segurança emocional
Amor	Amor e aceitação	Amor e aceitação
Liberdade	Liberdade e participação	Liberdade e participação
Comunicação	Comunicação	Comunicação
Criatividade	Criatividade	Criatividade
Aprendizagem (educação à saúde)	Educação para a saúde/aprendizagem	Educação para a saúde e aprendizagem
Gregária	Gregária	Gregária
Recreação	Recreação e lazer	Recreação e lazer
Lazer		
Espaço	Espaço	Espaço
Orientação no tempo e espaço	Regulação neurológica	Sensopercepção
Aceitação	Amor e aceitação	Amor e aceitação
Autorrealização	Autoestima, autoconfiança, autorrespeito e autorrealização	Autoestima, autoconfiança e autorrespeito
Autoestima		
Autoimagem		
Participação	Liberdade e participação	Liberdade e participação
Atenção	Regulação neurológica	Sensopercepção
–	–	Garantia de acesso à tecnologia
Necessidades psicoespirituais		
Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida	Religiosidade/espiritualidade	Religiosidade

Fonte: Adaptado de Horta (1979), Benedet e Bub (2001) e Garcia e Cubas (2012).

Foi utilizada, para organização dos enunciados construídos, a reorganização das NHBs proposta por Garcia e Cubas (2012).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que é

Um tipo de estudo que se refere a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenção na realidade, ou seja, estão envolvidos com caminhos, maneiras, formas e procedimentos para atender determinados fins (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 70).

4.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no HUC, localizado em Curitiba, Paraná. O hospital foi inaugurado em 1958, tendo sido adquirido pela Sociedade Paranaense de Cultura, em 1997. Atualmente, pertence à Aliança Saúde, do Grupo Marista Sul, e presta serviço em várias especialidades, sendo referência no atendimento clínico e cirúrgico, sobretudo associado ao atendimento ao trauma, e considerado o maior pronto-socorro de trauma do estado (HUC, 2015).

O HUC oferece campos de estágio a diversos cursos de graduação, tendo sido, em 2006, credenciado pelo Ministério da Saúde como unidade de alta complexidade em ortopedia, traumatologia, unidade de transplante renal, cirurgia vascular e centro de referência em alta complexidade neurológica e neurocirúrgica (HUC, 2015).

Atualmente, disponibiliza 203 leitos, distribuídos em: oito unidades de internação, com 162 leitos; três unidades de terapia intensiva, com 30 leitos; e uma unidade de cuidados críticos no pronto-socorro, com 11 leitos (HUC, 2015).

O hospital direciona 100% de seu atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) (HUC, 2015).

Além disso, o HUC é representado por diversas comissões, dentre elas, a comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), coordenada pela enfermeira responsável pela educação continuada. Essa comissão foi retomada em agosto de 2016, sendo que seu último trabalho havia sido realizado em 2013.

Em 2016 foram realizadas reuniões com os enfermeiros coordenadores dos setores das unidades de internação, UTIs, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico e

Educação continuada, totalizando 11 enfermeiros coordenadores que constituem a comissão da SAE.

Cada enfermeiro coordenador realizou um treinamento com sua equipe quanto a execução do Processo de Enfermagem na prática diária, bem como o registro dos dados obtidos no prontuário eletrônico do paciente, fornecendo a todos os enfermeiros um guia de bolso que orienta a realização do exame físico.

4.3 BASES EMPÍRICAS

As bases empíricas da pesquisa constituíram-se de:

- a) Banco de termos construído na primeira fase do projeto matriz, proveniente dos campos de linguagem livre das evoluções de enfermagem do PEP do HUC, dos anos de 2010 a 2012 (GOMES, 2016).
- b) Banco de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW, utilizando a CIPE® (NÓBREGA et al., 2011).
- c) Modelo de Sete Eixos da CIPE® (CIE, 2011): foco, julgamento, cliente, ação, localização, tempo e meios.
- d) Norma ISO 18104:2014.
- e) Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Horta (1979).
- f) Obra de Garcia e Cubas (2012).
- g) *Nursing intervention classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O universo amostral da pesquisa foi composto por 40 enfermeiros do HUC e oito professores da PUCPR, correspondendo a 54,7% dos enfermeiros do referido hospital e a 100% dos professores daquela universidade que acompanham estágio curricular.

Todo o universo amostral foi convidado, porém participaram dos seminários de discussão:

- a) 13 enfermeiros (17,77%) do HUC, selecionados por trabalharem em diferentes clínicas, setores e turnos (manhã, tarde e noite). Foram

incluídos enfermeiros que fossem funcionários do hospital por um período superior a um ano. Não houve critério de exclusão para estes participantes.

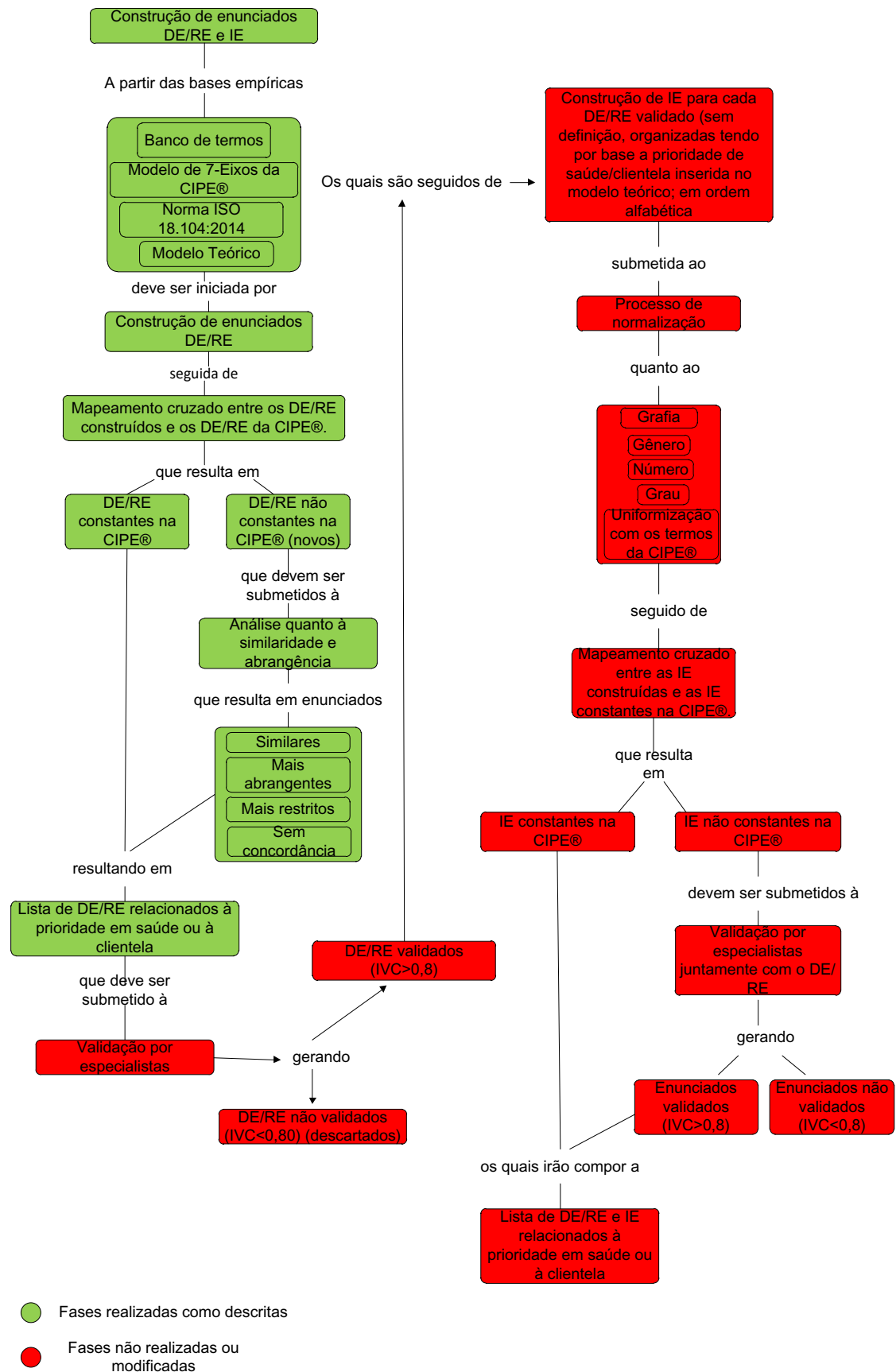
- b) Quatro professores (50%) da PUCPR, que acompanham estágio curricular do curso de Enfermagem no HUC, nas diferentes clínicas de cuidado. Não houve critério de exclusão para estes participantes.

4.5 ETAPAS DA PESQUISA

O percurso metodológico deste estudo seguiu, parcialmente, o método proposto por Nóbrega et al. (2015) (Figura 8) e foi dividido em seis etapas:

- a) Preparação dos termos para construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem.
- b) Construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia.
- c) Mapeamento dos enunciados construídos com a CIPE® e o banco de enunciados do HULW.
- d) Construção das intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos elaborados.
- e) Organização dos enunciados por necessidades humanas básicas.
- f) Avaliação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídos.

Figura 8 – Percurso metodológico.



Fonte: Adaptado de Nóbrega et al. (2015).

4.5.1 Preparação dos termos para construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem

Para a construção dos enunciados para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia, foram selecionados, por quantitativo de ocorrência, os 300 termos de maior frequência entre os 2.638 listados no banco construído na primeira fase do projeto matriz. Esse quantitativo foi escolhido por representar o dobro dos termos elencados na primeira fase com mais de 5.000 repetições (GOMES et al. 2016). Os termos foram distribuídos de acordo com o Modelo de Sete Eixos da CIPE®, por três pesquisadores de forma independente; posteriormente, o resultado deu-se por consenso. Para tal processo, foi utilizada uma planilha do Excel®, com a identificação de cada pesquisador (Quadro 5).

Quadro 5 – Identificação, primária e por pesquisador, dos termos no Modelo de Sete Eixos da CIPE®.

Termo	Eixo da CIPE® identificado primariamente	Identificação pesquisador 1	Identificação pesquisador 2	Identificação pesquisador 3
Cateter urinário	Meio	Meio	Meio	Meio
Consciência	Foco	Foco	Foco	Foco

Fonte: A autora (2016).

Caso o termo não estivesse presente na CIPE® (2015), buscava-se identificar um termo correspondente (Quadro 6):

Quadro 6 – Identificação, primária e por pesquisador, de termo correspondente no Modelo de Sete Eixos da CIPE®.

Termo	Eixo da CIPE	Termo correspondente	Pesquisador 1	Pesquisador 2	Pesquisador 3	Eixo
Pupilas	–	Reflexo pupilar	Reflexo pupilar	–	Reflexo pupilar	Foco

Fonte: A autora (2016).

Para situações em que houvesse opiniões distintas, o critério para escolha do termo a ser utilizado seria por consenso entre os pesquisadores.

Posteriormente, os termos correspondentes foram analisados de acordo com os critérios propostos por Leal (2006) para análise de similaridade e abrangência:

- a) Se o termo da CIPE® fosse similar àquele construído, não existindo concordância na grafia, mas com significado idêntico; por exemplo: cliente e paciente.

- b) Se o termo fosse mais abrangente, tendo um significado maior do que aquele existente na CIPE®; por exemplo: pupilas e reflexo pupilar.
- c) Se fosse mais restrito, tendo significado menor do que o existente na CIPE®; por exemplo: subclávia e vaso sanguíneo.
- d) Se não existisse concordância; quando totalmente diferente do existente na CIPE®, era considerado um termo novo.

Os termos considerados como novos não foram utilizados para construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem.

4.5.2 Construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem

Após a análise de similaridade e abrangência, os diagnósticos e resultados de enfermagem foram construídos, com base nas diretrizes do CIE (2009), que utilizam como modelo a norma ISO 18104:2014.

De acordo com a Norma ISO 18.104:2014, os diagnósticos e resultados de Enfermagem são compostos de duas formas: por um termo do eixo Foco, obrigatoriamente, com um termo do eixo Julgamento; ou por um Achado Clínico. Alguns termos podem ser adicionados, conforme a necessidade, como Grau, Curso Clínico, Tempo, Sujeito da Informação e Potencial (Risco Para e Chance Para).

Por exemplo, os termos “consciência”, “prejudicada” e “preservada” resultaram no diagnóstico de enfermagem “consciência prejudicada” e no resultado de enfermagem “consciência preservada”.

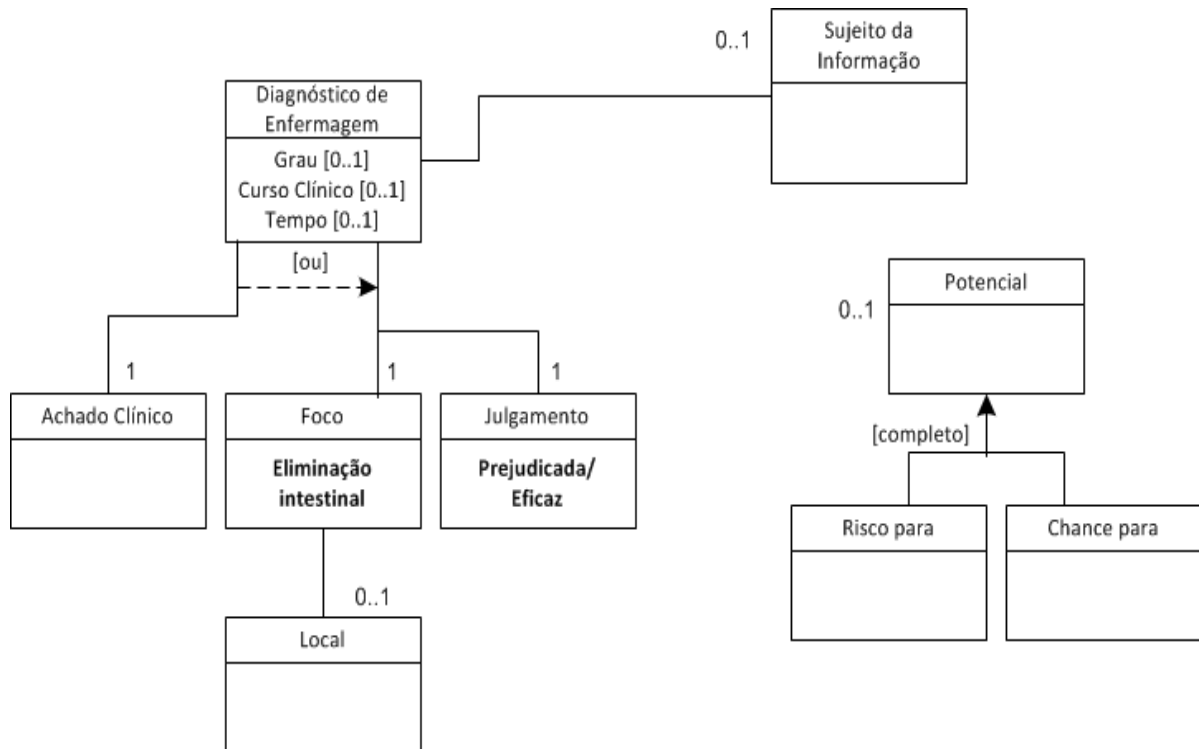
O Quadro 7 apresenta um exemplo do processo de construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, relacionado ao diagnóstico “eliminação intestinal prejudicada” e ao resultado “eliminação intestinal eficaz”, bem como sua representação no diagrama da ISO 18.104:2014 (Figura 9).

Quadro 7 – Exemplo da construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para os termos “eliminação”, “intestinal”, “prejudicada” e “eficaz”, de acordo com os eixos da CIPE®.

Enunciado	Foco	Localização	Meios	Julgamento	Tempo	Cliente
Diagnóstico de enfermagem	Eliminação	Intestinal		Prejudicada		
Resultado de enfermagem	Eliminação	Intestinal		Eficaz		

Fonte: A autora (2016).

Figura 9 – Exemplo da construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para os termos “eliminação”, “intestinal”, “prejudicada” e “eficaz”, de acordo a norma ISO 18.104:2014



Fonte: A autora (2016).

4.5.3 Mapeamento dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem com a CIPE® e com o banco de enunciados do HULW

O mapeamento cruzado dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem seguiu os passos descritos por Nóbrega et al. (2015):

- Os enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem elaborados na fase anterior foram alocados em ordem alfabética e as repetições, retiradas.
- Criou-se planilha no *Excel*® com os enunciados construídos.
- Criou-se planilha com os enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem contidos na CIPE®.

As duas planilhas elaboradas foram importadas para o *Access*® e submetidas ao mapeamento cruzado para identificação dos enunciados constantes e não na CIPE®. Os não constantes foram submetidos ao processo de análise quanto à similaridade e abrangência em relação aos termos pré-combinados, de acordo com os critérios propostos por Leal (2006), apresentados anteriormente. Em seguida, o

mesmo processo foi realizado com os enunciados presentes no banco de termos do HULW (NÓBREGA et al., 2011).

Os enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem que não estavam presentes na CIPE® e no banco de enunciados do HULW (NÓBREGA et al., 2011) foram buscados na obra de Garcia e Cubas (2012).

4.5.4 Construção das intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos elaborados

Para os diagnósticos de enfermagem construídos, foram, primeiramente, relacionadas as intervenções de enfermagem constantes no banco de enunciados do HULW (NÓBREGA et al., 2011). Desse modo, para aqueles constantes no banco de termos, foram listadas as mesmas intervenções de enfermagem. Já para os ausentes, foram utilizadas intervenções contidas na NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), selecionadas pela adequação às especialidades de neurocirurgia e ortopedia.

4.5.5 Organização dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem por necessidades humanas básicas

Por fim, o conjunto de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foi organizado de acordo com a teoria de Horta (1979) respeitando a atualização feita por Garcia e Cubas (2012).

Segundo Horta (1979) “toda ciência deve determinar seu ente concreto, descrevê-lo, explicá-lo e predizer sobre ele”. Na enfermagem a necessidade humana básica é o ente concreto, que faz parte do ser humano, onde suas necessidades são universais, ou seja, comuns entre eles. Todas as necessidades humanas básicas estão inter-relacionadas, é fundamental que o conceito holístico do homem seja integrado, ele é um ser indivisível, e não a soma de suas partes.

4.5.6 Avaliação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

Apesar de o método proposto por Nóbrega et al. (2015) incluir uma etapa de validação por especialistas dos diagnósticos e resultados de enfermagem construídos, ela não foi realizada, devido à utilização do banco de termos construído na primeira fase do projeto matriz, previamente validados pelo uso e registro em campo livre do PEP do HUC.

Para avaliar a adequação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem à realidade local, foram propostos 13 seminários em dias e horários diferentes com os enfermeiros no HUC e dois seminários com os professores na PUCPR, tendo havido participação em sete dos 15 seminários marcados: cinco no HUC, com participação total de 13 enfermeiros, e dois na PUCPR, com quatro professores. Nos seminários, que tiveram duração média de 40 minutos, procedeu-se a: uma breve apresentação do projeto; leitura individual dos diagnósticos e resultados de enfermagem; discussão das opiniões pessoais sobre eles; leitura individual das intervenções para dez diagnósticos e resultados de enfermagem, escolhidos de forma aleatória e não repetitiva, para cada enfermeiro; discussão, em conjunto, das opiniões pessoais sobre as intervenções listadas. O conteúdo dos seminários foi gravado e filmado; em seguida, as falas dos participantes foram transcritas e processadas pelo *software* ATLAS.ti.

O uso desse *software* tem como principal objetivo ajudar o pesquisador a organizar, registrar e acompanhar os registros efetuados, contribuindo para a confiabilidade do estudo. Com ele, é possível analisar e gerenciar diferentes tipos de documento ou instrumento de coleta de dados, tais como: relatórios de observação, respostas às questões abertas de questionários, cartas, ou seja, todos os textos expressos na modalidade escrita, além de áudios, imagens e vídeos. Os principais elementos interligados a ele e que estão dentro de um projeto, denominado unidade hermenêutica (*hermeneutic unit*), são: os documentos primários (*primary documents*), as citações (*quotes*), os códigos (*codes*) e as notas (*memos*). Esses elementos dão origem às redes (*networks*), ferramentas de análise que podem ser utilizadas para ilustrar as relações estudadas pelo pesquisador (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011).

A unidade hermenêutica é o gerenciador dos elementos subsequentes que possibilita reunir e gerenciar todos os dados de um projeto de pesquisa; os documentos primários são os dados primários coletados; as citações são trechos relevantes das entrevistas que indicam a ocorrência de código; os códigos consistem em uma ferramenta que possibilita a criação de conceitos gerados pelas interpretações do pesquisador; e as redes auxiliam na visualização do desenvolvimento da teoria e evidenciam o problema de gerenciamento da complexidade do processo de análise (KLUBER, 2014).

Portanto, o uso do ATLAS.ti possibilita uma organização contínua da base de dados e proporciona formas de procura rápida e flexível de determinado documento, permitindo estabelecer palavras-chave ou rótulos a segmentos de texto, com o intuito de encontrá-los automaticamente ou permitir uma recuperação posterior; também autoriza juntar segmentos de dados uns aos outros, visando a estabelecer categorias, teias ou redes de informação para utilização em curto, médio e longo prazo, além da criação de diagramas que facilitam a visualização de resultados ou teorias (POCRIFKA, 2012). Ademais, propicia a descoberta de fenômenos complexos, os quais, provavelmente, não seriam identificáveis na simples leitura do texto, principalmente em relação à técnica tradicional de tratamento manual dos dados (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011).

Nesta pesquisa, o potencial do ATLAS.ti foi utilizado de forma limitada. As redes produzidas pelo *software* serviram como base para modificar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, não tendo sido realizada análise qualitativa do corpus produzido.

O processo de utilização do *software* iniciou-se com a criação de uma unidade hermenêutica para adição dos sete seminários gravados. Em seguida, foram criadas duas famílias de documentos (professores e enfermeiros), para analisar os dados pelos diferentes profissionais.

A partir disso, foi realizada a seleção das principais citações das gravações, em seguida codificadas conforme a teoria das NHBs de Horta (1979). Após a codificação, foram criadas duas famílias de códigos: necessidade psicobiológica e necessidade psicossocial, representando a classificação das NHBs (HORTA, 1979).

Não foi possível criar uma família para a necessidade psicoespiritual, pois a utilização dos 300 termos limitou a criação de enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para essa necessidade humana básica.

Os extratos das respostas dos participantes foram analisados a partir das redes (*networks*) criadas pelo ATLAS.ti. Na sequência, foram feitas adequações nos enunciados dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem avaliados, com base na análise das sugestões apresentadas pelos participantes durante os seminários, amparada pela literatura que ancora as modificações. Por exemplo, antes da avaliação dos enfermeiros e professores, havia resultados de enfermagem com julgamento ausente (dispneia ausente, constipação ausente, risco ausente de quedas); depois da avaliação, esses resultados foram excluídos do padrão de registro.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto que originou este subprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (Parecer nº 93.661, de 13 de setembro de 2012), atendendo à Resolução CNS nº 466/2012 (Anexo A).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram organizados em seis subseções. A primeira apresenta os resultados da preparação dos termos para a construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem; a segunda traz os resultados da construção dos enunciados; a terceira expõe os resultados do mapeamento cruzado entre os enunciados construídos com a CIPE® e o banco de enunciados do HULW; a quarta apresenta o resultado das intervenções extraídas do banco de enunciados do HULW e da NIC relacionadas aos enunciados construídos; a quinta mostra a organização dos enunciados construídos por necessidades humanas básicas; por fim, a última traz a avaliação dos enunciados construídos que compõem o padrão de registro de enfermagem.

5.1 PREPARAÇÃO DOS TERMOS PARA ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

No Quadro 8, estão dispostos os termos utilizados, constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE®.

Quadro 8 – Termos utilizados para a construção dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem constantes na CIPE® 2015.

Eixo	Termos
Ação	Administrar; coletar; elevar; encaminhar; entubar; higienizar; instalar; manter; mobilizar; monitorar; orientar; puncionar; relatar.
Cliente	Família; paciente.
Diagnóstico clínico	Alerta.
Foco	Aceitação; acesso intravenoso; agitação; amostra; ar; aspiração; comunicação; concentração; confusão; consciência; crescimento; defecação; dispneia; dor; edema; eliminação; escoriação; ferida cirúrgica; ferida por arma de fogo; fratura; frequência cardíaca; frequência respiratória; hematoma; hipertensão; hipotensão; lesão; orientação; pressão; pressão intracraniana; procedimento; queda; realização; regime de nutrição; sangramento; sedação; sinal; sinal vital; sonolência; trauma; úlcera; urina; ventilação; vítima.
Julgamento	Diminuído; espontâneo; grau; melhorado; pequeno; presença.
Localização	Antebraço; artéria; bilateral; central; cérebro; clínica; couro cabeludo; crânio; direita; esquerda; face; flanco; hospital; lábio; mão; nariz; pé; pele; periférico; posição; pulmão; sacro; tórax; unidade de terapia intensiva; via oral.
Meios	Cânula; cateter; cateter urinário; cirurgia; coletor de urina; dreno; fralda; hemodiálise; máscara; medicação; médico; oxigenoterapia; oxímetro de pulso; plano; tala; tubo endotraqueal.
Tempo	Admissão; alta; contínuo; episódio; exame; manhã.

Fonte: Adaptado de Gomes (2014).

No Quadro 9, constam os termos ausentes do Modelo de Sete Eixos da CIPE® e sua análise de similaridade.

Quadro 9 – Termos não constantes na CIPE® submetidos ao processo de análise de similaridade e abrangência.

Termo	Termo da CIPE® correspondente	Eixo	Análise de similaridade e abrangência
Apresentar	Demonstrar	Ação	Similar
Ausculta	Auscultar		Similar
Auxílio	Auxiliar		Similar
Avaliação	Avaliar		Similar
Barreira	Isolar		Similar
Comunicar	Falar		Similar
Contato	Contatar		Similar
Contenção	Restringir (ou fazer contenção)		Similar
Drenagem	Drenar		Similar
Entubação	Entubar		Similar
Estímulo	Estimular		Similar
Inserção	Inserir		Similar
Medida	Medir		Similar
Palpação	Palpar		Similar
Pedido	Requisitar (e/ou requerer)		Similar
Punção	Puncionar		Similar
Realizar	Executar		Similar
Referir	Relatar		Similar
Retirar	Remover		Similar
Seguir	Acompanhar		Similar
Solicitação	Requisitar (ou requerer)		Similar
Tratamento	Tratar		Similar
Troca	Trocar		Similar
Verbalizar	Falar		Similar
Cliente	Paciente	Cliente	Similar
Acordado	Alerta (acordado, atento, vigilante)	Diagnóstico/ Resultado	Similar
Afebril	Temperatura corporal nos limites normais		Similar
Eupneico	Respiração eficaz		Similar
Hidratação	Hidratação adequada		Mais abrangente
Indolor	Dor ausente		Similar
Lúcido	Percepção sensorial eficaz		Similar
Negar	Negação		Similar
Normocárdio	Frequência cardíaca nos limites normais		Similar

Normotenso	Sinal de pressão arterial nos limites normais		Similar
Respiração	Respiração eficaz		Mais abrangente
Transporte	Acesso a transporte		Mais abrangente
Volume	Volume de líquidos eficaz		Mais abrangente
Cardíaco	Débito cardíaco	Foco	Mais abrangente
Deambular	Marcha (caminhada)		Similar
Débito	Débito de líquidos		Mais abrangente
Flácido	Tecido mole		Similar
Fotorreagente	Reflexo pupilar		Mais restrito
Incisão	Corte		Similar
Íntegro	Integridade		Similar
Jejum	Abstinência		Mais restrito
Murmúrio vesicular	Ruído		Mais restrito
Perfusão	Perfusão tissular		Mais abrangente
Pressão sanguínea	Pressão arterial		Similar
Pulso	Frequência de pulso		Similar
Pupilas	Reflexo pupilar		Mais abrangente
Repouso	Comportamento de repouso		Similar
Respiratório	Sistema respiratório		Mais abrangente
Responsivo	Responsividade		Similar
Ronco	Ruído		Mais restrito
Saturação	Saturação de oxigênio no sangue		Similar
Seca	Pele seca		Mais abrangente
Ventilação mecânica	Ventilação		Mais restrito
Cuidado	Cuidados com ferida cirúrgica	Intervenção clínica	Mais abrangente
Bom	Eficaz	Julgamento	Similar
Médio	Tamanho médio		Similar
Prescrição	Prescrito		Similar
Abertura	Abertura corporal	Localização	Mais abrangente
Centro cirúrgico	Sala cirúrgica		Similar
Jugular	Vaso sanguíneo		Mais restrito
Leito	Cama		Similar
Membro inferior direito	Perna		Similar
Membro inferior esquerdo	Perna		Similar
Membro superior direito	Braço		Similar
Membro superior esquerdo	Braço		Similar
Membros superiores	Braço		Similar
Mucosa	Membrana mucosa		Similar
Ocular	Via ocular		Similar
Oral	Cavidade oral		Similar
Região	Região corporal		Similar
Sala	Sala de cirurgia		Mais abrangente

Subclávia	Vaso sanguíneo		Mais restrito
Tecido	Tecido subcutâneo		Mais abrangente
Unidade	Unidade de emergência		Mais abrangente
Venoso	Veia		Similar
Bolsa	Bolsa de drenagem de ferida	Meios	Mais abrangente
Bomba infusora	Dispositivo para infusão		Mais restrito
Cateter venoso	Cateter		Mais restrito
Cateter venoso central	Acesso venoso central		Similar
Curativo	Cobertura de ferida		Similar
Dietoterapia	Terapia nutricional		Similar
Emergência	Serviço de emergência		Similar
Enfermagem	Serviço de enfermagem		Similar
Infundir	Técnica de infusão		Similar
Infusão	Técnica de infusão		Similar
Monitoramento cardíaco	Monitor cardíaco		Similar
Soroterapia	Terapia com líquidos (ou hidratação)		Mais restrito
Suporte	Molde (suporte ortopédico ou tala, de gesso, plástico ou fibra de vidro)		Mais abrangente
Admitir	Admissão	Tempo	Similar
Internação	Hospitalização		Similar
Período	Duração		Similar
Período pós-cirúrgico	Período pós-operatório		Similar
Quadro	Situação		Similar
Aguardar	–		Não concordante
Amarelado	–		Não concordante
Ambiente	–		Não concordante
Aspecto	–		Não concordante
Ausência	–		Não concordante
Ativo	–		Não concordante
Base	–		Não concordante
Básico	–		Não concordante
Bilioso	–		Não concordante
Bomba infusora	–		Não concordante
Bulhas cardíacas	–		Não concordante
Cabeceira	–		Não concordante
Calmo	–		Não concordante
Capacete	–		Não concordante
Cefaleia	–		Não concordante
Cervical	–		Não concordante
Coloração	–		Não concordante
Comando	–		Não concordante
Corado	–		Não concordante
Derivação ventricular	–		Não concordante
Dificuldade	–		Não concordante

Difuso	–		Não concordante
Dorso	–		Não concordante
Duplo	–		Não concordante
Efetivo	–		Não concordante
Encontrar	–		Não concordante
Entrada	–		Não concordante
Esforço	–		Não concordante
Estase	–		Não concordante
Estável	–		Não concordante
Evolução	–		Não concordante
Externo	–		Não concordante
Extremidades	–		Não concordante
Fechar	–		Não concordante
Fêmur	–		Não concordante
Filtro de barreira	–		Não concordante
Fio	–		Não concordante
Fixador	–		Não concordante
Flogístico	–		Não concordante
Foto	–		Não concordante
Funcionante	–		Não concordante
Globoso	–		Não concordante
Hemático	–		Não concordante
Hemodinamicamente	–		Não concordante
Hidratar	–		Não concordante
Hipocorado	–		Não concordante
História	–		Não concordante
Intercorrência	–		Não concordante
Internar	–		Não concordante
Isocoria	–		Não concordante
Liberação	–		Não concordante
Liberar	–		Não concordante
Limpo	–		Não concordante
Livre	–		Não concordante
Maca	–		Não concordante
Massa	–		Não concordante
Mecânico	–		Não concordante
Membro	–		Não concordante
Modalidade	–		Não concordante
Muco	–		Não concordante
Multiparâmetros	–		Não concordante
Névoa úmida	–		Não concordante
Nível	–		Não concordante
Normocorado	–		Não concordante
Parada cardiorrespiratória	–		Não concordante
Parâmetro	–		Não concordante

Passagem	–		Não concordante
Permanecer	–		Não concordante
Pico	–		Não concordante
Pouco	–		Não concordante
Plantão	–		Não concordante
Plantonista	–		Não concordante
Precaução	–		Não concordante
Precaução de contato	–		Não concordante
Quantidade	–		Não concordante
Queixa	–		Não concordante
Rádio	–		Não concordante
Rebaixamento	–		Não concordante
Receber	–		Não concordante
Retorno	–		Não concordante
Rima	–		Não concordante
Salinizar	–		Não concordante
Seguir	–		Não concordante
Simétrico	–		Não concordante
Solicitar	–		Não concordante
Sucesso	–		Não concordante
Úmido	–		Não concordante
Uso	–		Não concordante
Vesical	–		Não concordante
Volta	–		Não concordante

Fonte: A autora (2016).

O quantitativo de termos analisados, conforme o Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2015, está demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Síntese dos termos, distribuídos pelos respectivos eixos da CIPE®.

Classificação dos termos	Eixo									
	F	J	C	A	M	T	L	DE/RE	IC	Total
Igual	43	6	2	13	16	6	25	1	-	112
Similar	9	3	1	25	8	5	12	8	-	71
Não concordante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
Mais abrangente	6	-	-	-	2	-	4	4	1	17
Mais restrito	5	-	-	-	3	-	2	-	-	10
Total	63	9	3	38	29	11	43	13	1	300

Fonte: A autora (2016).

Notas: F = foco. J = julgamento. C = cliente. A = ação. M = meios. T = tempo. L = localização. DE/RE = diagnóstico de enfermagem/resultado de enfermagem. IC = intervenção clínica.

5.2 CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

No total, foram elaborados 173 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem (Quadro 10).

Quadro 10 – Diagnósticos e resultados de enfermagem construídos.

Diagnóstico/resultado de enfermagem
Aceitação do estado de saúde
Aceitação do estado de saúde prejudicada
Acesso intravenoso prejudicado
Acesso intravenoso preservado
Bradycardia
Comunicação prejudicada
Comunicação preservada
Concentração eficaz
Concentração prejudicada
Consciência prejudicada
Consciência preservada
Constipação
Deambulação melhorada
Deambulação normal
Débito cardíaco aumentado
Débito cardíaco diminuído
Débito cardíaco eficaz
Débito de líquidos aumentado
Débito de líquidos diminuído
Débito de líquidos nos limites normais
Defecação eficaz
Defecação prejudicada
Desidratação
Desorientação
Diarreia
Diarreia ausente
Dispneia
Dispneia ausente
Dor (especificar a intensidade e localização)
Dor aguda
Dor aguda ausente
Dor aguda diminuída
Dor ausente
Dor crônica
Dor crônica ausente

Dor crônica diminuída
Dor reduzida
Edema (especificar o grau e a localização)
Edema ausente
Edema diminuído
Eliminação intestinal prejudicada
Eliminação intestinal preservada
Eliminação urinária adequada
Eliminação urinária aumentada
Eliminação urinária diminuída
Eliminação urinária espontânea
Eliminação urinária melhorada
Eliminação urinária preservada
Escoriação (especificar a localização)
Escoriação ausente
Ferida cirúrgica (especificar a localização)
Ferida cirúrgica limpa
Ferida traumática
Ferida traumática ausente
Frequência cardíaca nos limites normais
Frequência de pulso aumentada
Frequência de pulso diminuída
Função do sistema respiratório prejudicada
Função do sistema respiratório eficaz
Hematoma (especificar a localização)
Hematoma ausente
Hidratação adequada
Hipertensão
Hipertermia
Hiperventilação
Hipotensão
Hipotermia
Hipoventilação
Integridade da pele eficaz
Integridade da pele melhorada
Integridade da pele prejudicada
Lesão por pressão
Lesão por pressão ausente
Limpeza das vias aéreas eficaz
Limpeza das vias aéreas ineficaz
Marcha prejudicada
Marcha preservada
Mobilidade física adequada
Mobilidade física melhorada
Mobilidade física prejudicada

Mobilidade no leito adequada
Mobilidade no leito melhorada
Mobilidade no leito prejudicada
Negação
Negação ausente
Orientação melhorada (aumentada)
Orientação preservada
Percepção sensorial eficaz
Percepção sensorial prejudicada
Perfusão tissular eficaz
Perfusão tissular ineficaz
Pressão arterial nos limites normais
Pressão intracraniana aumentada
Pressão intracraniana diminuída
Pressão sanguínea controlada
Queda
Queda ausente
Regime de nutrição parenteral eficaz
Regime de nutrição parenteral ineficaz
Respiração eficaz
Respiração prejudicada
Risco ausente de aspiração
Risco ausente de confusão aguda
Risco ausente de constipação
Risco ausente de desequilíbrio na temperatura corporal
Risco ausente de desidratação
Risco ausente de infecção
Risco ausente de integridade da pele alterada
Risco ausente de lesão
Risco ausente de lesão por pressão
Risco ausente de perfusão tissular alterada
Risco ausente de queda
Risco ausente de sangramento
Risco ausente de trauma
Risco de aspiração
Risco de bradicardia
Risco de comunicação prejudicada
Risco de confusão aguda
Risco de constipação
Risco de defecação prejudicada
Risco de desidratação
Risco de diarreia
Risco de edema
Risco de eliminação urinária prejudicada
Risco de função do sistema respiratório prejudicada

Risco de hipertermia
Risco de hipotermia
Risco de infecção
Risco de integridade da pele prejudicada
Risco de lesão
Risco de lesão por pressão
Risco de perfusão tissular ineficaz
Risco de pressão intracraniana aumentada
Risco de queda
Risco de sangramento
Risco de sono prejudicado
Risco de taquicardia
Risco de trauma
Risco de ventilação espontânea prejudicada
Risco de volume de líquidos aumentado
Risco de volume de líquidos diminuído
Risco diminuído de aspiração
Risco diminuído de confusão
Risco diminuído de desequilíbrio na temperatura corporal
Risco diminuído de infecção
Risco diminuído de integridade da pele alterada
Risco diminuído de lesão
Risco diminuído de lesão por pressão
Risco diminuído de perfusão tissular alterada
Risco diminuído de queda
Risco diminuído de sangramento
Risco diminuído de trauma
Sangramento (especificar a localização)
Sangramento ausente
Saturação de oxigênio no sangue diminuída
Saturação de oxigênio no sangue nos limites normais
Sedação ausente
Sedação eficaz
Sedado
Sono e repouso prejudicados
Sono e repouso preservados
Sono eficaz
Sonolência
Taquicardia
Temperatura corporal nos limites normais
Troca de gases eficaz
Ventilação espontânea prejudicada
Ventilação espontânea preservada
Ventilação mecânica
Volume de líquidos adequado

Volume de líquidos prejudicado
Vômito
Vômito ausente

Fonte: A autora (2016).

5.3 MAPEAMENTO CRUZADO DOS ENUNCIADOS CONSTRUÍDOS COM A CIPE® E O BANCO DE ENUNCIADOS DO HULW

No Quadro 11, está apresentada a lista dos 72 (41,61%) diagnósticos e resultados de enfermagem constantes na CIPE® 2015 (GARCIA, 2016).

Quadro 11 – Enunciados constantes no mapeamento cruzado com a CIPE®.

Enunciado
Aceitação do estado de saúde
Aceitação do estado de saúde prejudicada
Bradicardia
Comunicação prejudicada
Consciência prejudicada
Constipação
Débito cardíaco eficaz
Defecação eficaz
Defecação prejudicada
Desidratação
Desorientação
Diarreia
Diarreia ausente
Dispneia
Dispneia ausente
Dor aguda
Dor ausente
Dor crônica
Dor reduzida
Ferida traumática
Frequência cardíaca nos limites normais
Função do sistema respiratório eficaz
Função do sistema respiratório prejudicada
Hidratação adequada
Hipertensão
Hipertermia
Hiperventilação
Hipotensão
Hipotermia
Hipoventilação

Integridade da pele eficaz
Integridade da pele melhorada
Integridade da pele prejudicada
Limpeza das vias aéreas eficaz
Negação
Negação ausente
Percepção sensorial eficaz
Perfusão tissular eficaz
Perfusão tissular ineficaz
Pressão arterial nos limites normais
Pressão intracraniana aumentada
Queda
Queda ausente
Respiração eficaz
Respiração prejudicada
Risco de aspiração
Risco de bradicardia
Risco de confusão aguda
Risco de constipação
Risco de desidratação
Risco de diarreia
Risco de hipertermia
Risco de hipotermia
Risco de infecção
Risco de integridade da pele prejudicada
Risco de função do sistema respiratório prejudicada
Risco de lesão
Risco de perfusão tissular ineficaz
Risco de queda
Risco de sono prejudicado
Risco de trauma
Sangramento ausente
Sedação ausente
Sedação eficaz
Sedado
Sonolência
Taquicardia
Temperatura corporal nos limites normais
Troca de gases eficaz
Volume de líquidos prejudicado
Vômito
Vômito ausente

Fonte: A autora (2016).

No processo de análise de similaridade e abrangência, dos 101 (58,38%) diagnósticos e resultados de enfermagem não constantes na CIPE® (Quadro 12), 19 são similares (10,98%); quatro, mais abrangentes (2,31%); 21, mais restritos (12,13%); e para 57 não existe concordância (32,94%).

Quadro 12 – Análise de similaridade e abrangência para os enunciados não constantes na CIPE®.

Diagnóstico e resultado de enfermagem construídos não constantes na CIPE®	Diagnóstico e resultado na CIPE®	Análise
Acesso intravenoso prejudicado	–	Não concordante
Acesso intravenoso preservado	–	Não concordante
Comunicação preservada	Comunicação eficaz	Similar
Concentração eficaz	Cognição nos limites normais	Similar
Concentração prejudicada	–	Não concordante
Consciência preservada	–	Não concordante
Deambulação melhorada	–	Não concordante
Deambulação normal	–	Não concordante
Débito cardíaco aumentado	Débito cardíaco prejudicado	Mais restrito
Débito cardíaco diminuído	Débito cardíaco prejudicado	Mais restrito
Débito de líquidos aumentado	–	Não concordante
Débito de líquidos diminuído	–	Não concordante
Débito de líquidos nos limites normais	–	Não concordante
Dor (especificar a intensidade e a localização)	Dor	Mais restrito
Dor aguda ausente	Dor ausente	Mais restrito
Dor aguda diminuída	Dor reduzida	Mais restrito
Dor crônica ausente	Dor ausente	Mais restrito
Dor crônica diminuída	Dor reduzida	Mais restrito
Edema (especificar o grau e a localização)	Edema periférico	Mais abrangente
Edema ausente	–	Não concordante
Edema diminuído	–	Não concordante
Eliminação intestinal prejudicada	Função do sistema gastrointestinal prejudicada	Mais restrito
Eliminação intestinal preservada	Função do sistema gastrointestinal eficaz	Mais restrito
Eliminação urinária adequada	Função do sistema urinário eficaz	Mais restrito
Eliminação urinária aumentada	Função do sistema urinário prejudicada	Mais restrito
Eliminação urinária diminuída	Função do sistema urinário prejudicada	Mais restrito
Eliminação urinária espontânea	Função do sistema urinário eficaz	Mais restrito
Eliminação urinária melhorada	Função do sistema urinário eficaz	Mais restrito
Eliminação urinária preservada	Função do sistema urinário eficaz	Mais restrito
Escoriação (especificar a localização)	–	Não concordante
Escoriação ausente	–	Não concordante

Ferida cirúrgica (especificar a localização)	Ferida cirúrgica	Mais restrito
Ferida cirúrgica limpa	Ferida cirúrgica	Mais restrito
Ferida traumática ausente	Cicatrização de ferida eficaz	Similar
Frequência de pulso aumentada	Taquicardia	Similar
Frequência de pulso diminuída	Bradicardia	Similar
Hematoma (especificar a localização)	–	Não concordante
Hematoma ausente	–	Não concordante
Lesão por pressão	Úlcera por pressão	Similar
Lesão por pressão ausente	Úlcera por pressão ausente	Similar
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Limpeza das vias aéreas prejudicada	Similar
Marcha prejudicada	Marcha (caminhar) prejudicada	Similar
Marcha preservada	–	Não concordante
Mobilidade física adequada	–	Não concordante
Mobilidade física melhorada	–	Não concordante
Mobilidade física prejudicada	–	Não concordante
Mobilidade no leito adequada	–	Não concordante
Mobilidade no leito melhorada	–	Não concordante
Mobilidade no leito prejudicada	Mobilidade na cama prejudicada	Similar
Orientação melhorada	Orientação melhorada (ou aumentada)	Similar
Orientação preservada	–	Não concordante
Percepção sensorial prejudicada	Percepção prejudicada	Mais restrito
Pressão intracraniana diminuída	–	Não concordante
Pressão sanguínea controlada	Pressão arterial nos limites normais	Similar
Regime de nutrição parenteral eficaz	–	Não concordante
Regime de nutrição parenteral ineficaz	–	Não concordante
Risco ausente de aspiração	–	Não concordante
Risco ausente de confusão aguda	–	Não concordante
Risco ausente de constipação	–	Não concordante
Risco ausente de desequilíbrio na temperatura corporal	–	Não concordante
Risco ausente de desidratação	–	Não concordante
Risco ausente de infecção	–	Não concordante
Risco ausente de integridade da pele alterada	–	Não concordante
Risco ausente de lesão	–	Não concordante
Risco ausente de lesão por pressão	–	Não concordante
Risco ausente de perfusão tissular alterada	–	Não concordante
Risco ausente de queda	–	Não concordante
Risco ausente de sangramento	–	Não concordante
Risco ausente de trauma	–	Não concordante
Risco de comunicação prejudicada	–	Não concordante
Risco de defecação prejudicada	Risco de função do sistema gastrointestinal prejudicada	Mais restrito
Risco de edema	–	Não concordante

Risco de eliminação urinária prejudicada	Risco de função do sistema urinário prejudicada	Mais restrito
Risco de lesão por pressão	Risco de úlcera por pressão	Similar
Risco de pressão intracraniana aumentada	–	Não concordante
Risco de sangramento	Risco de hemorragia	Mais abrangente
Risco de taquicardia	Risco de função cardíaca prejudicada	Mais restrito
Risco de ventilação espontânea prejudicada	Risco de função do sistema respiratório prejudicada	Similar
Risco de volume de líquidos aumentado	–	Não concordante
Risco de volume de líquidos diminuído	–	Não concordante
Risco diminuído de aspiração	–	Não concordante
Risco diminuído de confusão	–	Não concordante
Risco diminuído de desequilíbrio na temperatura corporal	–	Não concordante
Risco diminuído de infecção	–	Não concordante
Risco diminuído de integridade da pele alterada	–	Não concordante
Risco diminuído de lesão	–	Não concordante
Risco diminuído de lesão por pressão	–	Não concordante
Risco diminuído de perfusão tissular alterada	–	Não concordante
Risco diminuído de queda	–	Não concordante
Risco diminuído de sangramento	–	Não concordante
Risco diminuído de trauma	–	Não concordante
Sangramento (especificar a localização)	–	Não concordante
Saturação de oxigênio no sangue diminuída	Troca de gases prejudicada	Similar
Saturação de oxigênio no sangue nos limites normais	Troca de gases eficaz	Similar
Sono e repouso prejudicados	Sono prejudicado	Mais abrangente
Sono e repouso preservados	Sono adequado	Mais abrangente
Sono eficaz	Sono adequado	Similar
Ventilação espontânea prejudicada	Função do sistema respiratório prejudicada	Similar
Ventilação espontânea preservada	–	Não concordante
Ventilação mecânica	–	Não concordante
Volume de líquidos adequado	Volume de líquidos eficaz	Similar

Fonte: A autora (2016).

O mapeamento cruzado dos enunciados construídos com os enunciados de diferentes clínicas do HULW está disposto no Quadro 13, tendo sido encontrados 40 (23,12%) iguais aos 173 construídos.

Quadro 13 – Enunciados constantes no mapeamento cruzado com o banco de enunciados do HULW.

Enunciado
Aceitação do estado de saúde
Acesso intravenoso prejudicado
Acesso intravenoso preservado

Comunicação prejudicada
Comunicação preservada
Constipação
Débito cardíaco aumentado
Débito cardíaco diminuído
Diarreia
Dor aguda
Dor crônica
Edema (especificar o grau e a localização)
Eliminação intestinal prejudicada
Eliminação intestinal preservada
Eliminação urinária aumentada
Eliminação urinária espontânea
Ferida cirúrgica limpa
Ferida traumática
Integridade da pele prejudicada
Limpeza das vias aéreas ineficaz
Mobilidade física prejudicada
Mobilidade no leito prejudicada
Negação
Perfusão tissular ineficaz
Pressão sanguínea controlada
Risco de aspiração
Risco de constipação
Risco de desidratação
Risco de infecção
Risco de integridade da pele prejudicada
Risco de queda
Risco de sangramento
Risco de volume de líquidos aumentado
Risco de volume de líquidos diminuído
Sono e repouso prejudicados
Sono e repouso preservados
Ventilação espontânea prejudicada
Ventilação espontânea preservada
Ventilação mecânica
Vômito

Fonte: A autora (2016).

Os enunciados não constantes foram submetidos ao processo de análise de similaridade e abrangência, como mostra o Quadro 14. Dos 133 (76,87%) não constantes, 31 são similares (17,91%); um, mais abrangentes (0,57%); dez, mais restritos (5,77%); e para 91 não existe concordância (52,59%).

Quadro 14 – Análise de similaridade e abrangência dos enunciados construídos com os enunciados existentes no banco de termos do HULW.

Diagnóstico e resultado de enfermagem não constante no banco do HULW	Diagnóstico e resultado de enfermagem do HULW	Análise
Aceitação do estado de saúde prejudicada	–	Não concordante
Bradycardia	Débito cardíaco diminuído	Mais restrito
Concentração eficaz	–	Não concordante
Concentração prejudicada	Cognição prejudicada	Mais restrito
Consciência prejudicada	Nível de consciência diminuído	Similar
Consciência preservada	–	Não concordante
Deambulação melhorada	–	Não concordante
Deambulação normal	–	Não concordante
Débito cardíaco eficaz	–	Não concordante
Débito de líquidos aumentado	–	Não concordante
Débito de líquidos diminuído	–	Não concordante
Débito de líquidos nos limites normais	–	Não concordante
Defecação eficaz	Eliminação intestinal preservada	Similar
Defecação prejudicada	Eliminação intestinal prejudicada	Similar
Desidratação	Desidratação (especificar o grau)	Similar
Desorientação	Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Similar
Diarreia ausente	–	Não concordante
Dispneia	Dispneia (especificar o grau)	Similar
Dispneia ausente	–	Não concordante
Dor (especificar a intensidade e a localização)	Dor (especificar a intensidade)	Similar
Dor aguda ausente	–	Não concordante
Dor aguda diminuída	–	Não concordante
Dor ausente	–	Não concordante
Dor crônica ausente	–	Não concordante
Dor crônica diminuída	–	Não concordante
Dor reduzida	–	Não concordante
Edema ausente	–	Não concordante
Edema diminuído	–	Não concordante
Eliminação urinária adequada	Eliminação urinária espontânea	Similar
Eliminação urinária diminuída	Eliminação urinária reduzida	Similar
Eliminação urinária melhorada	Eliminação urinária espontânea	Similar
Eliminação urinária preservada	Eliminação urinária espontânea	Similar
Escoriação (especificar a localização)	Ferida traumática	Mais restrito
Escoriação ausente	–	Não concordante
Ferida cirúrgica (especificar a localização)	Ferida cirúrgica infectada	Similar
Ferida traumática ausente	–	Não concordante
Frequência cardíaca nos limites normais	–	Não concordante
Frequência de pulso aumentada	Débito cardíaco diminuído	Mais restrito

Frequência de pulso diminuída	Débito cardíaco diminuído	Mais restrito
Função do sistema respiratório prejudicada	Padrão respiratório prejudicado	Similar
Função do sistema respiratório eficaz	–	Não concordante
Hematoma (especificar a localização)	Sangramento	Mais restrito
Hematoma ausente	–	Não concordante
Hidratação adequada	–	Não concordante
Hipertensão	Pressão sanguínea elevada	Similar
Hipertermia	Temperatura corporal aumentada (Hipertermia)	Similar
Hiperventilação	Padrão respiratório prejudicado	Mais restrito
Hipotensão	Pressão sanguínea diminuída	Similar
Hipotermia	Temperatura corporal diminuída (Hipotermia)	Similar
Hipoventilação	Padrão respiratório prejudicado	Similar
Integridade da pele eficaz	–	Não concordante
Integridade da pele melhorada	–	Não concordante
Lesão por pressão	Úlcera por pressão	Similar
Lesão por pressão ausente	–	Não concordante
Limpeza das vias aéreas eficaz	–	Não concordante
Marcha prejudicada	Marcha descoordenada	Similar
Marcha preservada	–	Não concordante
Mobilidade física adequada	–	Não concordante
Mobilidade física melhorada	–	Não concordante
Mobilidade no leito adequada	–	Não concordante
Mobilidade no leito melhorada	–	Não concordante
Negação ausente	–	Não concordante
Orientação melhorada	–	Não concordante
Orientação preservada	–	Não concordante
Percepção sensorial eficaz	–	Não concordante
Percepção sensorial prejudicada	Percepção sensorial alterada	Similar
Perfusão tissular eficaz	–	Não concordante
Pressão arterial nos limites normais	Pressão sanguínea controlada	Similar
Pressão intracraniana aumentada	–	Não concordante
Pressão intracraniana diminuída	–	Não concordante
Queda	–	Não concordante
Queda ausente	–	Não concordante
Regime de nutrição parenteral eficaz	–	Não concordante
Regime de nutrição parenteral ineficaz	–	Não concordante
Respiração eficaz	Ventilação espontânea preservada	Similar
Respiração prejudicada	Padrão respiratório prejudicado	Não concordante
Risco ausente de aspiração	–	Não concordante
Risco ausente de confusão aguda	–	Não concordante
Risco ausente de constipação	–	Não concordante
Risco ausente de desequilíbrio na temperatura corporal	–	Não concordante
Risco ausente de desidratação	–	Não concordante

Risco ausente de infecção	–	Não concordante
Risco ausente de integridade da pele alterada	–	Não concordante
Risco ausente de lesão	–	Não concordante
Risco ausente de lesão por pressão	–	Não concordante
Risco ausente de perfusão tissular alterada	–	Não concordante
Risco ausente de queda	–	Não concordante
Risco ausente de sangramento	–	Não concordante
Risco ausente de trauma	–	Não concordante
Risco de bradicardia	–	Não concordante
Risco de comunicação prejudicada	–	Não concordante
Risco de confusão aguda	Risco de confusão aguda	Similar
Risco de defecação prejudicada	–	Não concordante
Risco de diarreia	–	Não concordante
Risco de edema	Risco de volume de líquidos aumentado	Similar
Risco de eliminação urinária prejudicada	–	Não concordante
Risco de função do sistema respiratório prejudicada	–	Não concordante
Risco de hipertermia	Risco de temperatura corporal alterada	Mais restrito
Risco de hipotermia	Risco de temperatura corporal alterada	Mais restrito
Risco de lesão	-	Não concordante
Risco de lesão por pressão	Risco de úlcera por pressão	Similar
Risco de perfusão tissular ineficaz	Risco de perfusão tissular prejudicada	Similar
Risco de pressão intracraniana aumentada	–	Não concordante
Risco de sono prejudicado	–	Não concordante
Risco de taquicardia	–	Não concordante
Risco de trauma	–	Não concordante
Risco de ventilação espontânea prejudicada	–	Não concordante
Risco diminuído de aspiração	–	Não concordante
Risco diminuído de confusão	–	Não concordante
Risco diminuído de desequilíbrio na temperatura corporal	–	Não concordante
Risco diminuído de infecção	–	Não concordante
Risco diminuído de integridade da pele alterada	–	Não concordante
Risco diminuído de lesão	–	Não concordante
Risco diminuído de lesão por pressão	–	Não concordante
Risco diminuído de perfusão tissular alterada	-	Não concordante
Risco diminuído de queda	–	Não concordante
Risco diminuído de sangramento	–	Não concordante
Risco diminuído de trauma	–	Não concordante
Sangramento (especificar a localização)	Sangramento	Similar
Sangramento ausente	–	Não concordante

Saturação de oxigênio no sangue diminuída	Troca de gases prejudicada	Similar
Saturação de oxigênio no sangue nos limites normais	–	Não concordante
Sedação ausente	–	Não concordante
Sedação eficaz	–	Não concordante
Sedado	–	Não concordante
Sono eficaz	Sono e repouso preservados	Mais restrito
Sonolência	Estado de sonolência	Similar
Taquicardia	Débito cardíaco diminuído	Similar
Temperatura corporal nos limites normais	–	Não concordante
Troca de gases eficaz	–	Não concordante
Volume de líquidos adequado	–	Não concordante
Volume de líquidos prejudicado	Volume de líquidos aumentado	Mais abrangente
	Volume de líquidos diminuído	Mais abrangente
Vômito ausente	–	Não concordante

Fonte: A autora (2016).

No Quadro 15, estão os enunciados que não foram encontrados na CIPE® e no banco de enunciados do HULW, mas constam na obra de Garcia e Cubas (2012).

Quadro 15 – Diagnósticos e resultados de enfermagem extraídos da obra de Garcia e Cubas (2012).

Diagnóstico e resultado de enfermagem
Deambulação melhorada
Deambulação normal
Dor crônica ausente
Dor crônica diminuída
Edema ausente
Edema diminuído
Eliminação urinária melhorada
Eliminação urinária normal
Mobilidade física adequada
Mobilidade física melhorada
Mobilidade no leito adequada
Mobilidade no leito melhorada
Nível de consciência adequado
Nível de consciência melhorado
Padrão respiratório adequado
Padrão respiratório eficaz
Padrão respiratório melhorado
Padrão respiratório normal
Pressão intracraniana diminuída
Risco ausente de aspiração
Risco ausente de confusão aguda
Risco ausente de constipação
Risco ausente de desequilíbrio na temperatura corporal
Risco ausente de desidratação
Risco ausente de infecção
Risco ausente de integridade da pele alterada
Risco ausente de lesão
Risco ausente de lesão por pressão
Risco ausente de perfusão tissular alterada

Risco ausente de queda
Risco ausente de sangramento
Risco ausente de trauma
Risco diminuído de aspiração
Risco diminuído de confusão
Risco diminuído de desequilíbrio na temperatura corporal
Risco diminuído de infecção
Risco diminuído de integridade da pele alterada
Risco diminuído de lesão
Risco diminuído de lesão por pressão
Risco diminuído de perfusão tissular alterada
Risco diminuído de queda
Risco diminuído de sangramento
Risco diminuído de trauma
Volume de líquidos adequado
Volume de líquidos equilibrado
Volume de líquidos normal

Fonte: A autora (2016).

Os 15 enunciados que não foram encontrados na CIPE® (2015), Nóbrega et al (2011) e Garcia e Cubas (2015), portanto, não foram acrescentados no padrão de registro são: concentração eficaz; consciência preservada; débito de líquidos aumentado; débito de líquidos diminuído; débito de líquidos nos limites normais; escoriação ausente; hematoma ausente; marcha preservada; orientação preservada; regime de nutrição parenteral eficaz; regime de nutrição parenteral ineficaz; risco de comunicação prejudicada; risco de pressão intracraniana aumentada; saturação de oxigênio no sangue diminuída; e saturação de oxigênio no sangue nos limites normais.

5.4 CONSTRUÇÃO DAS INTERVENÇÕES RELACIONADAS AOS DIAGNÓSTICOS CONSTRUÍDOS

Após a construção dos enunciados, as intervenções do banco de enunciados do HULW relacionadas aos diagnósticos de enfermagem foram elencadas, resultando em 1.341 intervenções do banco do HULW e 50 intervenções da NIC (2010), totalizando 1.391 intervenções (Apêndice A).

5.5 ORGANIZAÇÃO DOS ENUNCIADOS POR NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A lista final dos diagnósticos e resultados de enfermagem organizados de acordo com as NHBs está no Quadro 16.

Quadro 16 – Enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem construídos e sua organização de acordo com as NHBs.

NHB	Afirmativa de diagnóstico de enfermagem	Afirmativa de resultado de enfermagem
Necessidades psicobiológicas		
Oxigenação	1. Dispneia (especificar o grau)	Dispneia ausente
	2. Limpeza das vias aéreas ineficaz	Limpeza das vias aéreas eficaz
	3. Padrão respiratório prejudicado	Padrão respiratório adequado Padrão respiratório melhorado Padrão respiratório normal Padrão respiratório eficaz
	4. Troca de gases prejudicada	Troca de gases eficaz
	5. Ventilação espontânea prejudicada	Ventilação espontânea preservada
	6. Ventilação espontânea preservada	Ventilação espontânea preservada
	7. Ventilação mecânica	Ventilação espontânea preservada
Hidratação	8. Desidratação (especificar o grau)	Hidratação adequada
	9. Risco de desidratação	Risco ausente de desidratação
	10. Risco de volume de líquidos aumentado	Volume de líquidos adequado Volume de líquidos equilibrado Volume de líquidos normal
	11. Risco de volume de líquidos diminuído	Volume de líquidos adequado Volume de líquidos equilibrado Volume de líquidos normal
	12. Volume de líquidos aumentado	Volume de líquidos adequado Volume de líquidos equilibrado Volume de líquidos normal
	13. Volume de líquidos diminuído	Volume de líquidos adequado Volume de líquidos equilibrado Volume de líquidos normal
Eliminação	14. Constipação	Eliminação intestinal preservada
	15. Diarreia	Diarreia ausente
	16. Eliminação intestinal prejudicada	Eliminação intestinal preservada
	17. Eliminação intestinal preservada	Eliminação intestinal preservada
	18. Eliminação urinária aumentada	Eliminação urinária adequada Eliminação urinária melhorada Eliminação urinária normal
	19. Eliminação urinária espontânea	Eliminação urinária adequada Eliminação urinária melhorada Eliminação urinária normal
	20. Eliminação urinária reduzida	Eliminação urinária adequada Eliminação urinária melhorada Eliminação urinária normal
	21. Risco de constipação	Risco ausente de constipação
	22. Vômito	Vômito ausente
	23. Estado de sonolência	Sono adequado

Sono e repouso	24. Sono e repouso prejudicados	Sono e repouso preservados
	25. Sono e repouso preservados	Sono e repouso preservados
Atividade física	26. Marcha descoordenada	Deambulação melhorada Deambulação normal
	27. Mobilidade física prejudicada	Mobilidade física adequada Mobilidade física melhorada
	28. Mobilidade no leito prejudicada	Mobilidade no leito adequada Mobilidade no leito melhorada
Segurança física e do meio ambiente	29. Queda	Queda ausente
	30. Risco de aspiração	Risco diminuído de aspiração Risco ausente de aspiração
	31. Risco de infecção	Risco diminuído de infecção Risco ausente de infecção
	32. Risco de lesão	Risco diminuído de lesão Risco ausente de lesão
	33. Risco de queda	Risco diminuído de queda Risco ausente de queda
	34. Risco de trauma	Risco diminuído de trauma Risco ausente de trauma
Integridade física	35. Acesso intravenoso prejudicado	Acesso intravenoso preservado
	36. Acesso intravenoso preservado	Acesso intravenoso preservado
	37. Ferida cirúrgica infectada	Ferida cirúrgica limpa
	38. Ferida cirúrgica limpa	Ferida cirúrgica limpa
	39. Ferida traumática	Cicatrização de ferida eficaz
	40. Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada Integridade da pele eficaz
	41. Risco de integridade da pele prejudicada	Risco diminuído de integridade da pele alterada Risco ausente de integridade da pele alterada
	42. Risco de lesão por pressão	Risco diminuído de lesão por pressão Risco ausente de lesão por pressão
	43. Lesão por pressão (especificar a localização e o estágio)	Lesão por pressão ausente
Regulação vascular	44. Débito cardíaco aumentado	Débito cardíaco eficaz
	45. Débito cardíaco diminuído	Débito cardíaco eficaz
	46. Edema (especificar o grau e a localização)	Edema diminuído Edema ausente
	47. Perfusão tissular ineficaz	Perfusão tissular eficaz
	48. Pressão sanguínea controlada	Pressão sanguínea controlada
	49. Pressão sanguínea diminuída	Pressão sanguínea controlada
	50. Pressão sanguínea elevada	Pressão sanguínea controlada
	51. Risco de perfusão tissular prejudicada	Risco diminuído de perfusão tissular alterada Risco ausente de perfusão tissular alterada
	52. Risco de sangramento	Risco diminuído de sangramento Risco ausente de sangramento
Regulação térmica	53. Sangramento	Sangramento ausente
	54. Risco de temperatura corporal alterada	Risco diminuído de desequilíbrio na temperatura corporal Risco ausente de desequilíbrio na temperatura corporal
	55. Temperatura corporal aumentada (hipertermia)	Temperatura corporal nos limites normais
	56. Temperatura corporal diminuída (hipotermia)	Temperatura corporal nos limites normais

Regulação neurológica	57. Cognição prejudicada	Cognição nos limites normais
	58. Sedado	Sedação eficaz Sedação ausente
Sensopercepção	59. Dor (especificar a intensidade)	Dor ausente Dor reduzida
	60. Dor aguda	Dor aguda diminuída Dor aguda ausente
	61. Dor crônica	Dor crônica ausente Dor crônica diminuída
	62. Nível de consciência diminuído	Nível de consciência adequado Nível de consciência melhorado
	63. Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Orientação melhorada (aumentada)
	64. Percepção sensorial alterada	Percepção sensorial eficaz
	65. Pressão intracraniana aumentada	Pressão intracraniana diminuída
	66. Risco de confusão aguda	Risco diminuído de confusão aguda Risco ausente de confusão aguda
Terapêutica e de prevenção	67. Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde
	68. Aceitação do estado de saúde prejudicada	Aceitação do estado de saúde
Necessidades psicossociais		
Comunicação	69. Comunicação prejudicada	Comunicação preservada
Segurança emocional	70. Negação	Negação ausente

Fonte: A autora (2016).

A Tabela 2 mostra o quantitativo de enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem distribuídos por NHBs.

Tabela 2: Síntese dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, distribuídos pelas respectivas necessidades humanas básicas.

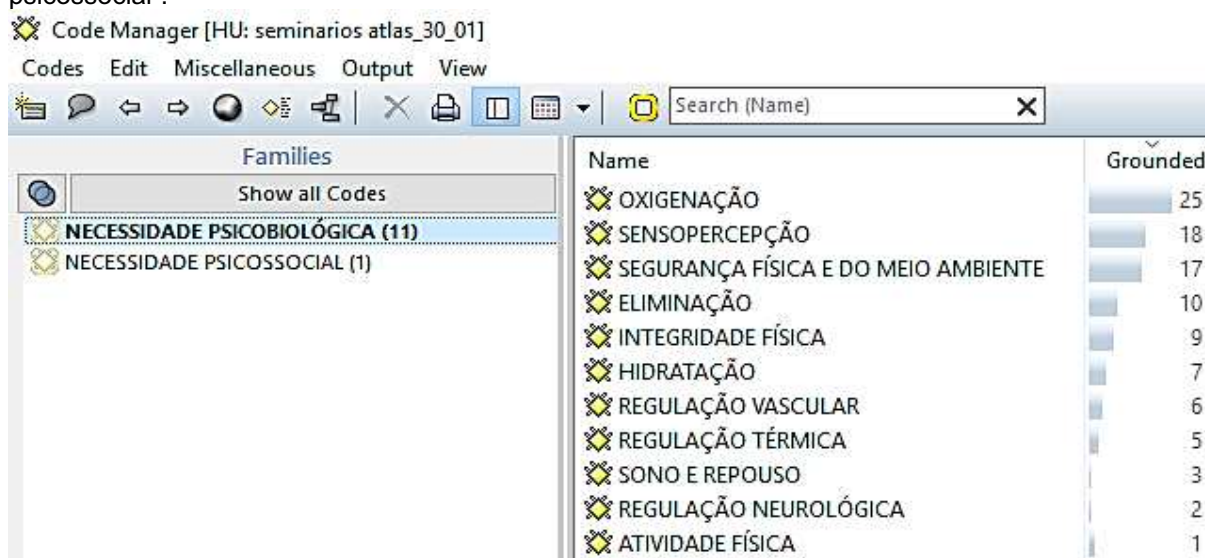
Necessidades humanas básicas	Total de diagnósticos e resultados de enfermagem
Necessidades psicobiológicas	
Oxigenação	17
Hidratação	20
Eliminação	24
Sono e repouso	6
Atividade física	9
Segurança física e do meio ambiente	17
Integridade física	21
Regulação vascular	23
Regulação térmica	7
Regulação neurológica	5
Sensopercepção	21
Terapêutica e de prevenção	4
Necessidade psicossocial	
Comunicação	2
Segurança emocional	2

Fonte: A autora (2016).

5.6 AVALIAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A análise dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídos no *software* ATLAS.ti resultou em 11 códigos da família “necessidade psicobiológica” e um código da família “necessidade psicossocial” (Figura 10).

Figura 10 – Códigos gerados para as famílias “necessidade psicobiológica” e “necessidade psicossocial”.



Fonte: A autora (2016).

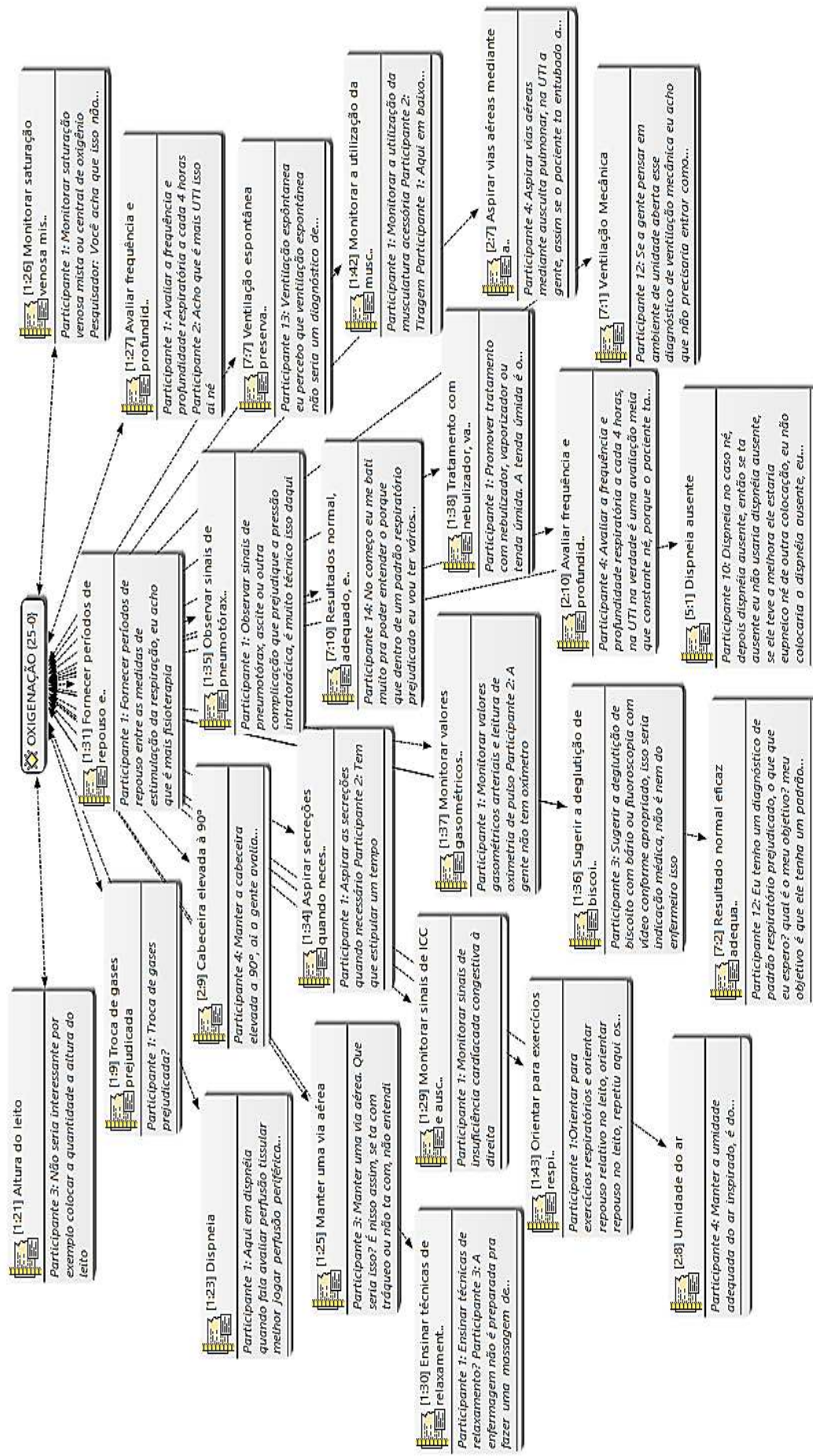
A família “necessidade psicobiológica” trouxe como principal código a necessidade de oxigenação, que apareceu em 25 citações dos participantes (21 dos enfermeiros e quatro dos professores).

Entre as questões levantadas pelos enfermeiros para essa necessidade, estão alguns diagnósticos de enfermagem não reconhecidos pelos participantes, como troca de gases prejudicada, ventilação mecânica, ventilação espontânea preservada e dispneia ausente. Os resultados de enfermagem cujo julgamento era normal, adequado, eficaz ou equilibrado foram considerados iguais.

Em relação às intervenções de enfermagem, algumas foram elencadas como incompletas, a saber: manter a cabeceira da cama elevada (sugestão: estipular um grau); aspirar secreções quando necessário (sugestão: estipular um horário); e manter a umidade do ar inspirado (sugestão: acrescentar que tipo de ar). Ainda, outras foram consideradas não aplicáveis à realidade: ensinar técnicas de

relaxamento; manter uma via aérea; monitorar sinais de insuficiência cardíaca à direita; manter a cabeceira do leito elevada a 90°; monitorar a saturação venosa mista ou central de oxigênio; avaliar a frequência e profundidade respiratória a cada quatro horas; fornecer repouso entre as medidas de estimulação da respiração; observar sinais de pneumotórax, ascite ou outra complicação que prejudique a pressão intratorácica; e monitorar valores gasométricos arteriais e leitura de oximetria de pulso. A Figura 11 mostra a rede (*network*) dessa codificação.

Figura 11 – Rede da necessidade de oxigenação.



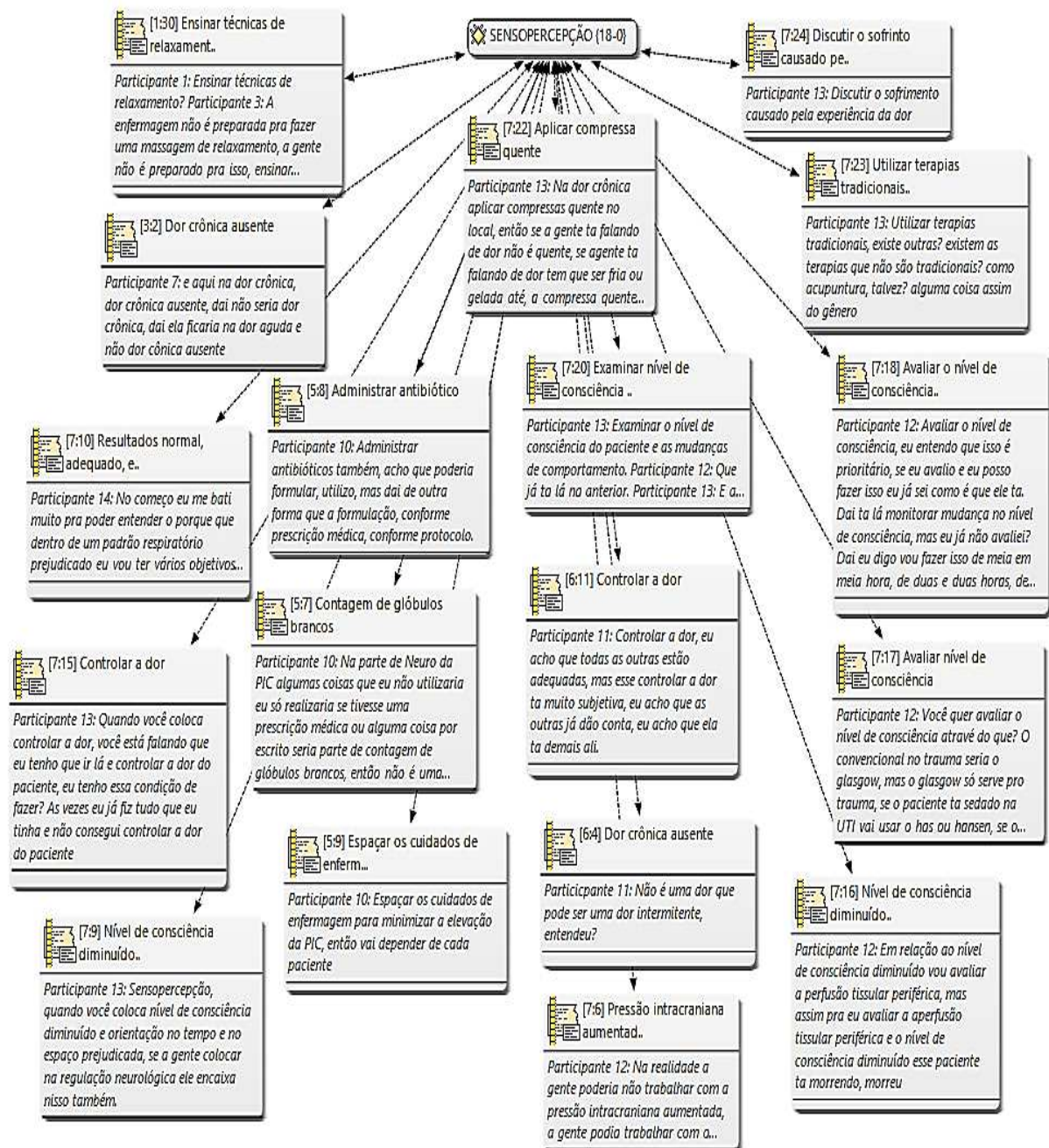
Fonte: A autora (2016).

O segundo código mais prevalente foi necessidade de sensopercepção, presente em 18 citações (cinco dos enfermeiros e 13 dos professores).

Entre as questões levantadas a respeito desse código, estão os diagnósticos e resultados de enfermagem: dor crônica ausente (considerado inexistente); pressão intracraniana aumentada (sugerida modificação para capacidade adaptativa intracraniana diminuída); nível de consciência diminuído e orientação no tempo e no espaço prejudicada (considerados iguais). Os resultados cujo julgamento era normal, eficaz, equilibrado ou adequado também foram considerados iguais.

Quanto às intervenções de enfermagem, algumas foram consideradas não aplicáveis, a saber: ensinar técnicas de relaxamento; espaçar os cuidados de enfermagem para minimizar a elevação da pressão intracraniana; controlar a dor; discutir o sofrimento causado pela experiência da dor; aplicar compressa quente no local; e utilizar terapias tradicionais. Ademais, duas foram julgadas repetitivas: examinar nível de consciência e monitorar mudança no nível de consciência; enquanto outras duas foram consideradas incompletas, necessitando acrescentar “sob prescrição médica ou protocolo”: administrar antibióticos e monitorar a contagem de glóbulos brancos. A Figura 12 mostra a rede desse código.

Figura 12 – Rede da necessidade de sensopercepção.



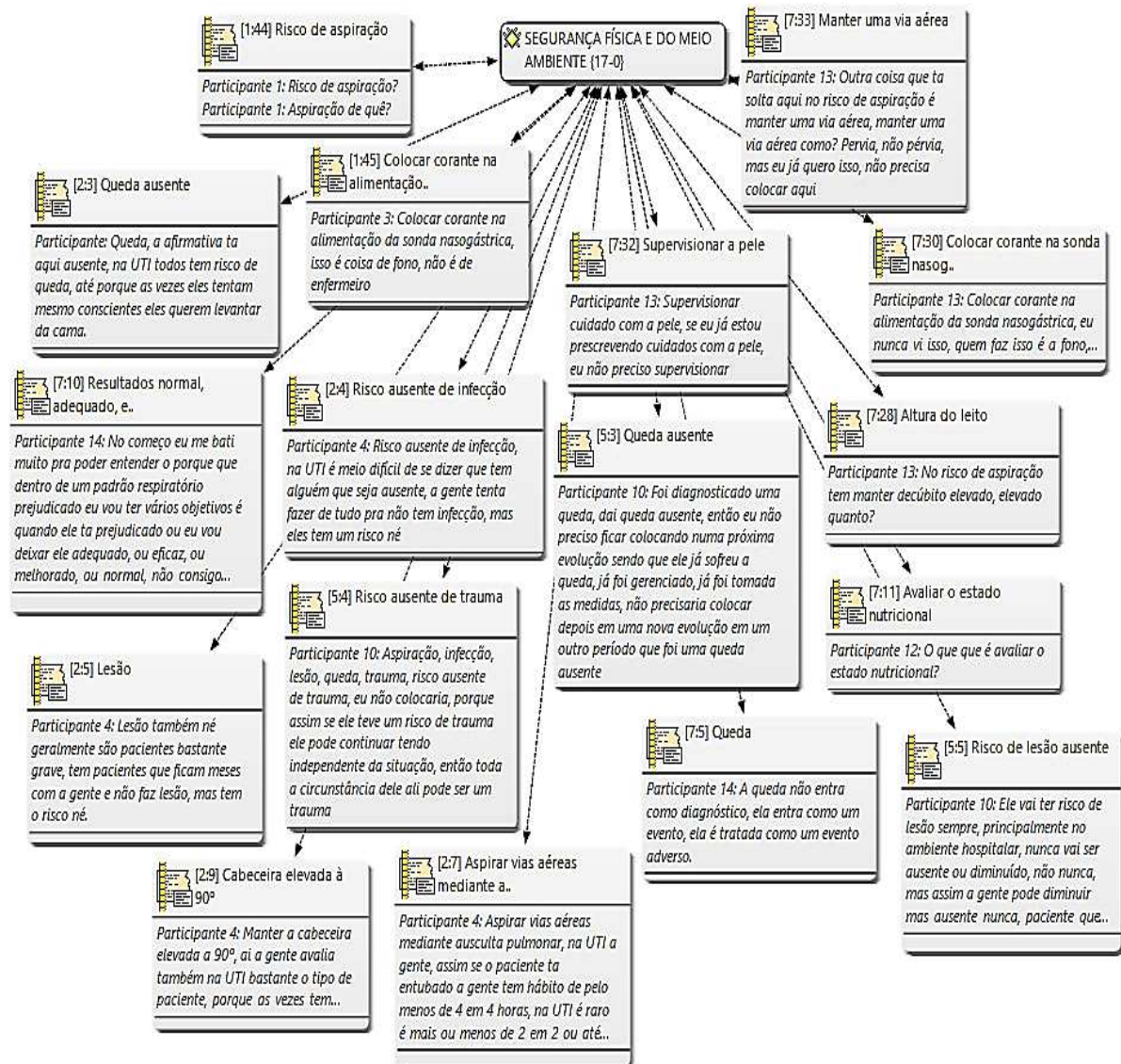
Fonte: A autora (2016).

O terceiro código mais citado foi a necessidade de segurança física e do meio ambiente, com 17 citações (cinco dos enfermeiros e 13 dos professores).

Entre os diagnósticos e resultados de enfermagem questionados como inexistentes, estão: risco de aspiração; queda ausente; risco ausente de lesão; risco ausente de queda; e risco ausente de infecção. Como nos códigos anteriores, os resultados de julgamento normal, eficaz, adequado ou equilibrado foram considerados iguais.

Considerando as intervenções de enfermagem, foram julgadas não aplicáveis: colocar corante na alimentação da sonda nasogástrica; aspirar vias aéreas mediante ausculta pulmonar; manter a cabeceira da cama elevada a 90°; e manter uma via aérea pérvia. Entre as incompletas, estão: avaliar o estado nutricional e manter decúbito elevado. Na Figura 13, apresenta-se a rede dessa necessidade.

Figura 13 – Rede da necessidade de segurança física e do meio ambiente.



Fonte: A autora (2016).

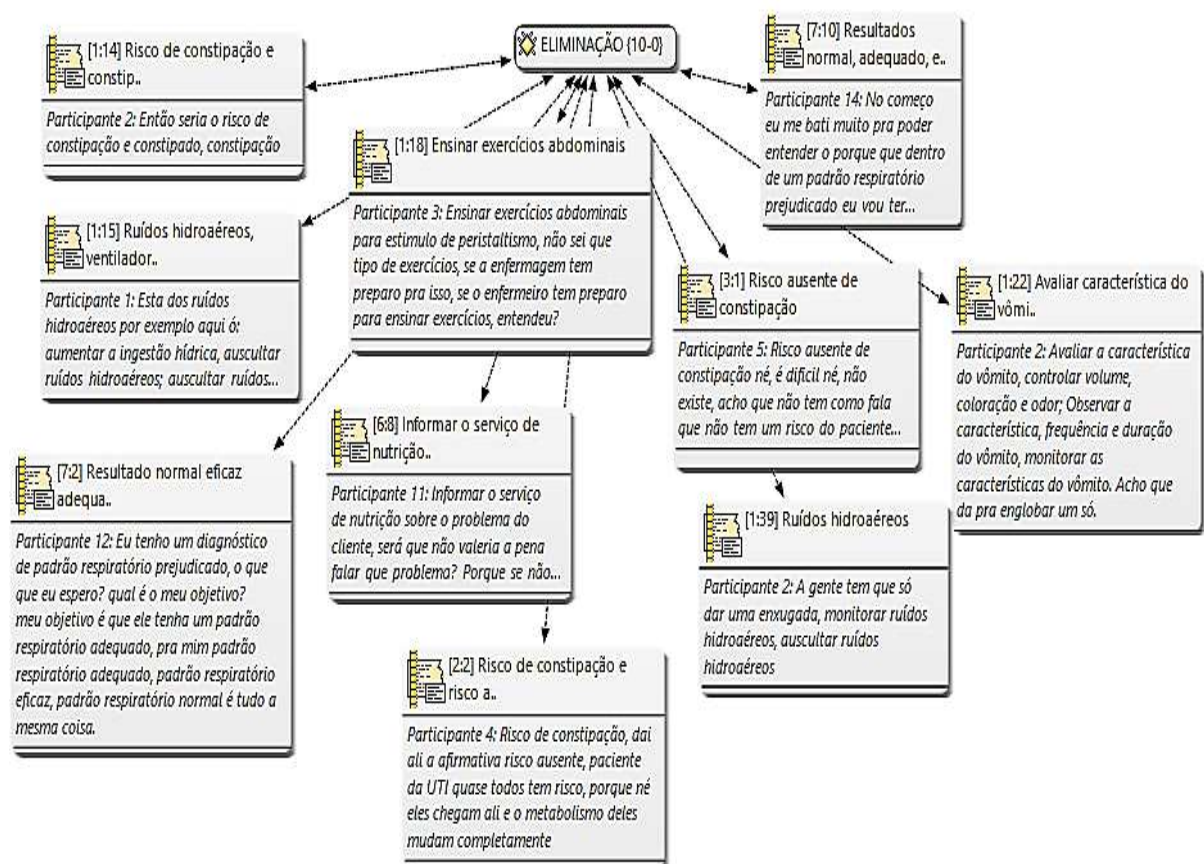
O quarto código mais citado foi a necessidade de eliminação, com quantitativo de dez citações (sete dos enfermeiros e três dos professores).

Entre os diagnósticos de enfermagem relatados como iguais, estão: risco de constipação e constipação. Também foram considerados iguais os resultados com

juízo normal, eficaz, adequado ou equilibrado, assim como risco ausente de constipação.

As intervenções de enfermagem tidas como repetitivas foram: auscultar ruídos hidroaéreos; monitorar ruídos hidroaéreos; avaliar a característica do vômito; e observar característica, frequência e duração do vômito. Uma intervenção foi considerada não aplicável: ensinar exercícios abdominais para estímulo do peristaltismo. Na Figura 14, consta a rede dessa necessidade.

Figura 14 – Rede da necessidade de eliminação.

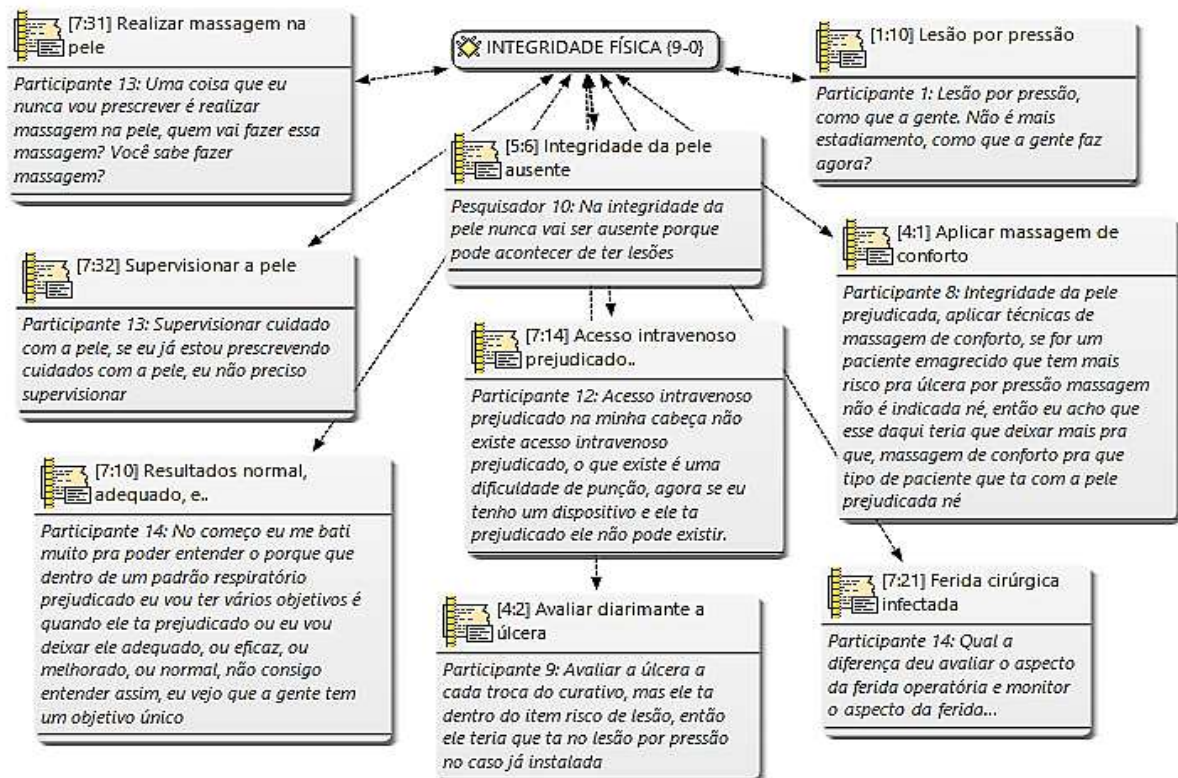


Fonte: A autora (2016).

O quinto código mais prevalente foi a necessidade de integridade física, com nove citações (quatro dos enfermeiros e cinco dos professores).

Três dos diagnósticos de enfermagem foram considerados inexistentes: acesso intravenoso prejudicado; lesão por pressão; e risco ausente de integridade da pele alterada. Entre as intervenções não aplicáveis, estão: realizar massagem na pele; supervisionar a pele; e aplicar massagem de conforto. A Figura 15 apresenta a rede dessa necessidade.

Figura 15 – Rede da necessidade de integridade física.

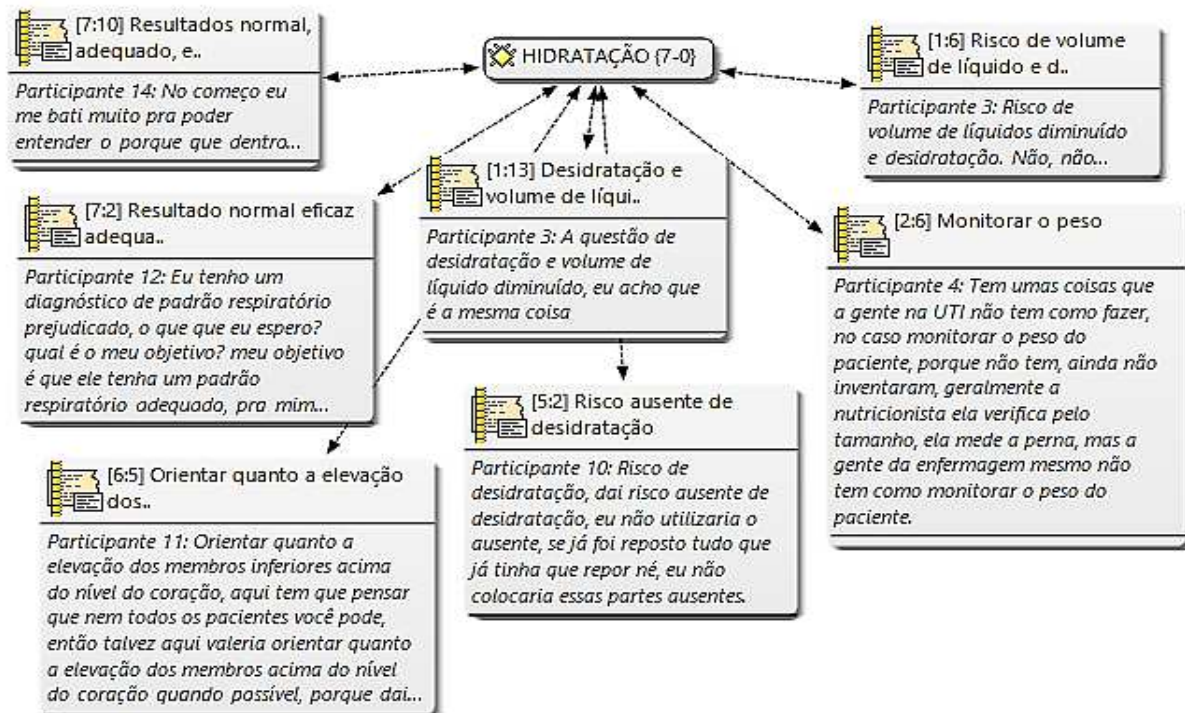


Fonte: A autora (2016).

O sexto código foi a necessidade de hidratação, com sete citações (quatro dos enfermeiros e três dos professores).

Entre os diagnósticos de enfermagem considerados iguais, estão: risco de volume de líquidos diminuído e desidratação; e volume de líquidos diminuído e desidratação. Em relação aos resultados, os de julgamento normal, eficaz, adequado ou equilibrado foram considerados iguais, enquanto risco ausente de desidratação foi considerado inexistente. Já sobre a intervenção “orientar quanto à elevação dos membros inferiores acima do nível do coração”, relatou-se que nem sempre é possível sua realização, pois depender de cada paciente. A Figura 16 expõe a rede do código.

Figura 16 – Rede da necessidade de hidratação.

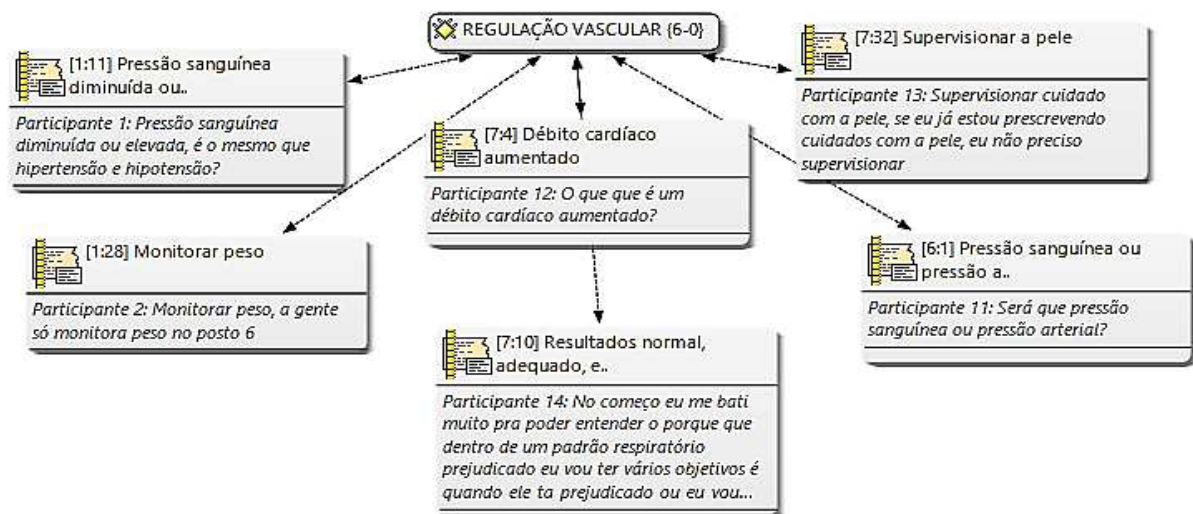


Fonte: A autora (2016).

A necessidade de regulação vascular obteve um quantitativo de seis citações (duas dos enfermeiros e quatro dos professores).

Entre os questionamentos quanto a esse código, o diagnóstico “débito cardíaco aumentado” foi abordado por um dos professores quanto à sua real existência. Ainda, indagou-se se pressão sanguínea aumentada e pressão sanguínea diminuída não teriam o mesmo significado de hipotensão e hipertensão e se poderiam modificar o termo de pressão sanguínea para pressão arterial. Já a intervenção “monitorar peso” foi relatada por um dos profissionais como não sendo possível de ser realizada por falta de balança nos setores. A Figura 17 apresenta a rede da necessidade.

Figura 17 – Rede da necessidade de regulação vascular.

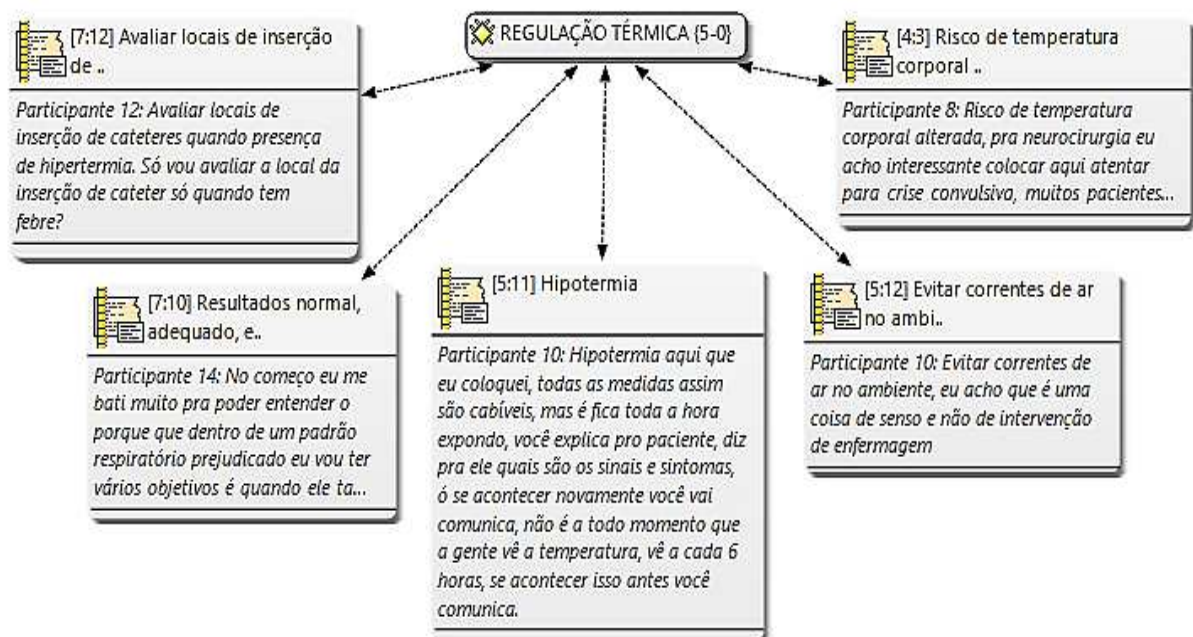


Fonte: A autora (2016).

O código “regulação térmica” obteve um quantitativo de cinco citações (três dos enfermeiros e duas dos professores).

A intervenção de enfermagem “evitar correntes de ar no ambiente” foi relatada não como uma intervenção, mas como uma questão de bom senso. Ainda, foi sugerido acrescentar a intervenção “atentar para crise convulsiva” no diagnóstico “risco de temperatura corporal alterada”. A Figura 18 demonstra a rede desse código.

Figura 18 – Rede da necessidade de regulação térmica.



Fonte: A autora (2016).

Por sua vez, a necessidade de sono e repouso obteve um quantitativo de três citações, sendo duas dos enfermeiros e uma, dos professores. As dúvidas levantadas relacionaram-se às intervenções: ensinar técnicas de relaxamento e proporcionar ambiente calmo e adequado, consideradas impossíveis de ser realizadas.

A necessidade de regulação neurológica foi citada duas vezes pelos professores. Primeiramente, referiu-se que os resultados de enfermagem com julgamento normal, adequado, eficaz ou equilibrado eram iguais; além disso, sugeriu-se que o termo “como convier”, na intervenção “garantir a disponibilidade de antagonista e administrá-los como convier”, deveria ser modificado para “de acordo com ordens médicas ou protocolo”.

Já a necessidade de atividade física obteve uma citação, feita por um dos professores, relatando que a intervenção “prevenir úlceras por pressão” deve ser melhor detalhada.

Por fim, na segunda família (necessidade psicossocial), segurança emocional obteve um quantitativo de uma citação, também feita por um dos professores, que relatou que os resultados com julgamento adequado, normal, eficaz ou equilibrado eram iguais.

Na Tabela 3, apresenta-se um resumo do quantitativo de citações das necessidades abordadas.

Tabela 3 – Quantitativo das citações.

Necessidade	Enfermeiros	Professores	Total
Atividade física	0	1	1
Eliminação	7	3	10
Hidratação	4	3	7
Integridade física	4	5	9
Oxigenação	21	4	25
Regulação neurológica	0	2	2
Regulação térmica	3	2	5
Regulação vascular	2	4	6
Segurança emocional	0	1	1
Segurança física e do meio ambiente	10	7	17
Sensopercepção	5	13	18
Sono e repouso	2	1	3
Total	58	46	104

Fonte: A autora (2016).

O Quadro 17 traz os enunciados já modificados para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia, totalizando 142 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem com 936 intervenções.

Quadro 17 – Enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia.

Diagnósticos de enfermagem	Resultado de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Necessidades psicobiológicas		
Oxigenação		
Dispneia	Eupneia	Acompanhar nível de tolerância a esforços
		Aspirar às vias aéreas a cada duas horas ou conforme necessário
		Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios
		Avaliar a perfusão tissular
		Avaliar condição hemodinâmica (saturação, frequência cardíaca e respiratória e nível de consciência, com uso de escala apropriada)
		Higienizar cânula de traqueostomia, caso seja necessário
		Instituir medidas de redução no nível de ansiedade
		Manter decúbito do leito na posição de Fowler
		Monitorar a administração de oxigênio, se necessário
		Monitorar os sinais de agitação
		Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal
		Orientar movimentos de acordo com a tolerância do paciente
		Orientar o repouso no leito
		Realizar terapia respiratória não invasiva prescrita
		Verificar sinais de cianose
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Limpeza das vias aéreas eficaz	Aspirar às vias aéreas a cada duas horas ou conforme necessário
		Ensinar técnicas de posicionamento para evitar o risco de broncoaspiração
		Manter a umidade adequada do ar inspirado
		Manter hidratação oral
		Manter posição adequada do paciente no leito
		Monitorar frequência e o ritmo respiratório
		Observar perfusão periférica
		Orientar sobre o manejo das vias aéreas
		Proporcionar terapia suplementar de oxigênio conforme prescrição e necessidade
		Trocar o filtro do ventilador mecânico quando sujo por secreção ou conforme protocolo do serviço
		Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso

Padrão respiratório prejudicado	Padrão respiratório adequado	Auscultar os sons respiratórios
	Padrão respiratório melhorado	Auxiliar na realização da ventilação não invasiva
		Identificar fatores que desencadeiam o aumento da frequência respiratória
		Orientar quanto à limpeza das vias aéreas
		Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 graus
		Monitorar a administração de oxigenoterapia, conforme prescrito
		Monitorar o estado respiratório quanto à frequência, ritmo, profundidade e ao esforço
		Estimular técnicas corretas de inspiração/expiração
		Verificar sinais vitais
		Aspirar as vias aéreas a cada duas horas ou conforme necessário
		Avaliar os reflexos para a respiração adequada (tosse, vômito, deglutição)
		Avaliar perfusão periférica
		Estimular a ingestão de líquidos
		Proporcionar uma posição confortável
		Conscientizar o paciente sobre a necessidade e a importância da ventilação mecânica não invasiva
		Manter repouso no leito
Troca de gases prejudicada	Troca de gases eficaz	Aspirar as vias aéreas a cada duas horas ou conforme necessário
		Auxiliar na punção arterial para exames diagnósticos
		Manter elevação da cabeceira do leito a 90°
		Monitorar o nível de consciência, pressão arterial, pulso, temperatura e padrão respiratório
		Proporcionar tranquilidade durante períodos de dificuldade respiratória
		Proporcionar apoio emocional
		Proporcionar terapia suplementar de oxigênio, conforme necessário
		Supervisionar estado de acidose láctica e comunicar a equipe
Ventilação espontânea prejudicada	Ventilação espontânea preservada	Avaliar a necessidade de oxigenoterapia
		Avaliar alterações no nível de consciência
		Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45 graus
		Aspirar as vias aéreas a cada duas horas ou conforme necessário
		Monitorar a administração de oxigênio
		Monitorar a coloração da pele e a perfusão periférica
Ventilação espontânea preservada	Ventilação espontânea preservada	Monitorar o padrão respiratório
		Monitorar o padrão respiratório

Hidratação		
Desidratação	Hidratação adequada	Avaliar nível de consciência com uso de escala apropriada
		Avaliar quanto à desidratação (sede, ressecamento de mucosas, perda do turgor cutâneo, pulsos periféricos reduzidos)
		Controlar o débito urinário continuamente
		Controlar rigorosamente o gotejamento da hidratação venosa
		Incentivar a ingestão de líquidos, caso não haja restrição
		Manter acesso venoso pérvio
		Monitorar a ingestão da dieta
		Monitorar o balanço hídrico e os níveis séricos de eletrólitos
		Observar aceitação da terapia de reidratação oral
		Verificar os sinais vitais
Risco de desidratação	Volume de líquidos eficaz	Avaliar prega cutânea
		Calcular o balanço hídrico a cada duas horas
		Detectar a ocorrência de vômitos e fezes líquidas
		Encorajar ingestão de líquidos, conforme tolerado
		Monitorar a ingestão da dieta
		Monitorar o débito urinário, descrevendo a diurese quanto a volume, coloração e horários
		Monitorar a quantidade de líquidos ingeridos
		Monitorar os sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, membranas mucosas secas)
		Oferecer alimentos ricos em líquidos e sódio
		Providenciar hidratação venosa
		Providenciar umidificação de boca e lábios
		Verificar os sinais vitais
Risco de volume de líquidos aumentado	Volume de líquidos eficaz	Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite)
		Desestimular consumo de sódio
		Medir a circunferência abdominal diariamente em jejum
		Monitorar a eliminação urinária
		Monitorar as infusões venosas
		Monitorar os sinais vitais
		Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos)
		Realizar o balanço hídrico e eletrolítico
		Restringir líquidos
		Verificar o turgor da pele
Risco de volume de líquidos diminuído	Volume de líquidos eficaz	Encorajar o aumento da ingestão hídrica
		Identificar os fatores de risco
		Monitorar os efeitos do uso de diuréticos
		Realizar o balanço hídrico e eletrolítico
Volume de líquidos aumentado	Volume de líquidos eficaz	Auscultar os sons pulmonares na busca por ruídos adventícios
		Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite)
		Avaliar resposta à infusão de líquido
		Controlar entrada e saída de líquido
		Desencorajar o uso de sal

		Elevar membros inferiores, quando necessário
		Instruir o paciente quanto à ingestão de líquidos
		Manter a cabeceira elevada a 30 graus ou mais
		Medir a circunferência abdominal diariamente
		Monitorar o débito urinário, edema periférico, distensão da veia jugular, sons cardíacos e níveis de eletrólitos
		Monitorar o ritmo cardíaco e a frequência respiratória
		Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos)
		Monitorar os sinais vitais
		Observar os sinais de edema
		Orientar quanto à elevação dos membros inferiores acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca)
		Proporcionar mudança de decúbito
		Realizar balanço hídrico e eletrolítico
		Registrar ingestão e eliminação de líquidos
		Restringir ingestão de líquidos
		Supervisionar quanto à dieta
		Verificar o turgor da pele
		Verificar a pressão venosa central (PVC) a cada seis horas ou quando necessário
Eliminação		
Constipação	Eliminação intestinal preservada	Auscultar ruídos hidroaéreos
		Avaliar o acesso ao banheiro, bem como sua privacidade
		Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais
		Detectar sinais de fecaloma
		Encorajar o consumo de alimentos ricos em fibras
		Ensinar a importância de responder ao impulso para defecar, por ocasião da alta hospitalar
		Estimular a deambulação
		Estimular a ingestão de líquidos, caso não seja contraindicado
		Identificar os fatores causadores ou contribuintes para a constipação
		Informar o paciente sobre procedimentos de remoção manual de fezes, se necessário
		Informar serviço de nutrição sobre a constipação do paciente
		Investigar se existem fatores causadores, que contribuem para a constipação
		Manter o controle de líquidos
		Monitorar a ingestão da dieta
		Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor
		Monitorar os exames laboratoriais (eletrólitos)
		Monitorar os sinais e sintomas de constipação
Orientar o paciente a estabelecer horário para a eliminação intestinal		

		Proporcionar a movimentação ativa e/ou passiva no leito Realizar irrigação intestinal, quando necessário
Diarreia	Eliminação intestinal preservada	Auscultar ruídos hidroaéreos
		Avaliar a aceitação de dieta constipante
		Avaliar o turgor da pele
		Desencorajar o consumo de produtos lácteos
		Encorajar o aumento da ingestão hídrica
		Identificar os fatores causadores ou contribuintes para a diarreia
		Lavar a região anal após cada episódio de diarreia
		Monitorar a administração da terapia de reidratação, caso prescrito
		Monitorar a ingestão da dieta
		Monitorar a pele perianal para detectar irritações e úlceras
		Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor
		Monitorar os sinais vitais
		Observar os sinais de desidratação
		Oferecer líquidos ricos em potássio
		Oferecer pequenas quantidades de alimentos ricos em potássio
		Orientar o não consumo de alimentos ricos em fibras enquanto estiver com diarreia
		Orientar quanto ao preparo para a realização de exames
		Promover um ambiente que deixe o paciente à vontade durante a eliminação
Eliminação intestinal prejudicada	Eliminação intestinal preservada	Aumentar a ingestão hídrica
		Auscultar ruídos hidroaéreos
		Encorajar o consumo de alimentos ricos em fibras
		Encorajar quanto à ingestão de líquido diariamente
		Estimular a deambulação
		Informar serviço de nutrição sobre a diarreia do paciente
		Monitorar as eliminações intestinais quanto à coloração (acolia fecal), consistência, formato, volume e odor
		Orientar o paciente e a família sobre a importância da dieta constipante e rica em fibras
		Proporcionar conforto e segurança
		Proporcionar privacidade para o uso do sanitário
Eliminação intestinal preservada	Eliminação intestinal preservada	Verificar o uso de medicações ou consumo de alimento que modificam a coloração das fezes
		Estimular a eliminação intestinal através de exercícios
		Monitorar a ingestão da dieta
		Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor
		Monitorar os ruídos hidroaéreos

Eliminação urinária aumentada	Eliminação urinária adequada	Avaliar a presença de edema no corpo diariamente
	Eliminação urinária melhorada	Colocar um papagaio ou aparadeira ao alcance do paciente
		Desencorajar a ingestão de líquidos após as 19 horas
		Documentar a coloração e as características da urina, a ingestão e a eliminação
		Fazer controle rigoroso de infusões venosas
		Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade de eliminação urinária
		Manter a higiene íntima
		Monitorar a eliminação urinária quanto à coloração (colúria), frequência e débito urinário
		Monitorar sinais e sintomas de infecção urinária
		Observar quanto aos sinais e sintomas de bexiga cheia, inquietação, desconforto abdominal, sudorese e calafrios
		Observar sinais de infecção
		Orientar quanto à ingestão hídrica
		Orientar quanto ao preparo para a realização de exames
		Promover a integridade da pele
		Realizar balanço hídrico
		Realizar cateterismo vesical de alívio ou de demora, conforme necessidade
		Reduzir as barreiras ambientais
		Relatar quaisquer mudanças quanto às características da urina, ingestão e excreção
		Verificar o uso de medicamentos que comprometem e aumentam a eliminação urinária
Eliminação urinária espontânea	Eliminação urinária espontânea	Monitorar a coloração, frequência e volume urinário
		Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária, por ocasião da alta hospitalar
		Reforçar a orientação sobre ingestão hídrica
Eliminação urinária reduzida	Eliminação urinária adequada	Averiguar quanto ao uso de medicamentos que comprometam a eliminação urinária
	Eliminação urinária melhorada	Estimular a eliminação urinária
		Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor
		Observar os sinais de infecção
		Orientar quanto à ingestão hídrica
		Orientar quanto ao preparo para a realização de exames
		Realizar balanço hídrico
		Realizar cateterismo vesical de alívio ou de demora, conforme necessidade
		Utilizar técnicas não farmacológicas para estimular eliminação urinária
Risco de Constipação	Eliminação intestinal preservada	Auscultar ruídos hidroaéreos
		Avaliar o padrão intestinal

		Ensinar os exercícios abdominais para estímulo do peristaltismo
		Estimular a deambulação
		Estimular a prática de atividades físicas dentro dos limites de tolerância do paciente
		Identificar os fatores que possam contribuir para favorecer a defecação
		Incentivar uma maior ingestão hídrica e de alimentos com fibras
		Investigar se existem fatores causadores que contribuem para a constipação
		Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor
		Promover a ingestão diária adequada de líquidos
		Registrar a ingestão e a excreção precisamente
Vômito	Vômito diminuído	Aspirar as secreções para desobstrução da sonda nasogástrica
		Controlar os fatores ambientais capazes de estimular o vômito
		Encorajar o repouso
		Estimular as técnicas de respiração profunda
		Higienizar a cavidade oral após o vômito
		Manter a hidratação venosa, com controle de gotejamento
		Monitorar a frequência dos vômitos, além de quantidade, consistência cor e odor
		Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos
		Monitorar exames laboratoriais (eletrólitos)
		Observar a pele e mucosa, quanto a sinais de desidratação
		Observar os sinais de aspiração
		Oferecer a cuba para vômito
		Orientar a higiene oral adequada
		Orientar quanto à movimentação lenta, para que possam ser evitadas as náuseas
		Posicionar a cabeça do paciente lateralmente
		Posicionar o paciente em semifowler para prevenir aspiração
Proporcionar ambiente limpo e confortável após episódio de vômitos		
		Realizar a higiene corporal
Sono e repouso		
Estado de sonolência	Sono eficaz	Avaliar nível de sonolência
		Monitorar risco de depressão respiratória
		Proporcionar sono e repouso ao paciente
Sono e repouso prejudicados	Sono e repouso preservados	Discutir com o paciente e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida
		Encorajar uma rotina durante a noite facilitando a transição do estado de alerta ao estado de sono
		Estimular o repouso satisfatório
		Evitar a utilização de alimentos e medicamentos que possam influenciar o sono

		Explicar a importância do sono e do repouso
		Explicar ao paciente a rotina hospitalar
		Facilitar a expressão das preocupações do paciente relativo à insônia
		Identificar as causas do problema e reduzi-las ou saná-las
		Incentivar para realização de atividades recreativas e de lazer durante o dia, para conseguir relaxar no período noturno
		Limitar o tempo de sono durante o dia, se excessivo
		Manter um horário regular para dormir e acordar
		Monitorar e registrar efeitos adversos e eficácia de medicação prescrita para auxílio do repouso
		Monitorar o padrão do sono e a quantidade de horas dormidas
		Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto), que dificultem o sono
		Organizar os procedimentos para promover o menor número de perturbações durante o período de sono
		Orientar o posicionamento adequado do paciente
		Orientar quanto à prática de atividades durante o dia
		Orientar quanto aos alimentos que possam influenciar o sono
		Permitir rituais habituais para induzir o sono
		Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente
		Promover medidas que proporcionem sono e repouso
		Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura
		Sugerir meios de indução do sono
Sono e repouso preservados	Sono e repouso preservados	Diminuir os estímulos externos
		Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado
		Incentivar a realização de atividades recreativas e de lazer durante o dia, para alcançar o relaxamento no período noturno
		Manter um ambiente calmo e seguro durante a hora do repouso e do sono
		Monitorar o padrão de sono e do repouso
		Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde
		Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente
		Promover medidas que proporcionam sono e repouso

		Reforçar com o paciente e a família as medidas de conforto que proporcionam um repouso e sono tranquilos
Atividade física		
Marcha descoordenada	Deambulação melhorada	Manter um ambiente seguro e livre de obstáculos que causem acidente
		Registrar o nível de habilidade para deambular
Mobilidade física prejudicada	Mobilidade física adequada	Ajudar na deambulação, quando necessário
	Mobilidade física melhorada	Auxiliar na mobilidade no leito
		Auxiliar no banho
		Avaliar as limitações atuais/gravidade do déficit, considerando as atividades diárias do paciente
		Avaliar a integridade da pele uma vez ao dia
		Avaliar o progresso do paciente na deambulação
		Colocar os objetos de uso do paciente ao seu alcance
		Elevar as grades da cama
		Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, quando adequado
		Ensinar as precauções de segurança ao indivíduo
		Estimular a deambulação dentro de limites seguros
		Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor
		Evitar massagear as áreas eritematosas
		Explicar ao paciente que será feita a mudança de decúbito
		Incentivar a mudança de decúbito a cada duas horas ao paciente restrito no leito
		Investigar complicações devido à mobilidade prejudicada
		Investigar fatores que dificultam a mobilidade
		Monitorar a eliminação intestinal
		Monitorar a função urinária
		Orientar quanto à importância da deambulação
		Orientar quanto à realização de mobilidade mesmo que seja de maneira passiva
		Posicionar o paciente confortavelmente
		Prevenir lesão por pressão com uso de coxins
		Proteger as proeminências ósseas com filme transparente adesivo não estéril
		Verificar a capacidade do paciente de ficar de pé e movimentar-se e o nível de ajuda necessário para a utilização de equipamentos
Mobilidade no leito prejudicada	Mobilidade no leito adequada	Ajudar nas atividades de mobilidade
	Mobilidade no leito melhorada	Dar banho no leito
		Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente

		Explicar ao paciente que será feita a mudança de decúbito Incentivar a mudança de decúbito a cada duas horas ao paciente restrito no leito Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade Observar o aparecimento de edema e hiperemia nas proeminências ósseas Oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins, quando necessário
Segurança física e do meio ambiente		
Risco de Aspiração	Risco diminuído de aspiração	Manter o decúbito elevado de 30 a 45 graus Monitorar o nível de consciência , o reflexo da tosse, reflexo do vômito e capacidade de deglutir Monitorar a condição pulmonar Manter inflado o balonete traqueal Manter disponível o aparelho de aspiração Alimentar o paciente em pequenas quantidades Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica e da gastrostomia antes de alimentar o paciente Verificar o resíduo da sonda nasogástrica ou da gastrostomia antes de alimentar o paciente Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual Evitar líquidos ou uso de agente espessante Oferecer alimentos ou líquidos que possam formar conteúdo semiespesso antes de engolir Cortar os alimentos em pedaços pequenos Solicitar medicação sob a forma de elixir Fragmentar ou esmagar os comprimidos antes da administração Sugerir consulta com fonoaudiólogo, conforme apropriado
Risco de infecção	Risco diminuído de infecção	Aspirar tubo endotraqueal/traqueostomia com técnica asséptica Avaliar a susceptibilidade para infecção Avaliar cicatrização da ferida Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia Avaliar o estado nutricional Avaliar os cuidados com a higiene Controlar os líquidos e eletrólitos Inspecionar os pontos da ferida cirúrgica Instruir os visitantes e funcionários para lavarem as mãos antes de se aproximar do paciente Instruir sobre os cuidados necessários com o local de descontinuidade na pele, para evitar infecção Investigar fatores predisponentes para o aumento do risco de infecção Isolar o paciente quanto ao agente etiológico Limitar as visitas, quando apropriado

		Monitorar os exames laboratoriais
		Monitorar os sinais e sintomas de infecção
		Monitorar os sinais vitais
		Monitorar portas de entrada para infecção (sítio cirúrgico, acesso intravenoso, lesões cutâneas)
		Orientar o paciente e seus familiares quanto à transmissão de infecções endógenas e exógenas
		Orientar os familiares sobre a importância de usar a máscara e lavar as mãos antes e após contato com o paciente
		Realizar curativo oclusivo diário no cateter venoso central com clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%
		Realizar curativo sempre que necessário
		Restringir os procedimentos invasivos, quando possível
		Trocar acesso venoso periférico conforme protocolo
		Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo
Risco de lesão	Risco diminuído de lesão	Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior
		Identificar perigos à segurança no ambiente (físicos, biológicos e químicos)
		Providenciar dispositivos de adaptação (escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente
		Usar dispositivos protetores (contenção, laterais de cama, tranca em portas, cercas e portões) para limitar, fisicamente, a mobilidade ou o acesso a situações prejudiciais
		Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança
		Auxiliar o paciente em sua mudança para o ambiente mais seguro (encaminhamento a assistência para conseguir moradia)
Risco de queda	Risco diminuído de queda	Demonstrar medidas de prevenção de queda
		Elevar grades do leito
		Ensinar medidas de segurança
Risco de trauma	Risco diminuído de trauma	Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior
		Identificar perigos à segurança no ambiente (físicos, biológicos e químicos)
		Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos
		Providenciar dispositivos de adaptação (escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente
		Usar dispositivos protetores (contenção, laterais de cama, tranca em portas, cercas e portões) para limitar, fisicamente, a mobilidade ou o acesso a situações prejudiciais

		Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança
		Auxiliar o paciente em sua mudança para o ambiente mais seguro (encaminhamento à assistência para conseguir moradia)
Integridade física		
Acesso intravenoso prejudicado	Acesso intravenoso preservado	Identificar os padrões anormais do acesso intravenoso (hematoma, flebite, tromboflebite, esclerose, isquemia, gangrena)
		Manter o curativo oclusivo
		Monitorar sinais e sintomas de infecção
		Retirar o acesso intravenoso, caso necessário
		Implementar técnica asséptica para manuseio do acesso intravenoso
Acesso intravenoso preservado	Acesso intravenoso preservado	Manter o curativo oclusivo
		Monitorar sinais e sintomas de complicações
		Monitorar sinais e sintomas de infecção
Ferida cirúrgica infectada	Ferida cirúrgica limpa	Avaliar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida
		Avaliar os hábitos de higiene pessoal
		Cobrir a ferida cirúrgica com cobertura estéril, conforme características do exsudato, quando necessário
		Encorajar a ingestão adequada de nutrientes e líquidos
		Ensinar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica
		Estimular a ingestão de nutrientes
		Lavar o local da incisão com água e sabão, mantendo a região bem seca
		Limpar o local da ferida com solução antisséptica, quando necessário
		Manter a higiene corporal
		Medir o débito de drenos
		Monitorar a temperatura axilar a cada duas horas
		Monitorar o sangramento da incisão cirúrgica
		Monitorar sinais e sintomas de infecção
		Monitorar sinais vitais, principalmente a temperatura
		Observar as condições de sutura da pele
		Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção
		Orientar quanto à importância da higiene corporal e íntima
		Orientar repouso no leito
		Proteger a pele, para evitar rompimento
		Realizar curativo sempre que necessário
Ferida cirúrgica limpa	Ferida cirúrgica limpa	Registrar no prontuário do paciente os aspectos da lesão
		Avaliar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida
		Avaliar o local da ferida cirúrgica

		Cobrir a ferida cirúrgica com cobertura estéril, caso necessário
		Estimular a ingestão de nutrientes
		Lavar o local da incisão com água e sabão, mantendo a região bem seca
		Limpar o local da ferida com solução antisséptica, caso prescrito
		Manter a higiene corporal
		Motivar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica
		Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo-a bem seca
		Orientar o paciente e a família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção
		Orientar o retorno para a retirada de pontos cirúrgicos após sete dias
		Realizar o curativo com técnica estéril
Ferida traumática	Cicatrização da ferida eficaz	Avaliar a característica da drenagem da ferida
		Avaliar a evolução da ferida
		Avaliar as características do exsudato da ferida
		Avaliar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida
		Avaliar o leito da ferida para escolha da cobertura mais adequada, priorizando a cobertura estéril e não aderente
		Encorajar a ingestão adequada de nutrientes
		Lavar o local da incisão com água e sabão, mantendo a região bem seca
		Limpar o leito da ferida com solução fisiológica morna em jato
		Limpar o local da ferida com solução antisséptica
		Manter a higiene corporal
		Monitorar os sinais vitais, principalmente a temperatura
		Orientar sobre os sinais e os sintomas de infecção
		Realizar curativos diariamente, utilizando técnicas assépticas
		Verificar sinais e os sintomas de infecção
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Avaliar a coloração da pele (icterícia)
	Integridade da pele eficaz	Avaliar a hidratação da pele
		Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão
		Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo
		Avaliar o grau de ruptura da pele
		Avaliar o nível de alopecia no local de lesões
		Controlar a ingestão e a eliminação (balanço hídrico)
		Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos

		Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes
		Estimular a deambulação
		Estimular o corte das unhas
		Explicar cuidados com ostomias, pele e áreas circunvizinhas
		Hidratar a pele com compressas umedecidas
		Instruir quanto à hidratação da pele
		Instruir quanto à ingestão de líquidos
		Investigar a sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) das lesões
		Localizar áreas passíveis de lesão por pressão e protegê-las com coxins
		Manter a higiene da pele
		Manter lençóis limpos e lisos
		Manter o paciente seco, livre de secreções e eliminações
		Mobilizar o paciente no leito, se adequado
		Monitorar o estado nutricional
		Orientar que a fricção da pele seja realizada com a polpa digital
		Orientar sobre a mudança de decúbito a cada duas horas
		Orientar sobre o uso de hidratante
		Realizar curativo diário ou quando necessário
		Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada
		Realizar mudança de decúbito
Risco de integridade da pele prejudicada	Risco diminuído de integridade da pele prejudicada	Utilizar superfície de suporte para diminuir áreas de pressão
		Evitar massagens sobre as proeminências ósseas
		Examinar a pele do paciente
		Hidratar a pele
		Inspecionar áreas de risco de lesão por pressão
		Manter a pele limpa, seca e hidratada
		Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras
		Monitorar o estado nutricional
		Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
		Orientar o paciente a manter as unhas limpas e cortadas
		Orientar o cliente quanto ao banho antes de dormir
		Orientar a hidratação da pele
		Orientar o paciente a evitar água quente e usar sabão suave no banho
		Orientar o paciente e a família a respeito da rotina de cuidados com a pele
		Orientar quanto ao autocuidado com a pele
		Orientar uso de hidratante
		Promover suporte nutricional adequado
		Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal e aplicar filme transparente
		Verificar a ingestão da dieta

Risco de lesão por pressão	Risco diminuído de lesão por pressão	Assegurar uma ingestão nutricional adequada
		Avaliar a perfusão tissular perifética
		Manter a pele hidratada
		Manter a pele limpa e seca
		Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha
		Monitorar o estado nutricional
		Orientar mudança de decúbito a cada duas horas
		Orientar o paciente a evitar água quente e usa sabão suave no banho
		Orientar o paciente e a família a respeito da rotina de cuidados com a pele
		Orientar quanto a unhas limpas e curtas
		Orientar quanto ao autocuidado com a pele
		Orientar uso de hidratante
		Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal
		Lesão por pressão (especificar a localização e o estágio)
Avaliar as áreas de pressão		
Descrever as características da lesão por pressão, incluindo o tamanho, profundidade, estágio (I-IV), localização, granulação ou tecido desvitalizado e epiteliação		
Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes		
Limpar a pele em torno da úlcera com sabão suave e água		
Manter a pele limpa, seca e hidratada		
Manter leito da ferida úmido		
Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele circunvizinha		
Monitorar o estado nutricional do paciente		
Monitorar os sinais e sintomas de infecção da lesão por pressão		
Mudar o decúbito no leito a cada duas horas		
Orientar a família e/ou o cuidador a realizar os procedimentos de cuidado com a ferida		
Orientar quanto à importância da higiene corporal		
Orientar quanto à mudança de posição		
Realizar curativos, diariamente utilizando técnicas assépticas		
Trocar curativo quando adequado		
Utilizar colchões e cama apropriados, quando adequado		
Regulação vascular		
Débito cardíaco aumentado	Débito cardíaco eficaz	Avaliar a fonética das bulhas cardíacas
		Avaliar a pressão arterial do paciente
		Avaliar o ritmo cardíaco
		Controlar o volume de líquidos ganhos
		Identificar a utilização de medicamentos que aumentem a frequência cardíaca
		Identificar os fatores emocionais que aumentem a frequência cardíaca

		Identificar os fatores fisiopatológicos que aumentem a frequência cardíaca
		Manter uma dieta balanceada
		Monitorar alterações de frequência cardíaca após esforço físico
		Monitorar o estado respiratório, em busca de sintomas de falência cardíaca
		Monitorar os sinais vitais
		Observar presença de sangramento
		Posicionar o paciente adequadamente no leito
		Reduzir o esforço físico
		Supervisionar dor precordial
Débito cardíaco diminuído	Débito cardíaco eficaz	Almejar nas primeiras seis horas de diagnóstico médico de sepse grave ou choque séptico: pressão de átrio direito 8-12mmHg; pressão arterial média $\geq$ 65mmHg; diurese > 0 5ml/kg/h; SvcO ₂ $\geq$ 70% ou SvO ₂ $\geq$ 65%
		Atentar para sinais de resistência vascular sistêmica (sinais de choque compensado - periferia fechada e vasodilatação central)
		Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios pelo menos a cada quatro horas
		Avaliar a fonética das bulhas cardíacas
		Avaliar a frequência cardíaca
		Avaliar a pressão arterial do paciente
		Avaliar o desequilíbrio de líquidos ou eletrólitos
		Avaliar pressões sistêmicas e débito cardíaco
		Avaliar pulsos periféricos se filiforme
		Conferir a amplitude das curvas de pressão invasiva
		Evitar o garroteamento do punho pelo curativo de cateter arterial, observando a perfusão periférica, integridade e o aspecto da mão diariamente
		Examinar possíveis sinais de choque
		Explicar ao paciente e ou a família quanto aos possíveis problemas cardíacos (tontura, indigestão, náusea, falta de ar)
		Garantir a titulação ideal das doses de vasopressor e inotrópico
		Identificar a utilização de medicamentos que diminuam a frequência cardíaca
		Identificar os fatores emocionais que diminuam a frequência cardíaca
		Identificar os fatores fisiopatológicos que diminuam a frequência cardíaca
		Inspecionar a pele quanto à palidez e à cianose
		Inspecionar para edemas de membros inferiores ou outras localizações
		Manter a posição corporal em semifowler
		Manter o balonete do cateter de artéria pulmonar desinsuflado

		Manter os sistemas com transdutores de pressão preenchidos com solução salina heparinizada e pressurizada em 300 mmHg
		Manter os transdutores de pressão nivelados com o eixo flebostático do paciente e realizar a “zeragem” das pressões hemodinâmicas a cada 12 horas, ou quando necessário
		Manter oxigenoterapia, conforme a prescrição médica
		Medir com exatidão o balanço hídrico
		Mensurar pressão capilar pulmonar a cada oito horas
		Monitorar frequentemente a pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, pressão venosa central ou pressão de átrio direito, pressão da artéria pulmonar e débito cardíaco
		Monitorar o estado mental
		Monitorar perfis de coagulação
		Monitorar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído
		Monitorizar medicamentos para controlar a pressão arterial
		Observar presença de pele fria e pegajosa para diagnóstico
		Observar sinais de dispneia
		Promover estabilização hemodinâmica por meio da ressuscitação volêmica prescrita pelo médico
		Reduzir elementos estressantes (ruídos e luz excessiva no ambiente)
		Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular
		Verificar sinais vitais
Edema (especificar o grau e a localização)	Edema diminuído	Avaliar a congestão pulmonar pela ausculta
		Avaliar as condições da pele e a perfusão
		Avaliar necessidade de restrição hídrica
		Evitar o esparadrapo quando possível, trocar de posição a cada duas horas
		Examinar condições de pulsos periféricos com perimetria do membro afetado (medir circunferência das extremidades)
		Lavar delicadamente entre as dobras da pele e secá-las com cuidado
		Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca)
		Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão
		Monitorar ingestão e eliminação
		Monitorizar a resposta do paciente ao tratamento diurético pelo balanço hídrico e regressão de edema
		Observar turgor cutâneo e, se alterado, hidratar e massagear

		Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário
		Proteger a pele edemaciada de lesões e oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins, quando necessário
		Supervisionar a aceitação de dieta hipossódica
		Aferir os sinais vitais os parâmetros hemodinâmicos invasivos se estiver disponíveis
		Avaliar resposta à infusão de líquidos e fluidos
		Determinar o volume e a frequência do aporte de líquidos de todas as formas: via oral, intravenosa, ventilador, etc
		Determinar os padrões e o volume urinário
		Observar a extensão do edema
		Observar o gotejamento de infusão de eletrólitos
		Avaliar o local do edema
		Manter o cuidado com a pele
		Realizar balanço hídrico e eletrolítico
		Trocar decúbito a cada duas horas
		Investigar a causa do edema
		Manter a extremidade edemaciada acima do nível do coração sempre que possível
		Monitorar a pele quanto a sinais de lesão por pressão
		Monitorar resultados laboratoriais (eletrólitos)
		Proteger o membro edemaciado contra lesões
		Manter o cuidado com a pele
Perfusão tissular ineficaz	Perfusão tissular ineficaz	Atentar para sinais de isquemia
		Auscultar os ruídos intestinais diariamente
		Auscultar sons respiratórios
		Avaliar a qualidade e a força dos pulsos periféricos
		Cobrir membros inferiores com lençóis leves
		Coletar sangue arterial, monitorar o progresso dos gases arteriais e avaliar lactato sérico pela gasometria arterial
		Controlar a ingestão hídrica
		Desencorajar o uso de roupas apertadas
		Ensinar sobre sinais e sintomas de trombose venosa profunda
		Estimular a deambulação
		Incentivar a caminhada e o aumento das atividades
		Investigar os sinais de hemorragia
		Manter os membros aquecidos
		Monitorar a administração da oxigenoterapia
		Monitorar a pele
		Monitorar aparecimento de lesões nos pés
		Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência
		Monitorar coloração, temperatura e umidade da pele
		Monitorar efeitos da medicação anticoagulante

		Monitorar os pulsos periféricos
		Monitorar sinais de complicação pulmonar
		Monitorar sinais de sangramento
		Monitorar sinais vitais a cada quatro horas
		Mudar decúbito a cada duas horas
		Orientar correção postural durante permanência em pé
		Orientar o paciente quanto à elevação do membro afetado
		Orientar quanto ao uso das meias de compressão
		Orientar sobre longa permanência em pé
		Posicionar o paciente com membros alinhados corretamente
		Posicionar membros em posição de declive
		Prevenir choque hipovolêmico
		Prevenir lesão por pressão com uso de coxins
		Supervisionar estado de acidose metabólica monitorando a saturação venosa mista (SvO2) ou central (SvcO2) de oxigênio
		Verificar a presença de arritmias
Pressão arterial controlada	Pressão arterial controlada	Ensinar sobre manutenção dos níveis pressóricos
		Monitorar a pressão arterial
		Motivar a adesão ao tratamento prescrito
		Motivar a ingestão de dieta hipossódica
		Motivar a ingestão de líquidos
Pressão arterial diminuída	Pressão arterial nos limites normais	Reforçar as orientações sobre dieta e regime terapêutico
		Atentar para alteração do nível de consciência
		Atentar para queixas de tonturas
		Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios a cada quatro horas
		Controlar a pressão sanguínea
		Controlar o balanço hídrico
		Estimular atividade física de forma moderada
		Investigar os sinais de sangramento
		Manter o repouso no leito
		Monitorar a pressão arterial
		Monitorar nível de consciência, frequência e ritmo cardíaco
Pressão arterial elevada	Pressão arterial nos limites normais	Monitorar os sinais vitais
		Observar sinais de desidratação
		Atentar para queixas de tonturas
		Avaliar cor, temperatura e textura da pele
		Avaliar o monitoramento cardíaco
		Conscientizar o paciente e ou o acompanhante sobre a importância da redução do estresse
		Controlar a pressão sanguínea
		Documentar fatores relacionados à alteração da pressão arterial
		Ensinar técnicas de redução de estresse
		Estabelecer padrão de níveis tensoriais (horário, posição de verificação e condições)
		Estimular atividade física de forma moderada

		Identificar o estado cardíaco
		Iniciar estratégia de mudança dos fatores precipitantes
		Manter as vias aéreas permeáveis
		Manter o repouso no leito
		Monitorar o equilíbrio de líquido
		Monitorar os sinais vitais
		Monitorar presença de dispneia e fadiga
		Orientar o paciente e ou o acompanhante sobre a importância da comunicação a qualquer desconforto torácico
		Orientar dieta hipossódica e hipoproteica
		Orientar paciente e a família sobre modificação de fatores de risco (parar de fumar, dieta e exercícios) conforme apropriado
		Orientar períodos de repouso frequentes, para maximizar a perfusão periférica
		Orientar quanto à importância de redução do sal da dieta
		Orientar quanto ao repouso
		Orientar quanto ao uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos
		Orientar quanto aos exercícios moderados
		Realizar o controle hidroeletrolítico
		Supervisionar a ingestão da dieta
Risco de perfusão tissular prejudicada	Risco diminuído de perfusão tissular prejudicada	Cobrir os membros inferiores com lençóis leves
		Desencorajar o uso de roupas apertadas
		Ensinar sobre os sinais e sintomas de trombose venosa profunda
		Estimular a deambulação
		Monitorar a coloração e a temperatura dos membros
		Monitorar o aparecimento de lesões nos pés
		Monitorar os efeitos da medicação anticoagulante
		Monitorar sinais de complicação pulmonar
		Mudar decúbito a cada duas horas
		Orientar uso de meias elásticas compressivas
		Posicionar membros em posição de declive
		Posicionar membros inferiores acima do nível do coração, se possível (exceto se houver contra-indicação por insuficiência cardíaca)
Risco de sangramento	Risco diminuído de sangramento	Observar a presença de sangue
		Observar a presença de manchas no corpo do paciente
		Orientar o paciente a manter repouso
Sangramento	Sangramento diminuído	Aplicar compressa fria no local do sangramento
		Aplicar pressão no local do sangramento
		Evitar a administração de trombolíticos
		Evitar a realização de lavagem gástrica
		Exercer pressão no local de retirada da venopunção
		Identificar a causa do sangramento

		Inspecionar características de cor, frequência e presença de coágulos
		Manter o acesso venoso
		Manter o repouso no leito durante sangramento
		Monitorar a administração de líquidos ou hemoderivados, conforme prescrição
		Monitorar o tamanho do hematoma
		Monitorar os exames laboratoriais
		Monitorar sinais vitais a cada trinta minutos
		Observar o aspecto e a duração do sangramento
		Observar se há sinais de hemorragia
		Orientar quanto a não retirada de coágulos ou crostas na região das narinas, se epistaxe
		Orientar quanto à restrição de atividades
		Prevenir choque
		Promover redução de estresse
		Providenciar medidas de alívio à dor/conforto
		Realizar balanço hídrico
		Realizar curativo compressivo no local do sangramento
		Realizar higiene oral com “bonecas de gazes”, se hematêmese
		Utilizar dispositivo para acesso periférico de acordo com o calibre das veias
Regulação térmica		
Risco de temperatura corporal alterada	Risco diminuído de desequilíbrio na temperatura corporal alterada	Manter a roupa de cama seca e limpa
		Monitorar os sinais vitais
		Monitorar a temperatura, no mínimo, a cada duas horas conforme apropriado
		Informar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia, e monitorá-los de qualquer forma
		Provomer a ingestão adequada de líquidos e nutrientes
Temperatura corporal aumentada (Hipertermia)	Temperatura corporal nos limites normais	Aplicar álcool na pele
		Aplicar compressa fria nas regiões frontal, axilar e inguinal
		Avaliar resposta à medicação
		Avaliar resposta a termorregulação
		Encaminhar ao paciente para banho de aspersão morno
		Estimular a ingestão de líquidos
		Investigar a causa de hipertermia
		Limitar roupas de cama, quando indicado
		Manter hidratação da pele
		Manter o paciente hidratado
		Manter o paciente livre de correntes de ar
		Monitorar a coloração da pele
		Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos
		Monitorar nível de consciência
		Monitorar risco de convulsões
		Monitorar a temperatura axilar e frequência cardíaca a cada duas horas

		Observar os sinais precoces de hipertermia: pele ruborizada, cefaleia, fadiga e perda do apetite Observar sinais de desidratação Observar tremores e diaforese profusa Orientar a reposição de líquidos após atividades com grandes gastos de energia Orientar banho com água morna Orientar quanto ao repouso Promover ambiente arejado Promover termorregulação positiva Promover uma ingestão adequada de líquidos e de nutrientes Realizar balanço hídrico Remover o excesso de roupas Verificar se as roupas ou cobertas são quentes para o ambiente ou para a atividade planejada Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico Verificar temperatura corporal a cada seis horas ou quando necessário
Temperatura corporal diminuída (Hipotermia)	Temperatura corporal nos limites normais	Avaliar o paciente quanto aos sintomas associados (fadiga, fraqueza, confusão, apatia, tremor) Avaliar risco de hipotermia Ensinar ao paciente e ou o acompanhante os sinais precoces de alerta da hipotermia (pele fria, palidez, vermelhidão) Evitar correntes de ar no ambiente Evitar infusões de líquidos gelados Investigar sinais de infecção Manter o paciente aquecido com uso de cobertores Manter o paciente hidratado Monitorar a coloração da pele Monitorar hipotermia Monitorar o desequilíbrio de eletrólitos Monitorar o nível de consciência Monitorar os sinais vitais Observar a presença de cianose Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão Observar presença de tremores Orientar banho com água morna Promover conforto do paciente Realizar balanço hídrico Verificar temperatura corporal a cada seis horas ou quando necessário
Regulação neurológica		
Cognição prejudicada	Cognição prejudicada	Apoiar o processo de tomada de decisão Avaliar a cognição Avaliar o estado psicológico Estimular a verbalização de emoções dolorosas

		Estimular o paciente a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais
Sedado	Sedação ausente	Checar alergias a fármacos
	Sedação eficaz	Determinar a última ingestão de alimentos e líquidos
		Revisar outros medicamentos que o paciente esteja tomando e checar a ausência de contraindicações à sedação
		Garantir disponibilidade imediata de equipamento de reanimação para emergência, em especial fonte de oferecimento de O ₂ a 100%, medicamentos de emergência e desfibrilador
		Iniciar um acesso intravenoso
		Monitorar o nível de consciência do paciente e seus sinais vitais, a saturação de oxigênio e o ECG
		Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos do medicamento, inclusive agitação, depressão respiratória, hipotensão, sonolência indevida, hipoxemia, arritmias, apneia ou exacerbação de alguma condição preexistente
		Garantir a disponibilidade de antagonistas e administrá-los, de acordo com ordem médica ou protocolo
		Determinar se o paciente atende aos critérios de alta ou transferência, conforme protocolo da instituição
		Dar alta ou transferir o paciente de acordo com o protocolo da instituição
Sensopercepção		
Dor (especificar a intensidade)	Dor reduzida	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis
		Aplicar compressa fria ou quente, dependendo do grau da dor, para minimizá-la
		Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de levantamento constante da experiência de dor
		Avaliar as características da dor, incluindo localização, intensidade (valor atribuído a partir de escalas), qualidade (queimação, pontada, choque etc), início, duração, variações, ritmo e fatores precipitantes
		Avaliar os sinais e sintomas da dor, após a administração de analgésico
		Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio
		Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (por ex : temperatura ambiente, iluminação, ruído)
		Dar informações à acompanhante sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário

		Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir nela adequadamente
		Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, imagem orientada, diversão, aplicação de compressas frias/quentes, aplicação de massagem) antes, após e se possível durante a atividade dolorosa
		Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor
		Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível
		Investigar os fatores que aumentam a dor
		Manter repouso no leito
		Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos, após administração de medicamento
		Observar os sinais não verbais da dor
		Oferecer ambiente calmo e agradável para o repouso e sono adequados
		Oferecer informações sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário
		Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (medo, fadiga, monotonia e falta de informação)
		Usar as medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave
		Verificar o nível de desconforto do paciente
Dor aguda	Dor aguda diminuída	Aplicar compressa fria ou quente, de acordo com a necessidade
		Atentar para deixar o paciente em posição dorsal após punção lombar, a fim de evitar a cefaleia postural
		Avaliar a dor quanto à frequência, localização e duração
		Avaliar a eficácia da medicação, após sua administração
		Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor
		Avaliar a intensidade e a tolerância da dor
		Avaliar a controle da dor
		Avaliar a resposta à medicação
		Eliminar a causa da dor
		Estimular a verbalização da dor
		Explicar a causa da dor, se possível
		Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor
		Fornecer atividades de diversão, como livros, brinquedos e artes
		Identificar atitudes em relação à dor
		Identificar causas da dor
		Identificar, junto com o paciente, os fatores que aliviam a dor
		Iniciar controle da analgesia
		Investigar queixas de dor

		Monitorar a dor após administração de medicamento
		Oferecer privacidade durante a experiência dolorosa
		Promover ambiente tranquilo
		Proporcionar informações corretas sobre as medicações para o controle da dor, para reduzir o medo de adição a drogas
		Registrar a eficácia e os efeitos adversos da medicação administrada
		Verificar o nível de desconforto do paciente
		Verificar os sinais subjetivos da dor
Dor Crônica	Dor crônica diminuída	Aplicar compressa quente no local
		Avaliar a dor quanto à frequência, localização e duração
		Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor
		Avaliar a eficácia do medicamento, após a administração
		Discutir com o indivíduo a eficácia da combinação de técnicas físicas e psicológicas com a farmacoterapia
		Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor
		Estimular a verbalização da dor
		Explicar origem da dor
		Explorar as expectativas quanto ao curso da dor, ao tratamento e aos efeitos colaterais
		Favorecer o repouso e o sono adequados, para facilitar o alívio da dor
		Identificar atitudes em relação à dor
		Identificar causas da dor
		Identificar e incentivar os pacientes a usarem as estratégias que foram bem-sucedidas com a dor prévia
		Identificar, junto com o paciente, os fatores que aliviam a dor
		Iniciar controle da analgesia
		Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor
		Tranquilizar o paciente de que você sabe que a dor é real e o ajudará a enfrentá-la
		Verificar o nível de desconforto do paciente
		Verificar os sinais subjetivos da dor
Nível de consciência diminuído	Nível de consciência adequado	Avaliar a perfusão tissular periférica
	Nível de consciência melhorado	Dar uma ordem simples de cada vez
		Estimular a memória, repetindo o último pensamento que o paciente expressou
		Evitar situações desconhecidas, quando possível
		Informar o paciente sobre pessoas, tempo e local, na medida das necessidades
		Monitorar os sinais vitais

		Oferecer um ambiente físico e uma rotina diária consistente
		Tratar sempre o paciente pelo nome ao iniciar a interação
		Usar gestos ou objetos para aumentar a compreensão das comunicações verbais
		Usar uma abordagem calma e sem pressa ao interagir com o paciente
		Avaliar a função cognitiva
		Avaliar a mobilidade e o movimento corporal
		Avaliar os reflexos
		Monitorar as alterações no nível de consciência, pela escala de coma de Glasgow
		Monitorar o padrão respiratório
		Monitorar os sinais meníngeos de rigidez na nuca
		Monitorar a eliminação urinária
		Observar coloração da pele e a temperatura
Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Orientação melhorada (aumentada)	Fornecer com frequência informações básicas (lugar, tempo, e data) quando necessário
		Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia, mês, época do ano, dia da semana e ano
		Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento)
		Evitar a frustração do paciente com perguntas sobre orientação que ele não possa responder
		Oferecer um ambiente físico e uma rotina diária consistente
		Preparar o paciente para mudanças usuais na rotina e no ambiente
		Promover repouso e sono adequados
		Solicitar a colaboração da família/cuidador para ajudá-lo
		Usar uma abordagem calma interagindo com o paciente
Percepção sensorial alterada	Percepção sensorial eficaz	Usar gestos/objetos para aumentar a compreensão das comunicações verbais
		Conversar com o paciente durante a realização dos cuidados para avaliar o déficit sensorial
		Incentivar o uso de aparelhos de adaptação de acordo com a necessidade (auditiva, visual)
		Orientar quanto à necessidade de acompanhante permanentemente com o paciente para minimizar isolamento
Pressão intracraniana aumentada	Pressão intracraniana nos limites normais	Utilizar técnicas de prevenção de acidentes até que ocorra a adaptação com o ambiente
		Oferecer informações ao paciente/ familiares /pessoas importantes
		Calibrar o transdutor
		Nivelar o transdutor externo até um ponto de referência anatômico estável
		Preparar o sistema de irrigação conforme apropriado

		Ajustar os alarmes do monitor
		Registrar os números da PIC
		Monitorar a qualidade e as características das ondas PIC
		Monitorar a pressão de perfusão cerebral
		Monitorar a condição neurológica
		Monitorar a PIC e a resposta neurológica do paciente às atividades de cuidado e aos estímulos do ambiente
		Monitorar a quantidade, a frequência e as características de drenagem do líquido cerebroespinal
		Manter a posição da câmara de coleta de líquido cerebroespinal (LCR), conforme a prescrição
		Monitorar a ingestão e a eliminação
		Prevenir deslocamento do dispositivo
		Manter a esterilidade do sistema de monitoramento
		Monitorar as linhas de pressão para controle de bolhas, resíduos ou sangue coagulado
		Mudar o transdutor, o sistema de irrigação e a bolsa de drenagem, conforme necessário
		Mudar e/ou reforçar o curativo do local da inserção do dispositivo, conforme necessário
		Monitorar o local da inserção do dispositivo quanto a sinais de infecção ou perda de líquido
		Obter amostras de drenagem do líquido cerebroespinal, conforme apropriado
		Observar se o paciente apresenta rigidez de nuca
		Administrar antibióticos, conforme prescrição médica
		Posicionar o paciente com a cabeça e o pescoço em posição neutra, evitando flexão extrema do quadril
		Ajustar a cabeceira de cama de modo a otimizar a perfusão cerebral
		Minimizar os estímulos ambientais sobre a PIC
		Espaçar os cuidados de enfermagem, para minimizar a elevação da PIC
		Alterar o procedimento de aspiração para minimizar o aumento da PIC pela introdução da sonda (administrar lidocaína e limitar o número de aspirações)
		Monitorar os níveis de CO ₂ e manter dentro dos parâmetros adequados
		Manter a pressão arterial sistêmica dentro da variabilidade adequada
		Notificar o médico quanto a PIC elevada que não responde aos protocolos de tratamento
		Reorientar o paciente para a realidade (chamar o paciente pelo nome, dizer o seu nome e dar ao paciente informação sobre o contexto)

		Repetir, depois reformular, o pensamento se a pessoa demonstrar que não compreendeu o significado completo
		Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação
Risco de confusão aguda	Risco diminuído de confusão aguda	Examinar o nível de consciência do paciente
		Limitar ruído e a estimulação ambiental
		Utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas
Terapêutica e de prevenção		
Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde	Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde
		Elogiar o comportamento de aceitação do estado de saúde
		Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo
		Oferecer apoio psicológico
		Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico
Aceitação do estado de saúde prejudicada	Aceitação do estado de saúde	Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde
		Incentivar comportamento de procura de saúde
		Informar ao paciente e/ou cuidador sobre hábitos de lazer para evitar o isolamento social como estratégia de enfrentamento
		Orientar para a procura dos serviços de saúde na comunidade
Necessidades psicossociais		
Comunicação		
Comunicação prejudicada	Comunicação preservada	Conversar sobre o problema da frustração decorrente da incapacidade de comunicar-se
		Dar ao paciente a oportunidade de tomar decisões em relação aos cuidados
		Deixar que o paciente expresse seus sentimentos e angústias
		Escutar o paciente atentamente e apoiá-lo
		Estimular a comunicação verbal e não verbal
		Falar com calma utilizando frases curtas e simples
		Falar em um nível mais alto, para que o mesmo consiga ouvir com clareza, se necessário
		Falar pausadamente e em tom normal
		Fazer com que somente uma pessoa fale
		Identificar os fatores que interferem na comunicação
		Investigar deficiência auditiva
		Monitorar as mudanças no padrão da fala do paciente e no nível de orientação
		Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro
		Oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação
		Permitir a presença de visitas que estimulem a comunicação
		Proporcionar a socialização com outras pessoas
		Proporcionar privacidade para o paciente

		Reorientar o paciente para a realidade (chamar o paciente pelo nome, dizer o seu nome e dar ao paciente informação sobre o contexto)
		Repetir, depois reformular, o pensamento se a pessoa demonstrar que não compreendeu o significado completo
		Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação
Segurança emocional		
Negação	Negação ausente	Desenvolver estratégias psicológicas para promover aceitação da situação de saúde
		Identificar as causas desse sentimento

Fonte: A autora (2016).

6 DISCUSSÃO

Na seleção dos 300 termos verificou-se que os enfermeiros utilizam, de forma parcial, termos que são representados pela CIPE® para registro de sua prática. Esta verificação é sustentada pelo fato de que 112 termos (37,33%) eram constantes na CIPE® (2015).

Considerando os 188 termos (62,67%) não constantes na CIPE®, mediante a análise de similaridade e abrangência, constatou-se que 90 (30%) não estão na classificação, 71 (23,66%) são similares, 17 (5,66%) são mais abrangentes e dez (3,33%) são mais restritos, ou seja, 70% dos termos selecionados fazem parte da classificação.

O mesmo aconteceu com os 173 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem construídos e mapeados com a CIPE®, dos quais 72 (41,61%) são idênticos aos enunciados da classificação. Embora se identifique no recorte discursivo dos enfermeiros que a etapa do PE relacionada à construção dos enunciados de diagnóstico de enfermagem não é realizada, existe utilização dos termos que os compõe nas evoluções. Tendo em vista que, a enfermagem tem muito mais clareza com sistemas de classificação que se reportam a intervenções do que aos que tratam de diagnósticos de enfermagem. De modo que, desenvolver atividades que capacitem o enfermeiro para aprimorar o modo como diagnostica e auxiliá-lo a incorporar a função de diagnosticador, fazem parte dos desafios para utilizar evidências clínicas na prática diária (GARCIA; EGRY, 2010).

A análise de similaridade e abrangência dos enunciados construídos com a CIPE® reforça ainda mais o uso da classificação na prática cotidiana dos

enfermeiros, tendo em vista que apenas 33,52% dos enunciados construídos não constam na classificação. Já no mapeamento cruzado com os enunciados de diferentes clínicas do HULW, foram encontrados 40 (23,12%) diagnósticos e resultados de enfermagem iguais aos 173 construídos, revelando que existe uma diferença de linguagem nos dois hospitais. Essa diferença pode ter ocorrido por se tratar de hospitais de regiões diferentes do Brasil, e por questão de especialidade, tendo em vista que o HULW é um hospital geral, que possui atendimento as especialidades neurologia e ortopedia, mas o padrão de registro utilizado no mapeamento cruzado com o padrão de registro construído não era específico para essas duas especialidades.

Os 133 (76,87%) enunciados não constantes no banco de enunciados do HULW que foram submetidos ao processo de análise de similaridade e abrangência mostram que é possível utilizar os mesmos diagnósticos para especialidades diferentes e em regiões diferentes do Brasil, mudando o parecer levantado com o mapeamento cruzado entre os enunciados dos dois hospitais. Desse total de 133 enunciados, 31 são similares (17,91%); um, mais abrangente (0,57%); dez, mais restritos (5,77%); e para 91 não existe concordância (52,59%).

A obra de Garcia e Cubas (2012), por sua vez, auxiliou na obtenção de resultados de enfermagem que não constavam na CIPE® e no banco de enunciados do HULW, como também propiciou a ampliação de novos resultados aos enunciados, que foram adicionados ao padrão de registro após a análise de similaridade e abrangência com o banco de enunciados do HULW. Por exemplo, o diagnóstico “função do sistema respiratório prejudicada” consta no banco do HULW como padrão respiratório prejudicado, que passou a ser adotado. Entretanto, o resultado presente no padrão de registro era função do sistema respiratório eficaz; após sua substituição por padrão respiratório prejudicado, seus resultados também foram trocados por padrão respiratório adequado, padrão respiratório melhorado, padrão respiratório eficaz e padrão respiratório normal. Ademais, a obra em questão facilitou a organização dos enunciados de acordo com a teoria das NHBs.

Na avaliação dos enunciados elaborados, o diagnóstico “troca de gases prejudicada” não foi reconhecido por dois enfermeiros, que solicitaram exemplos. Ressalta-se que, embora o padrão elaborado utilize a CIPE®, esse diagnóstico é utilizado por outras terminologias, como a NANDA-I, em que é definido como “excesso ou *deficit* na oxigenação e/ou eliminação de dióxido de carbono na

membrana alveolocapilar” (NANDA-I, 2015, p.197). Desse modo, seu não reconhecimento por parte dos dois enfermeiros pode estar relacionado ao desconhecimento de linguagem diagnóstica.

O mesmo diagnóstico foi identificado como um dos sete elencados em pacientes com sepse na unidade de terapia intensiva, em estudo realizado na Universidade de São Paulo (DUTRA et al., 2014); como um dos três diagnósticos mais prevalentes em pacientes no nível I de prioridade do protocolo de Manchester (SOUZA et al., 2013); e, com a integridade tissular prejudica, foi o mais citado (22%) numa pesquisa realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul que avaliou 150 prontuários, com 195 diagnósticos (PAGANIN, 2010). Assim como esses estudos, vários outros abordam a troca de gases prejudicada como um dos diagnósticos mais importantes evidenciados (OKUNO et al., 2015; PASCOAL et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

O diagnóstico “risco de aspiração” também não foi reconhecido, tendo sido apontada a possibilidade de confusão com broncoaspiração.

De acordo com a NANDA-I, é definido como “vulnerabilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas, que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015, p.370). Por sua vez, estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (BISPO et al., 2016) encontrou-o em 50% dos pacientes críticos avaliados, tendo sido também elencado para o protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica (OLIVEIRA et al., 2016).

A nomeação de estadiamento e categoria relacionados à “lesão por pressão (especificar a localização e o estágio)” foi questionada, bem como a nova nomenclatura. Tal dúvida pode ter surgido pelo fato da recente modificação do termo. O órgão americano National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), em abril de 2016, mudou a nomenclatura de úlcera por pressão para lesão por pressão, pelo fato de o termo “lesão” descrever de forma mais precisa a destruição tecidual em pele intacta e/ou ulcerada. Os estágios da lesão por pressão foram revistos, porém permaneceram assim nomeados.

Os diagnósticos “pressão sanguínea diminuída” e “pressão sanguínea elevada” foram questionados quanto à sua nomenclatura, se eram idênticos ou não à hipotensão e hipertensão e se poderiam ser modificados de pressão sanguínea para pressão arterial.

Na CIPE® 2015 (GARCIA, 2016), os termos “hipertensão” e “hipotensão” constam no eixo foco, descritos respectivamente como processo do sistema circulatório prejudicado: fluxo de sangue através dos vasos com pressão maior que a normal e processo do sistema circulatório prejudicado: fluxo de sangue através dos vasos com pressão menor que a normal. O termo “pressão arterial” consta como foco na classificação e como o diagnóstico “pressão arterial alterada”. Já pressão sanguínea não consta na CIPE®.

Tendo em vista que o termo “pressão arterial” é validado pela CIPE® não somente como foco, mas também como diagnóstico de enfermagem, o que não acontece com hipotensão, hipertensão e pressão sanguínea, os diagnósticos de pressão sanguínea diminuída e pressão sanguínea elevada foram modificadas para pressão arterial diminuída e pressão arterial aumentada.

Em relação a risco de volume de líquidos diminuído e desidratação; e risco de constipação e constipação, esses diagnósticos foram confundidos por dois enfermeiros como sendo iguais. De acordo com a NANDA-I, o diagnóstico real é definido como um “julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida, existente em indivíduo, família, grupo ou comunidade; já o diagnóstico de risco é um “julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para desenvolvimento de uma resposta humana indesejada a condições de saúde/ processos de vida” (NANDA-I, 2015, p.450). Em outras palavras, o diagnóstico real é um julgamento clínico sobre uma resposta humana existente e o de risco é um julgamento clínico sobre uma vulnerabilidade, algo que ainda não ocorreu de fato.

Considerando desidratação e volume de líquidos diminuído, esses diagnósticos foram considerados iguais por um enfermeiro.

De acordo com a CIPE®, o termo “desidratação” é compreendido como foco e diagnóstico de enfermagem, com a definição de desequilíbrio de líquidos: volume de líquidos diminuído ou perda de líquidos corporais. Já o enunciado “volume de líquidos diminuído” consta na classificação como volume de líquidos prejudicado, ou seja, é mais abrangente que desidratação, pois o volume de líquidos pode ser tanto aumentado quanto diminuído (GARCIA, 2016). Para confirmar a igualdade dos diagnósticos, na NANDA-I, define-se volume de líquidos deficiente como a “diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular, referindo-se à

desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio” (NANDA-I, 2015, p.171). Diante do exposto, foi mantido o diagnóstico “desidratação”.

O diagnóstico “queda” não foi reconhecido por dois professores como diagnóstico de enfermagem, mas, sim, considerado um evento. Na CIPE®, o termo “queda” é classificado como um diagnóstico de enfermagem, porém também é classificado como foco, sendo sua descrição evento ou episódio e descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto (GARCIA, 2015). Considerando que, diferentemente da CIPE®, na literatura queda não é tratada como diagnóstico, mas como um evento, o enunciado foi excluído do padrão de registro construído, mantendo-se risco de queda.

O diagnóstico “ventilação mecânica” foi abordado por um dos professores como desnecessário, argumentando que se deve pensar no que leva à ventilação mecânica, como uma troca de gases prejudicada ou um padrão respiratório prejudicado. Nesse sentido, em estudo realizado por Zuñiga (2004), a ventilação mecânica é considerada um dos suportes de vida mais importantes e mais utilizados na unidade de terapia intensiva, consistindo em uma máquina que substitui, total ou parcialmente, a atividade ventilatória do paciente, restabelecendo o equilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e minimizando a carga de trabalho respiratório dos pacientes.

Tendo em vista que na CIPE® o termo não está presente e, na literatura, não foi encontrado seu uso como diagnóstico, exceto em Nóbrega et al. (2011), esse diagnóstico foi excluído do padrão de registro

O diagnóstico “débito cardíaco aumentado” foi indagado por um dos professores quanto à sua real existência, porém outro docente explicou que se trata de um excesso de volume de líquidos, como, por exemplo, na transfusão de sangue, se for infundida uma quantidade maior do que a capacidade que o coração tem de bombear.

Na CIPE®, não consta esse diagnóstico, mas débito cardíaco prejudicado, ou seja, não diz se é aumentado ou diminuído (GARCIA, 2016). Na NANDA-I, existe débito cardíaco diminuído, cuja definição é “quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais” (NANDA-I, 2015, p.215). Por sua vez, no estudo de Araújo, Nóbrega e Garcia (2013), débito cardíaco aumentado foi construído a partir de termos do eixo foco da CIPE®, para

pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, sendo possível sua utilização com os termos existentes na classificação, devendo, portanto, ser utilizado na prática clínica.

No tocante à pressão intracraniana aumentada, foi sugerida por um dos professores a mudança para capacidade adaptativa intracraniana diminuída, alegando que este é o diagnóstico reconhecido mundialmente. Na CIPE®, o enunciado encontrado é pressão intracraniana aumentada (GARCIA, 2016), enquanto na NANDA-I é capacidade adaptativa intracraniana diminuída (NANDA-I, 2015).

Estudo realizado pela Universidade Estadual do Ceará evidenciou o diagnóstico “capacidade adaptativa intracraniana diminuída” como um dos principais para crianças com hidrocefalia e mielomeningocele (ALCÂNTARA et al., 2011). Em outra pesquisa, capacidade adaptativa intracraniana diminuída teve 18,2% de frequência em vítimas de trauma nas primeiras seis horas (SALUM; SOUSA, 2012). Assim como estes, outros estudos abordaram esse diagnóstico em sua pesquisa (TRUPPEL et al., 2009; SALUM; SANTOS; LIMA, 2012). Todavia, a CIPE® também é uma classificação reconhecida mundialmente, o que não invalida a utilização do diagnóstico “pressão intracraniana aumentada”, tendo sido mantido no padrão de registro.

Ventilação espontânea preservada é um diagnóstico positivo, cuja utilização não foi considerada necessário por um dos professores, pelo fato de o evento preservado não precisar ser diagnosticado.

Esse diagnóstico encontra-se na obra de Nóbrega et al. (2011), mas não na CIPE® 2015 e na NANDA-I, em que há outros diagnósticos positivos, demonstrando a existência dessa classe de diagnósticos. Por sua vez, Garcia e Cubas (2012) trazem como resultados de enfermagem para esse diagnóstico: ventilação espontânea adequada, ventilação espontânea eficaz e ventilação espontânea normal, ou seja, os diagnósticos e resultados positivos também são essenciais para a assistência e deveriam ser utilizados.

Nível de consciência diminuído e orientação no tempo e no espaço prejudicada foram elencados como iguais por um dos professores, porém esses diagnósticos são considerados distintos por Garcia e Cubas (2012) e Nóbrega et al. (2011), além de suas intervenções também serem diversas. Isso mostra que a dificuldade de diferenciar os diagnósticos não é exclusiva dos enfermeiros, mas

também dos professores, que têm maior contato com as diferentes classificações de enfermagem.

O diagnóstico “acesso intravenoso prejudicado” foi considerado inexistente por um dos professores, justificando que, se um acesso está prejudicado, ele não pode existir, devendo ser substituído imediatamente. A esse respeito, na CIPE® consta acesso intravenoso como foco de atenção, o que não impossibilita sua utilização como diagnóstico de enfermagem, podendo se unir ao julgamento prejudicado (GARCIA, 2016). Além disso, o enunciado está presente no estudo de Nóbrega et al. (2011).

Todos os resultados de enfermagem cujo julgamento era ausente foram questionados pelos enfermeiros e professores, alegando que não existe resultado/risco ausente. Apesar de terem sido extraídos da CIPE® e da obra de Garcia e Cubas (2012), estando, portanto, validados, como o intuito deste estudo é construir um padrão de registro passível de ser utilizado pelos enfermeiros participantes, os relatos sugerem que não usarão os enunciados caso permaneçam no padrão, por isso foram retirados.

Ainda considerando os resultados de enfermagem, foram questionamentos os julgamentos: normal, adequado, eficaz e equilibrado, entendidos como iguais pelos professores.

De acordo com a CIPE®, o julgamento normal é definido como estado de normalidade de acordo com uma norma, típico, padrão, estado usual ou esperado; enquanto o julgamento eficaz é positivo ou negativo (GARCIA, 2016). Na NANDA-I, eficaz é definido como um julgamento “que tem êxito na produção de um resultado desejado ou intencionalmente buscado” (NANDA-I, 2015, p.97). Já os julgamentos adequado e equilibrado não apresentam definição tanto CIPE® quanto na NANDA-I, porém o primeiro aparece na CIPE® como julgamento de alguns enunciados (sono adequado, conhecimento adequado) (GARCIA, 2016). Por outro lado, o julgamento equilibrado não consta em nenhum dos enunciados.

Portanto, foi mantido somente um desses resultados para cada diagnóstico.

Em relação às intervenções de enfermagem, algumas também foram contestadas pelos participantes, como proporcionar ambiente calmo e adequado, citada por um dos enfermeiros como sendo impossível de ser realizada por se tratar de um hospital público.

Nesse sentido, em pesquisa realizada em um hospital público e de ensino do município de Campina Grande, uma das intervenções de enfermagem apontadas para o diagnóstico “padrão de sono prejudicado” foi proporcionar ambiente calmo e seguro (XAVIER; ALMEIDA, 2015). Da mesma forma, de acordo com Soares, Gerelli e Amorim (2010), essa intervenção é utilizada como cuidado geral de enfermagem para pacientes em pré-operatório. Já na NIC, uma das ações de enfermagem para controle do ambiente (conforto) é criar um ambiente calmo e de apoio, além de proporcionar um ambiente seguro e limpo (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Portanto, é possível a realização dessa intervenção, uma vez que importa a motivação para fazê-la e não o ambiente em que está inserida.

Outra intervenção questionada foi ensinar exercícios abdominais para estímulo de peristaltismo, com o argumento de que o enfermeiro não está preparado para sua realização. De acordo com Nóbrega et al. (2011), essa intervenção é realizada na clínica obstétrica para gestantes com constipação e risco de constipação. No entanto, como o hospital cenário desta pesquisa é voltado a vítimas de trauma e os enfermeiros não se sentem preparados para essa função, ela foi excluída do padrão de registro.

Para a intervenção “manter a cabeceira elevada”, foi sugerida a complementação com o grau desejado e, para “manter a cabeceira da cama elevada a 90°”, a modificação para 30° a 45°, pois na literatura não se encontra o ângulo informado anteriormente.

De acordo com o *Manual de medidas de prevenção de infecção relacionadas à assistência à saúde* (2013), manter os pacientes em posição semirretumbante, ou seja, com elevação de 30° a 45°, salvo contraindicação, tem demonstrado associação com um risco reduzido de aspiração pulmonar. A utilização do decúbito elevado reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrointestinal ou orofaríngeo e de secreção nasofaríngea. Outra razão para a utilização dessa intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios quando nessa posição.

No estudo de Gentile et al. (2011), que abordou as condutas para paciente com traumatismo cranioencefálico, a altura do leito em abordagem primária a esse paciente foi indicada como sendo de 30°. Ainda, o protocolo clínico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (2010) traz que os pacientes vítimas de trauma cranioencefálico preferencialmente devem ser posicionados com cabeceira

elevada a 30°, para evitar hipertensão intracraniana, pela melhora do retorno venoso. Já em estudo realizado com o objetivo de construir diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®, o diagnóstico “troca de gases prejudicada” teve como intervenção manter a cabeceira do leito a 90° (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013). Porém, como se trata de uma especialidade diferente, e a neurocirurgia requer cuidados específicos para elevação do leito de modo a não comprometer a pressão intracraniana, essa elevação de 90° não foi utilizada. Todavia, é necessária a colocação do grau nas intervenções, para facilitar o cuidado prestado e evitar danos ao paciente.

Considerando a intervenção “avaliar a frequência e a profundidade respiratória”, houve desconhecimento quanto à verificação da profundidade respiratória, que não foi reconhecida por dois enfermeiros

Pivoto et al. (2010) identificaram como característica definidora do diagnóstico “troca de gases prejudicada” a alteração na frequência, ritmo e profundidade respiratória. Igualmente, uma pesquisa que avaliou a troca de gases em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva apontou como um dos indicadores clínicos que estiveram mais comprometidos na amostra desses pacientes a profundidade respiratória (SOUSA et al., 2010). Logo, o desconhecimento por parte desses dois enfermeiros não invalida a utilização dessa intervenção no padrão de registro.

A intervenção de enfermagem “ensinar técnicas de relaxamento” foi indicada como não característica da área, pela falta de preparo. Sobre o assunto, Costa e Reis (2014) dissertam que a técnica de relaxamento apresenta como vantagens o baixo custo e a não necessidade de recursos tecnológicos, além da facilidade de ser aplicável por qualquer profissional da área da saúde, desde que esteja habilitado para tal função. Desse modo, tal intervenção só é realizada pelo profissional da saúde capacitado para tal, o que não é a realidade relatada pelos enfermeiros participantes desta pesquisa.

Colocar corante na alimentação da sonda nasogástrica foi questionada por um enfermeiro e um professor como sendo uma função do fonoaudiólogo. De acordo com a NIC (BULECHEK; BUTHCER; DOCHTERMAN, 2010), essa ação é realizada como precaução contra aspiração, assim como a intervenção “sugerir a deglutição de biscoito com bário” ou “fluoroscopia com vídeo, conforme apropriado”, também questionada como sendo ação do médico. Nesse sentido, destaca-se que a

intervenção inicia-se com o verbo “sugerir”, ou seja, não é o enfermeiro realiza a ação, mas sugere a outro profissional a possibilidade de sua realização.

A intervenção “prover tratamento com nebulizador, vaporizador ou tenda úmida” foi relatada por um dos enfermeiros como sendo uma intervenção para crianças, devido ao uso da tenda úmida. De acordo com Nóbrega et al. (2010), esta é uma intervenção para os diagnósticos “troca de gases prejudicada” e “ventilação espontânea prejudicada”, porém para a clínica pediátrica, não constando em nenhuma das outras clínicas. Assim, foi excluída do padrão de registro, por se tratar de um cenário para vítimas de trauma, que não abrangem as crianças.

Avaliar diariamente a lesão por pressão foi questionada por um dos enfermeiros por estar no diagnóstico “risco de lesão por pressão”, ou seja, ainda não havendo presença de lesão, por isso a intervenção foi excluída.

No diagnóstico “risco de temperatura corporal alterada”, foi sugerido por um enfermeiro acrescentar a intervenção “atentar para crise convulsiva”, porém, no diagnóstico “temperatura corporal aumentada (hipertermia)” já consta a intervenção “monitorar risco de convulsões”.

Na intervenção “monitorar sinais de insuficiência cardíaca à direita”, houve algumas considerações, como o despreparo dos enfermeiros para sua realização e o número reduzido de profissionais, justificado pelo fato de que, se o enfermeiro quiser realizar uma ausculta, até poderá fazê-la, porém esse profissional não é visto com o estetoscópio e o paciente não está acostumado com seu uso por ele.

De acordo com a Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE, uma das etapas do PE é a coleta de dados ou histórico de enfermagem, que se trata de um “processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana” (COFEN, 2009). Entre as técnicas utilizadas pelo enfermeiro para obtenção dessas informações, está o exame físico, que compreende a inspeção, ausculta, percussão e palpação (BARROS, 2016), ou seja, a ausculta é uma das técnicas utilizadas no seu processo de trabalho. Logo, esse enfermeiro sabe que é possível realizá-la, porém não a faz.

Na intervenção “monitorar saturação venosa mista ou central de oxigênio”, um dos enfermeiros relatou acreditar que não cabe a esse profissional a realização dessa intervenção. No entanto, de acordo com Rolim et al. (2013), cujo estudo analisou o conhecimento do enfermeiro sobre gasometria arterial, é importante

aprimorar a prática por meio da obtenção de novos conhecimentos no que se refere à interpretação de exames para manutenção da homeostase do paciente. No mesmo estudo, a prevalência de enfermeiros que interpretaram os resultados da gasometria arterial foi de 53,3%, em um quantitativo de 45 enfermeiros, porém poucos participavam das discussões após sua interpretação (ROLIM et al., 2013), o que demonstra uma fragilidade de conhecimento por parte desses profissionais sobre o tema, o que não invalida a utilização de intervenções de enfermagem para avaliação da gasometria arterial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso dos termos extraídos das evoluções de enfermagem do hospital cenário desta pesquisa permitiu a construção de um padrão de registro de enfermagem para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia, que reflete a necessidade que os pacientes apresentam durante seu acompanhamento pela equipe de enfermagem.

O fato de a maioria dos termos selecionados ter sido classificada como não constante na CIPE® mostra que os enfermeiros utilizam também de uma linguagem própria para representação da sua prática diária, porém identificam-se similaridades e possíveis adequações. Desse modo, são necessárias duas frentes: a atualização constante dos termos da CIPE® e a padronização da linguagem especial de enfermagem a ser utilizada em uma instituição.

Termos mais prevalentes poderiam ser excluídos caso não fosse realizado o processo de análise de similaridade e abrangência, reforçando a utilização sistemática do método para elaboração de subconjuntos. Ainda, a adequação dos enunciados construídos com o banco de termos do HULW revela ser possível utilizar os mesmos enunciados de enfermagem em diversas regiões do Brasil e em cenários hospitalares diferentes.

Quanto a avaliação do padrão de registro de enfermagem foi possível constatar que os enfermeiros e professores acreditam que os enunciados construídos são passíveis de utilização para as especialidades requeridas, além de que em alguns relatos o padrão de registro pode ampliar a sua utilização por outras especialidades.

Por fim, verificou-se que os enfermeiros, apesar do interesse pelo tema e sua aplicabilidade, possuem dificuldade para nomear diagnósticos e resultados de enfermagem de forma padronizada e carecem de aprimoramento teórico. Acredita-se que o uso de ferramentas que facilitem a nomeação destes será de extrema relevância para a implementação adequada do PE, contribuindo significativamente no atendimento ao cliente e na visibilidade da profissão.

A partir deste estudo sugerem-se trabalhos futuros que avaliem o uso do padrão de registro construído não somente no cenário da pesquisa, mas também em outras instituições. É importante que novas pesquisas sejam realizadas no intuito de

construir novos padrões de registro para atender todas as especialidades do cuidado.

Como limitação desta pesquisa foi o não uso de todos os termos do banco disponibilizado pela primeira fase do projeto matriz e a realização dos seminários tardiamente, o que reduziu o tempo para alcançar o quantitativo de participantes proposto e para análise mais aprofundada dos dados coletados.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. C. M. et al. Nursing problems in children with hydrocephalus and myelomeningocele. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 5, n. 6, p. 1483-1491, 2011.

ALCÂNTARA, T. F. D. L.; MARQUES, I. R. Avanços na monitorização neurológica intensiva: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 894-900, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a15v62n6.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

ANVISA. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 1.ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial, 2013.

AMANTE, L. N. et al. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 201-207, 2010.

ARAÚJO, A. A. A.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 385-392, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-385, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21.pdf>> Acesso em: 3 mar. 2015.

BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e Exame Físico**. 3.ed.Porto Alegre: Artmed, 2016.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA-I**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BEZERRA, S. M. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009. Disponível em: <<http://metaavaliacao.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/viewFile/12/7>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BISPO, M. M. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 357-362, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0357.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, p. 67-71, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CARRIJO, A. R.; OGUISSO, T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. esp., p. 454-458, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2015.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 134-141, set. 2013.

CARVALHO, M.W.A.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Processo e resultados do desenvolvimento de um catálogo CIPE® para dor oncológica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.5, p. 1061-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1060.pdf>. Acesso em: 19 de ago. 2015.

CHIANCA, T. C. M. et al. Mapeamento de metas de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva por meio da Classificação de Resultados de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 1-10, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_06.pdf>. Acesso em: 5 maio 2015.

CLARES, J. W. B. et al. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 965-970, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0965.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C. Percurso metodológico para elaboração de subconjuntos terminológicos CIPE®: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1119-1126, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1119.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Resolução n. 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 11 abr. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (SBIS). **Cartilha sobre prontuário eletrônico: a certificação de sistemas de registro eletrônico em saúde**. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2015.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. Versão 1.0. Tradução de Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Argol, 2007.

_____. **Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE®**. Tradução de Hermínia Castro. [S.l.: s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_CIPE®.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. Versão 2.0. Tradução de Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Argol, 2011.

COSTA, E. C. R. **Mapeamento cruzado entre termos de enfermagem identificados em hospitais universitários e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. 2015. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3162>. Acesso em: 17 abr. 2015.

COSTA, A.I.S.; REIS, P.E.D. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. **Revista Dor**, v. 15, n.1, p. 61-64, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/1806-0013-rdor-15-01-0061.pdf>>. Acesso em: 2 de out.2016.

CUBAS, M. R. **Construção de um padrão de registro de enfermagem a partir de termos da linguagem especial de enfermagem, fundamentada na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem – CIPE®**. Projeto de pesquisa. Curitiba, 2014.

CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Atenção primária em saúde**. São Paulo: Elsevier, 2015.

DAL SASSO, G. T. M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 242-249, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a31v47n1.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 out. 2015.

DUTRA, C.S.K. et al. Diagnósticos de enfermagem prevalentes no paciente internado com sepse no centro de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n.4, p. 747-754, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/36801/23943>>. Acesso em: 05 de out.2016.

EGILEGOR, J. X. H. et al. Uso do processo de enfermagem nos serviços públicos e privados de um distrito de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 1-6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_12.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

FULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 883-887, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a15v61n6.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Caderno de protocolos clínicos da FHEMIG**. 2.ed. Belo Horizonte: 2010.

GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®**: versão 2015. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CRUZ, D.A.L.M. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Org.). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p.112-117.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem**: subsídios para sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 142-150, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea18.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GENTILE, J.K.A. et.al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n.1, p. 74-82, 2011. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2256654_109700.pdf>. Acesso em: 13 de nov.de 2016.

GOMES, D. C. **Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário**. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2874>. Acesso em: 12 mar. 2015.

GOMES, D. C. et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2016.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL Universitário Cajuru (HUC). Disponível em: <<http://www.hospitalcajuru.org.br/historia-do-hospital/>>. Acesso em: 15 maio 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Guidelines for ICNP® catalogue development**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/icnp_catalogue_development.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. **eHealth Bulletin**, Geneva, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/icnp/ICNP_Bulletin_June_2010_eng.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. **Browser**. Disponível em: <<http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 18104: health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems**. Geneva, 2003.

_____. _____. Geneva, 2014.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. esp., p. 216-219, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/253/151>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

KOERICH, M. H. A. L. et al. Produção tecnológica brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 736-743, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n4/v32n4a14.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

KLUBER, T.E.; ATLAS. ti como instrumento de análise em pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. **Educação Temática Digital**, v. 16, n.1, p.5-23, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/anapaula/Downloads/5727-22283-3-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anapaula/Downloads/5727-22283-3-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 14 de out.2016.

LEAL, M. T. **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidade**. Lisboa: Lusociência, 2006.

MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 445-448, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/appe/v22n4/a16v22n4.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MARQUES, D. K. A. et al. Conjunto internacional de dados mínimos de enfermagem: estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica. **Revista Brasileira**

de Enfermagem, Brasília, DF, v. 67, n. 4, p. 588-93, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0588.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

MATTEI, F. D. et al. Uma visão da produção científica internacional sobre a classificação internacional para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 823-831, 2011.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. **NPUAP, News**, 13 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

NÓBREGA, M. M. L. et al. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2321/498>>. Acesso em: 11 maio 2015.

_____. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a03v11n1.htm>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2011.

_____. Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®. In: CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Atenção primária em saúde**. São Paulo: Elsevier, 2015. p. 3-24.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE®**: versão alfa. João Pessoa: Ideia, 2000. Disponível em:

<<http://www.nepae.uff.br/siteantigo/equivalencianobrega.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2017.

NÓBREGA, R. V. **Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para hipertensos na atenção básica**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em:

<<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5090/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

NOGUEIRA, L.G.F.; NÓBREGA, M.M.L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.1, p. 54-60, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0054.pdf>.

Acesso em: 20 de nov. 2016.

OKUNO, M. F. P. et al. Diagnósticos de enfermagem mais utilizados em serviço de emergência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 385-391, 2015.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38606/25536>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

OLIVEIRA, A. P. V. et al. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 33-41, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/anapaula/Downloads/2353-15085-1-PB%20(3).pdf>. Acesso em: 18 de out. 2016.

PAGANIN, A. et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 307-313, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n2/15.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PAIM, L. et al. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 542-548, 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a18v18n3.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2015.

PASCOAL, L. M. et al. Troca de gases prejudicada: acurácia das características definidoras em crianças com infecção respiratória aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 491-499, 2015.

PATRÍCIO, C. M. et al. 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.

PAVEL, S.; NOLET, D. **Manual de terminologia**. Tradução de Enilde Faulstich. Canadá: [s.n.], 2002.

PIVOTO, F.L. et al. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n.5, p. 665-670, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/13.pdf>>. Acesso em: 23 de out. 2016.

PLEIS, L. E. **Definição de termos identificados em linguagem de enfermagem fundamentados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIFE®**. 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3162>. Acesso em: 24 ago. 2015.

POCRIFKA, D. H. **Inclusão digital nas políticas públicas para formação de professores em Pernambuco**. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Educação Matemática e Tecnológica) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

QUEIROZ, T.L.A.; CAVALCANTE, P. S. As contribuições do software Atlas Ti para a análise de relatos de experiência escritos. In: **X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE**. Curitiba, 2011.

ROLIM, L.R. et al. Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre gasometria arterial. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n.1, p. 713-721, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7825/1/2013_art_emmelo.pdf>. Acesso em: 4 de out. 2016.

SALUM, A. M. C.; SANTOS, J. L. F.; LIMA, F. D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_02.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

SALUM, A. M. C.; SOUSA, R. M. C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 256-262, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200016>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

SCHNEIDER, M.; FAKE, P. Implementing a relationship-based care model on a large orthopaedic/ neurosurgical hospital unit. **Rev. Orthopaedic Nursing**, v. 29, n. 6, p. 374-378, 2010.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**,

São Paulo, v. 232, n. 3, p. 313-317, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 169-173, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a23.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

SOARES, M. A. M.; GERELLI, A. M.; AMORIM, A. S. **Enfermagem**: cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SOUZA, C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1318-1324, 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01318.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SOUZA, V.E.C. et al. Avaliação da troca gasosa de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 681-687, 2010. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/20365/13526>>. Acesso em: 01 de out. 2016.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

XAVIER, A. G.; ALMEIDA, T. C. F. Sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório de segmentectomia pulmonar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UEPE On Line**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7468-7473, 2015. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5805/pdf_7587>. Acesso em: 3 nov. 2016.

ZUÑIGA, Q. G. P. **Ventilação mecânica básica para enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo “PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA AS ESPECIALIDADES DE NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA FUNDAMENTADO NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM” que tem por objetivos: Construir um padrão de registro de enfermagem para os setores de Neurocirurgia e Ortopedia fundamentado na CIPE®; Avaliar o padrão de registro de enfermagem para os setores de Neurocirurgia e Ortopedia.

Acreditamos que ela seja importante porque auxiliará na padronização da linguagem de enfermagem, auxiliando o enfermeiro no registro de sua prática, contribuindo na qualidade do cuidado prestado e na visibilidade da profissão.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A minha participação no referido estudo será por meio da leitura e discussão de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as especialidades de Neurocirurgia e Ortopedia, em um seminário gravado, com duração de 60 minutos no ambiente em que trabalho.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: contribuir para implantação destes diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no ambiente em que trabalho e auxiliar no processo de padronização da linguagem da enfermagem. Recebi, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como: constrangimento ao expressar minha opinião a respeito dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Dos quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como, a liberdade de me opor a explicitar minha opinião a qualquer questão que possa gerar algum tipo de constrangimento; posso comunicar à pesquisadora sobre a necessidade de interromper a minha participação na pesquisa, caso eu me sinta prejudicado, de modo que a mesma o fará imediatamente.

SIGILO E PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro, ou mediante depósito em conta corrente.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Mestranda Ana Paula Veiga Domiciano Peluci e Profª Drª Marcia Regina Cubas do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com eles poderei manter contato pelos telefones (44) 9946-1214 e (41)3271-1657.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que

a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 as 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

USO DE IMAGEM

Autorizo o uso de minha imagem e áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito para transcrição.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

APENDICE B – ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS INTERVENÇÕES

Quadro 18 – Enunciados de diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Situação da intervenção
Aceitação do estado de saúde	Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde	Mantida
	Elogiar o comportamento de aceitação do estado de saúde	Mantida
	Esclarecer todas as dúvidas do paciente	Excluída
	Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo	Mantida
	Oferecer apoio psicológico	Mantida
	Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico	Mantida
Aceitação do estado de saúde prejudicada	Orientar o paciente quanto ao real estado de saúde e às possibilidades de melhora	Excluída
	Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde	Mantida
	Encorajar a capacidade para se ajustar	Excluída
	Incentivar comportamento de procura de saúde	Mantida
	Informar ao paciente e/ou cuidador sobre hábitos de lazer para evitar o isolamento social como estratégia de enfrentamento	Mantida
	Orientar para a procura dos serviços de saúde na comunidade	Mantida
Acesso intravenoso prejudicado	Identificar os padrões anormais do acesso intravenoso (hematoma, flebite, tromboflebite, esclerose, isquemia, gangrena)	Mantida
	Manter o curativo oclusivo	Mantida
	Monitorar os sinais e os sintomas de complicações	Excluída
	Monitorar sinais e sintomas de infecção	Mantida
	Prevenir a infecção local	Excluída
	Retirar o acesso intravenoso, caso necessário	Mantida
Acesso intravenoso preservado	Implementar técnica asséptica para manuseio do acesso intravenoso	Mantida
	Manter o curativo oclusivo	Mantida
	Monitorar sinais e sintomas de complicações	Mantida
	Monitorar sinais e sintomas de infecção	Mantida
Cognição prejudicada	Prevenir infecção local	Excluída
	Apoiar o processo de tomada de decisão	Mantida

	Avaliar a cognição	Mantida
	Avaliar o estado psicológico	Mantida
	Estimular a verbalização de emoções dolorosas	Mantida
	Estimular o paciente a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais	Mantida
Comunicação prejudicada	Conversar sobre o problema da frustração decorrente da incapacidade de comunicar-se	Mantida
	Dar ao cliente a oportunidade de tomar decisões em relação aos cuidados	Modificada
	Deixar que o paciente expresse seus sentimentos e angústias	Mantida
	Diminuir ruídos externos e distrações	Excluída
	Escutar o paciente atentamente e apoiá-lo	Mantida
	Estimular a comunicação verbal e não verbal	Mantida
	Estimular a participação da mãe nos procedimentos/tratamentos	Excluída
	Estimular o paciente e ou a família a compartilhar os pontos de vista e os sentimentos	Excluída
	Falar com calma utilizando frases curtas e simples	Mantida
	Falar em um nível mais alto, para que o mesmo consiga ouvir com clareza	Modificada
	Falar pausadamente e em tom normal	Mantida
	Fazer com que somente uma pessoa fale	Mantida
	Fazer um esforço para compreender quando a pessoa estiver falando	Excluída
	Identificar as barreiras na comunicação	Excluída
	Identificar os fatores que interferem na comunicação	Mantida
	Identificar as questões culturais que interferem na comunicação	Excluída
	Incentivar a família na vivência dos sentimentos relativos aos problemas de comunicação	Excluída
	Inserir os fatores que promovam a audição e a compreensão	Excluída
	Investigar deficiência auditiva	Mantida
	Minimizar os sons desnecessários no ambiente	Excluída
	Monitorar as mudanças no padrão da fala do paciente e no nível de orientação	Mantida
	Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro	Mantida
	Oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação	Mantida
	Ouvir atentamente	Excluída
	Permitir a presença de visitas que estimulem a comunicação	Mantida
	Proporcionar a socialização com outras pessoas	Mantida
	Proporcionar atmosfera de aceitação	Excluída
	Proporcionar métodos alternativos de comunicação	Excluída
	Proporcionar privacidade para a cliente	Modificada

	Proporcionar um ambiente tranquilo	Excluída
	Reorientar o paciente para a realidade (chamar o paciente pelo nome, dizer o seu nome e dar ao paciente informação sobre o contexto)	Mantida
	Repetir, depois reformular, o pensamento se a pessoa demonstrar que não compreendeu o significado completo	Mantida
Constipação	Usar estratégias para melhorar a comunicação	Excluída
	Usar o lúdico na comunicação	Excluída
	Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação	Mantida
	Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse	Modificada
	Avaliar o acesso ao banheiro, bem como sua privacidade	Mantida
	Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais	Mantida
	Detectar sinais de fecaloma	Mantida
	Encorajar a deambulação	Excluída
	Encorajar o consumo de alimentos ricos em fibras	Mantida
	Ensinar a importância de responder ao impulso para defecar, por ocasião da alta hospitalar	Mantida
	Ensinar exercícios abdominais para estímulo do peristaltismo	Excluída
	Estimular a deambulação	Mantida
	Estimular a ingestão de líquidos, caso não seja contraindicado	Mantida
	Estimular dietas laxativas	Excluída
	Estimular ingestão de 1 500 a 2 000 ml de líquidos diariamente	Excluída
	Estimular ingestão de alimento laxante	Excluída
	Estimular uma maior ingestão líquida	Excluída
	Identificar causas da constipação	Excluída
	Identificar os fatores causadores ou contribuintes para a constipação	Mantida
	Incentivar a ingestão hídrica e de alimentos com fibra	Excluída
	Informar o paciente sobre procedimentos de remoção manual de fezes, se necessário	Mantida
	Informar serviço de nutrição sobre o problema do cliente	Modificada
	Instruir sobre a necessidade de exercícios regulares	Excluída
	Instruir e/ou estimular a ingestão balanceada de fibras alimentares e alimentos que formam volume fecal	Excluída
	Investigar hábitos de eliminação	Excluída
	Investigar padrão de eliminação do paciente	Excluída
	Investigar se existem fatores causadores, que contribuem para a constipação	Mantida
	Manter o controle de líquidos	Mantida

	Monitorar a ingestão da dieta	Mantida
	Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor	Mantida
	Monitorar as eliminações intestinais	Excluída
	Monitorar os exames laboratoriais (eletrólitos)	Mantida
	Monitorar os ruídos hidroaéreos	Excluída
	Monitorar os sinais e sintomas de constipação	Mantida
	Monitorar os sinais e sintomas de compactação	Excluída
	Orientar a necessidade de atividade física	Excluída
	Orientar o consumo de líquidos e fibras	Excluída
	Orientar o paciente a estabelecer horário para a eliminação intestinal	Mantida
	Orientar o paciente e a família sobre dieta com elevado teor de fibras	Excluída
	Orientar sobre dieta rica em fibras, por ocasião da alta hospitalar	Excluída
	Pesar o paciente diariamente	Excluída
	Proporcionar a movimentação ativa e/ou passiva no leito	Mantida
	Realizar irrigação intestinal, quando necessário	Mantida
	Registrar as eliminações intestinais quanto à frequência, à consistência, ao volume e à cor	Excluída
Débito cardíaco aumentado	Auscultar a frequência cardíaca	Excluída
	Avaliar a fonética das bulhas cardíacas	Mantida
	Avaliar a pressão arterial do cliente	Modificada
	Avaliar o ritmo cardíaco	Mantida
	Controlar o volume de líquidos ganhos	Mantida
	Identificar a utilização de medicamentos que aumentem a frequência cardíaca	Mantida
	Identificar os fatores emocionais que aumentem a frequência cardíaca	Mantida
	Identificar os fatores fisiopatológicos que aumentem a frequência cardíaca	Mantida
	Manter as vias aéreas permeáveis	Excluída
	Manter uma dieta balanceada	Mantida
	Monitorar alterações de frequência cardíaca após esforço físico	Mantida
	Monitorar o estado respiratório, em busca de sintomas de falência cardíaca	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Observar presença de sangramento	Mantida
	Posicionar o paciente adequadamente no leito	Mantida
	Reduzir a ansiedade	Excluída
	Reduzir o esforço físico	Mantida

	Supervisionar dor precordial	Mantida
Débito cardíaco diminuído	Almejar nas primeiras seis horas de diagnóstico médico de sepse grave ou choque séptico: pressão de átrio direito 8-12mmHg; pressão arterial média $\geq$ 65mmHg; diurese $> 0.5\text{ml/kg/h}$; $\text{SvO}_2 \geq 70\%$ ou $\text{SvO}_2 \geq 65\%$	Mantida
	Atentar para sinais de resistência vascular sistêmica (sinais de choque compensado - periferia fechada e vasodilatação central)	Mantida
	Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios pelo menos a cada quatro horas	Mantida
	Avaliar a fonética das bulhas cardíacas	Mantida
	Avaliar a frequência cardíaca	Mantida
	Avaliar a pressão arterial do cliente	Modificada
	Avaliar o desequilíbrio de líquidos ou eletrólitos	Mantida
	Avaliar o peso	Excluída
	Avaliar presença e grau de edemas	Excluída
	Avaliar pressões sistêmicas e débito cardíaco	Mantida
	Avaliar pulsos periféricos se filiforme	Mantida
	Conferir a amplitude das curvas de pressão invasiva	Mantida
	Evitar o garroteamento do punho pelo curativo de cateter arterial e observar a perfusão periférica, integridade e o aspecto da mão diariamente	Modificada
	Examinar possíveis sinais de choque	Mantida
	Explicar ao paciente e ou a família quanto aos possíveis problemas cardíacos (tontura, indigestão, náusea, falta de ar)	Mantida
	Garantir a titulação ideal das doses de vasopressor e inotrópico	Mantida
	Identificar a utilização de medicamentos que diminuem a frequência cardíaca	Mantida
	Identificar os fatores emocionais que diminuem a frequência cardíaca	Mantida
	Identificar os fatores fisiopatológicos que diminuem a frequência cardíaca	Mantida
	Inspeccionar a pele quanto à palidez e à cianose	Mantida
	Inspeccionar para edemas de membros inferiores ou outras localizações	Mantida
	Manter a posição corporal em semifowler	Mantida
	Manter o balonete do cateter de artéria pulmonar desinsuflado	Mantida
	Manter os sistemas com transdutores de pressão preenchidos com solução salina heparinizada e pressurizada em 300 mmHg	Mantida
	Manter os transdutores de pressão nivelados com o eixo flebotático do cliente e realizar a “zeragem” das pressões hemodinâmicas a cada 12 horas, ou quando necessário	Modificada
	Manter oxigenoterapia, conforme a prescrição médica	Mantida

	Medir e registrar com exatidão o balanço hídrico	Modificada
	Mensurar pressão capilar pulmonar a cada oito horas	Mantida
	Monitorar e avaliar frequentemente a pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, pressão venosa central ou pressão de átrio direito, pressão da artéria pulmonar e débito cardíaco	Modificada
	Monitorar o balanço hídrico	Excluída
	Monitorar o estado mental	Mantida
	Monitorar o estado respiratório em busca de sintomas de falência cardíaca	Excluída
	Monitorar perfis de coagulação	Mantida
	Monitorar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído	Mantida
	Monitorar sinais vitais de seis em seis horas ou aprazar conforme necessidade	Excluída
	Monitorizar medicamentos para controlar a pressão arterial	Mantida
	Observar presença de pele fria e pegajosa para diagnóstico	Mantida
	Observar sinais de dispneia	Mantida
	Promover estabilização hemodinâmica por meio da ressuscitação volêmica prescrita pelo médico	Mantida
	Realizar balanço hídrico rigoroso	Excluída
	Reduzir elementos estressantes (ruídos e luz excessiva no ambiente)	Mantida
	Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular	Mantida
	Verificar e monitorar os sinais vitais	Modificada
	Avaliar a função urinária	Excluída
	Avaliar nível de consciência	Modificada
	Avaliar quanto à desidratação (sede, ressecamento de mucosas, perda do turgor cutâneo, pulsos periféricos reduzidos)	Mantida
Desidratação	Controlar o débito urinário continuamente	Mantida
	Controlar rigorosamente o gotejamento da hidratação venosa	Mantida
	Incentivar a ingestão de líquidos, caso não haja restrição	Mantida
	Manter acesso venoso pérvio	Mantida
	Monitorar a ingestão da dieta	Mantida
	Monitorar o balanço hídrico e os níveis séricos de eletrólitos	Mantida
	Monitorar o peso	Excluída
	Monitorar os sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, membranas mucosas secas, fontanelas deprimidas)	Excluída
	Observar aceitação da terapia de reidratação oral	Mantida
	Observar sinais de desidratação	Excluída

	Verificar o peso diariamente	Excluída
	Verificar os sinais vitais	Mantida
Diarreia	Aplicar creme hidratante na região perianal	Excluída
	Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse	Modificada
	Auscultar sons intestinais a cada quatro horas em caso de diarreia	Excluída
	Avaliar a aceitação de dieta constipante	Mantida
	Avaliar o turgor da pele	Mantida
	Desencorajar o consumo de produtos lácteos	Mantida
	Encorajar o aumento da ingestão hídrica	Mantida
	Identificar os fatores causadores ou contribuintes para a diarreia	Mantida
	Investigar os fatores causadores e/ou contribuintes da diarreia	Excluída
	Investigar os fatores causadores ou contribuintes para a diarreia	Excluída
	Lavar a região anal após cada episódio de diarreia	Mantida
	Manter a higiene íntima	Excluída
	Monitorar a administração da terapia de reidratação, caso prescrito	Mantida
	Monitorar a ingestão da dieta	Mantida
	Monitorar a pele perianal para detectar irritações e úlceras	Mantida
	Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Monitorar a presença de muco/sangue nas fezes	Excluída
	Observar e registrar a frequência e características das fezes	Excluída
	Observar os sinais de desidratação	Mantida
	Observar a pele e as mucosas da região genital	Excluída
	Oferecer líquidos ricos em potássio	Mantida
	Oferecer pequenas quantidades de alimentos ricos em potássio	Mantida
	Oferecer a terapia de reidratação oral, se necessário	Excluída
	Orientar a acompanhante sobre a importância da dieta constipante	Excluída
	Orientar o não consumo de alimentos ricos em fibras enquanto estiver com diarreia	Mantida
	Orientar quanto ao preparo para a realização de exames	Mantida
	Orientar sobre alimentos que aumentam o peristaltismo	Excluída
	Pesar a paciente diariamente	Excluída
	Promover um ambiente que deixe o cliente à vontade durante a eliminação	Modificada
	Acompanhar nível de tolerância a esforços	Mantida

Dispneia	Aspirar às vias aéreas mediante ausculta pulmonar	Modificada
	Aspirar cânula de traqueostomia	Excluída
	Aspirar secreções, quando necessário	Excluída
	Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios	Mantida
	Avaliar a perfusão tissular	Mantida
	Avaliar condição hemodinâmica (saturação, frequência cardíaca e respiratória e nível de consciência)	Modificada
	Avaliar frequência e profundidade respiratória a cada duas horas	Excluída
	Avaliar os sinais de cianose	Excluída
	Avaliar padrão respiratório	Excluída
	Avaliar sistema cardiovascular	Excluída
	Higienizar cânula de traqueostomia, caso seja necessário	Mantida
	Instituir medidas de redução no nível de ansiedade	Mantida
	Manter a cabeceira de cama elevada	Excluída
	Manter ambiente calmo	Excluída
	Manter ou elevar decúbito do leito na posição de Fowler	Modificada
	Monitorar a administração de oxigênio, se necessário	Mantida
	Monitorar a frequência e o ritmo respiratório	Excluída
	Monitorar a utilização da musculatura acessória	Excluída
	Monitorar o padrão respiratório	Excluída
	Monitorar os sinais de agitação	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Excluída
	Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal	Mantida
	Observar secreções respiratórias	Excluída
	Orientar movimentos de acordo com a tolerância do cliente	Modificada
	Orientar o repouso no leito	Mantida
	Orientar para exercícios respiratórios	Excluída
	Orientar repouso relativo no leito	Excluída
	Realizar terapia respiratória não invasiva prescrita	Mantida
	Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso	Excluída
	Verificar sinais de cianose	Mantida
	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis	Mantida
Dor (especificar a intensidade)	Aplicar compressa fria ou quente, dependendo do grau da dor, para minimizá-la	Mantida
	Avaliar a dor de acordo com uma escala de 0 a 10	Excluída

	Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração	Excluída
	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de levantamento constante da experiência de dor	Mantida
	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor	Excluída
	Avaliar e descrever as características da dor, incluindo localização, intensidade (valor atribuído a partir de escalas), qualidade (queimação, pontada, choque etc), início, duração, variações, ritmo e fatores precipitantes	Modificada
	Avaliar a intensidade da dor por meio de escalas	Excluída
	Avaliar os sinais e sintomas da dor, após a administração de analgésico	Mantida
	Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio	Mantida
	Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (por ex : temperatura ambiente, iluminação, ruído)	Mantida
	Dar informações à acompanhante sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário	Mantida
	Descrever as características da dor, incluindo local, o início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes	Excluída
	Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir nela adequadamente	Mantida
	Encorajar o paciente quanto à discussão de sua experiência de dor, quando adequado	Excluída
	Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, imagem orientada, diversão, aplicação de compressas frias/quentes, aplicação de massagem) antes, após e se possível durante a atividade dolorosa	Mantida
	Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor	Mantida
	Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível	Mantida
	Investigar os fatores que aumentam a dor	Mantida
	Manter repouso no leito	Mantida
	Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos, após administração de medicamento	Mantida
	Monitorar e registrar a eficácia e os efeitos do medicamento administrado	Excluída
	Observar indicadores não verbais de desconforto	Excluída
	Observar os sinais não verbais da dor	Mantida
	Oferecer ambiente calmo e agradável para o repouso e sono adequados e facilitar o alívio da dor	Modificada
	Oferecer ambiente calmo e agradável	Excluída
	Oferecer informações sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário	Mantida

	Orientar o paciente quanto à necessidade de repouso durante a dor	Excluída
	Promover conforto e medidas que ajudem na diminuição da dor	Excluída
Dor aguda	Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (medo, fadiga, monotonia e falta de informação)	Mantida
	Selecionar medidas de alívio da dor, quando necessário	Excluída
	Usar as medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave	Mantida
	Verificar o nível de desconforto do paciente	Mantida
	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis	Excluída
	Aplicar compressa fria ou quente, de acordo com a necessidade	Mantida
	Atentar para deixar o paciente em posição dorsal após punção lombar, a fim de evitar a cefaleia postural	Mantida
	Avaliar a dor quanto à frequência, localização e duração	Mantida
	Avaliar a eficácia da medicação, após sua administração	Mantida
	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor	Mantida
	Avaliar a intensidade e a tolerância da dor	Mantida
	Avaliar a controle da dor	Mantida
	Avaliar a resposta à medicação	Mantida
	Avaliar as terapias tradicionais	Excluída
	Controlar a dor	Excluída
	Eliminar a causa da dor	Mantida
	Ensinar medidas não farmacológicas para controlar a dor	Excluída
	Ensinar medidas não invasivas de alívio da dor	Excluída
	Estimular a verbalização da dor	Mantida
	Explicar a causa da dor, se possível	Mantida
	Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor	Mantida
	Fornecer atividades de diversão, como livros, brinquedos e artes	Mantida
	Fornecer medidas de conforto, como massagem, reposicionamento e instrução sobre respiração profunda e técnicas de relaxamento	Excluída
	Identificar atitudes em relação à dor	Mantida
	Identificar causas da dor	Mantida
	Identificar, junto com o cliente, os fatores que aliviam a dor	Modificada
	Iniciar controle da analgesia	Mantida
	Investigar queixas de dor	Mantida
	Monitorar a dor após administração de medicamento	Mantida

	Monitorar a eficácia da modalidade de administração da medicação	Excluída
	Monitorar a satisfação da paciente com o controle da dor	Excluída
	Monitorar o efeito terapêutico do medicamento no cliente	Excluída
	Oferecer privacidade durante a experiência dolorosa	Mantida
	Promover ambiente tranquilo	Mantida
	Proporcionar informações corretas sobre as medicações para o controle da dor, para reduzir o medo de adição a drogas	Mantida
	Proporcionar um ambiente calmo	Excluída
	Registrar a eficácia e os efeitos adversos da medicação administrada	Mantida
	Registrar as características da dor	Excluída
	Utilizar escalas unidimensionais e multidimensionais para avaliação da dor	Excluída
Dor Crônica	Verificar o nível de desconforto do paciente	Mantida
	Verificar os sinais subjetivos da dor	Mantida
	Aplicar compressa quente no local	Mantida
	Avaliar a dor quanto à frequência, localização e duração	Mantida
	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor	Mantida
	Avaliar a eficácia do medicamento, após a administração	Mantida
	Avaliar o controle da dor	Excluída
	Avaliar resposta à medicação	Excluída
	Avaliar terapias tradicionais	Excluída
	Controlar a dor	Excluída
	Discutir com o indivíduo a eficácia da combinação de técnicas físicas e psicológicas com a farmacoterapia	Mantida
	Discutir o sofrimento causado pela experiência da dor	Excluída
	Eliminar a causa da dor	Excluída
	Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor	Mantida
	Estimular a verbalização da dor	Mantida
	Explicar origem da dor	Mantida
	Explorar as expectativas quanto ao curso da dor, ao tratamento e aos efeitos colaterais	Mantida
	Favorecer o repouso e o sono adequados, para facilitar o alívio da dor	Mantida
	Identificar atitudes em relação à dor	Mantida
	Identificar causas da dor	Mantida
	Identificar e incentivar os pacientes a usarem as estratégias que foram bem-sucedidas com a dor prévia	Mantida

	Identificar, junto com o cliente, os fatores que aliviam a dor	Modificada
	Iniciar controle da analgesia	Mantida
	Investigar os efeitos da dor crônica sobre a vida do indivíduo	Excluída
	Monitorar a dor após administração de medicamento	Excluída
	Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor	Mantida
	Registrar as características da dor	Excluída
	Tranquilizar o paciente de que você sabe que a dor é real e o ajudará a enfrentá-la	Mantida
	Utilizar escalas unidimensionais e multidimensionais para avaliar a dor	Excluída
	Verificar o nível de desconforto do paciente	Mantida
	Verificar os sinais subjetivos da dor	Mantida
Edema (especificar o grau e a localização)	Avaliar a congestão pulmonar pela ausculta	Mantida
	Avaliar as condições da pele e a perfusão	Mantida
	Avaliar necessidade de restrição hídrica	Mantida
	Controle de ingestão hídrica	Excluída
	Evitar o esparadrapo quando possível, trocar de posição a cada duas horas	Mantida
	Examinar condições de pulsos periféricos com perimetria do membro afetado (medir circunferência das extremidades)	Mantida
	Lavar delicadamente entre as dobras da pele e secá-las com cuidado	Mantida
	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca)	Mantida
	Monitorar a pele quanto aos sinais de úlceras por pressão	Modificada
	Monitorar ingestão e eliminação	Mantida
	Monitorizar a resposta do cliente ao tratamento diurético pelo balanço hídrico, regressão de edema e do peso corporal	Modificada
	Observar turgor cutâneo e, se alterado, hidratar e massagear	Mantida
	Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário	Mantida
	Pesar o paciente diariamente em jejum	Excluída
	Proteger a pele edemaciada de lesões e oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins, quando necessário	Mantida
	Supervisionar a aceitação de dieta hipossódica	Mantida
	Aferir os sinais vitais e avaliar os parâmetros hemodinâmicos invasivos se estiver disponíveis	Mantida
	Avaliar resposta à infusão de líquidos e fluidos	Mantida

	Controlar a ingestão de líquido	Excluída
	Determinar o volume e a frequência do aporte de líquidos de todas as formas: via oral, intravenosa, ventilador, etc	Mantida
	Determinar os padrões e o volume urinário	Mantida
	Observar e avaliar a extensão do edema	Modificada
	Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos	Modificada
	Registrar a ingestão e a perda com precisão e calcular o balanço hídrico	Excluída
	Registrar o peso diário às seis horas	Excluída
	Avaliar e registrar a localização do edema	Modificada
	Investigar a causa do edema	Excluída
	Manter a extremidade edemaciada acima do nível do coração sempre que possível	Excluída
	Manter o cuidado com a pele	Mantida
	Proteger o membro edemaciado contra lesões	Excluída
	Realizar balanço hídrico e eletrolítico	Mantida
	Registrar o peso diário em jejum	Excluída
	Trocar decúbito a cada duas horas	Mantida
	Avaliar e registrar a localização do edema	Excluída
	Investigar a causa do edema	Mantida
	Manter a extremidade edemaciada acima do nível do coração sempre que possível	Mantida
	Manter o cuidado com a pele	Excluída
	Monitorar a pele quanto a sinais de úlceras por pressão	Modificada
	Monitorar resultados laboratoriais (eletrólitos)	Mantida
	Proteger o membro edemaciado contra lesões	Mantida
	Realizar balanço hídrico	Excluída
	Registrar o peso diário em jejum	Excluída
	Trocar decúbito a cada duas horas	Excluída
	Avaliar e registrar a localização e evolução do edema	Excluída
	Investigar a causa do edema	Excluída
	Manter o cuidado com a pele	Mantida
	Monitorar a pele quanto a sinais de úlcera por pressão	Excluída
	Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos)	Excluída
	Mudar o decúbito a cada duas horas	Excluída
	Realizar o balanço hídrico	Excluída
	Registrar o peso diário	Excluída

Eliminação intestinal prejudicada	Aumentar a ingestão hídrica	Mantida
	Auscultar ruídos hidroaéreos	Mantida
	Encorajar a deambulação	Excluída
	Encorajar o consumo de alimentos ricos em fibras	Mantida
	Encorajar quanto à ingestão de líquido diariamente	Mantida
	Ensinar exercícios de estímulo do peristaltismo	Excluída
	Estimular a deambulação	Mantida
	Informar serviço de nutrição sobre o problema do cliente	Modificada
	Monitorar as eliminações intestinais quanto à coloração (acolia fecal), consistência, formato, volume e odor	Mantida
	Monitorar os sinais e sintomas de diarreia	Excluída
	Monitorar ruídos hidroaéreos	Excluída
	Orientar o paciente e a família sobre a importância da dieta constipante e rica em fibras	Mantida
	Proporcionar conforto e segurança	Mantida
	Proporcionar privacidade para o uso do sanitário	Mantida
Eliminação intestinal preservada	Verificar o uso de medicações ou consumo de alimento que modificam a coloração das fezes	Mantida
	Estimular a eliminação intestinal através de exercícios	Mantida
	Monitorar a ingestão da dieta	Mantida
	Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, consistência, volume, cor e odor	Modificada
	Monitorar os ruídos hidroaéreos	Mantida
	Pesar o paciente diariamente	Excluída
	Avaliar a presença de edema no corpo diariamente	Mantida
	Averiguar quanto ao uso de medicamentos que aumentam a eliminação urinária	Excluída
Eliminação urinária aumentada	Calcular o balanço hídrico	Excluída
	Colocar um papagaio ou aparelheira ao alcance do paciente	Mantida
	Controlar diurese das 24 horas quanto ao volume e características	Excluída
	Desencorajar a ingestão de líquidos após as 19 horas	Mantida
	Documentar a coloração e as características da urina, a ingestão, a eliminação e o peso diário do paciente	Mantida
	Ensinar as causas do aumento da frequência urinária	Excluída
	Fazer controle rigoroso de infusões venosas	Mantida
	Investigar déficits sensoriais cognitivos	Excluída
	Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade de eliminação urinária	Mantida

	Limpar a área dos genitais em intervalos regulares	Excluída
	Mantiver a higiene íntima	Mantida
	Monitorar a eliminação urinária quanto à coloração (colúria), frequência e débito urinário	Mantida
	Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a quantidade, o odor e a cor	Excluída
	Monitorar o balanço hídrico	Excluída
	Monitorar o débito urinário	Excluída
	Monitorar o odor e a limpidez da urina	Excluída
	Monitorar padrão de eliminação urinária	Excluída
	Monitorar sinais e sintomas de infecção urinária	Mantida
	Observar quanto aos sinais e sintomas de bexiga cheia, inquietação, desconforto abdominal, sudorese e calafrios	Mantida
	Observar se o meato urinário encontra-se pérvio	Excluída
	Observar sinais de infecção	Mantida
	Orientar a higiene íntima	Excluída
	Orientar quanto à diminuição da ingestão de líquidos	Excluída
	Orientar quanto à ingestão hídrica	Mantida
	Orientar quanto ao preparo para a realização de exames	Mantida
	Promover a integridade da pele	Mantida
	Providenciar aparelheira ou papagaio	Excluída
	Realizar balanço hídrico	Mantida
	Realizar cateterismo vesical de alívio ou de demora, conforme necessidade	Mantida
	Reduzir as barreiras ambientais	Mantida
Eliminação urinária espontânea	Registrar ingestão e eliminação de líquidos	Excluída
	Relatar quaisquer mudanças quanto às características da urina, ingestão, excreção e o peso diário do paciente	Modificada
	Verificar o uso de medicamentos que comprometem e aumentam a eliminação urinária	Mantida
	Monitorar a coloração, frequência e volume urinário	Mantida
	Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária, por ocasião da alta hospitalar	Mantida
Eliminação urinária reduzida	Reforçar a orientação sobre ingestão hídrica	Mantida
	Averiguar quanto ao uso de medicamentos que comprometem a eliminação urinária	Mantida
	Calcular o balanço hídrico	Excluída
	Estimular a eliminação urinária	Mantida
	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor	Mantida
	Observar os sinais de infecção	Mantida

	Orientar quanto à ingestão hídrica	Mantida
	Orientar quanto ao preparo para a realização de exames	Mantida
	Realizar balanço hídrico	Mantida
	Realizar cateterismo vesical de alívio ou de demora, conforme necessidade	Mantida
	Utilizar técnicas não farmacológicas para estimular eliminação urinária	Mantida
	Atentar para depressão respiratória	Excluída
	Avaliar nível de sonolência	Mantida
	Controlar a administração e os efeitos da medicação prescrita	Excluída
	Diferenciar a sonolência do paciente	Excluída
	Estimular o descanso	Excluída
Estado de sonolência	Monitorar risco de depressão respiratória	Mantida
	Proporcionar sono e repouso ao paciente	Mantida
	Avaliar a cicatrização e a evolução da ferida	Excluída
	Avaliar e registrar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida	Modificada
	Avaliar os hábitos de higiene pessoal	Mantida
	Avaliar o aspecto da ferida operatória	Excluída
	Avaliar o local da ferida cirúrgica	Excluída
	Avaliar os sinais de infecção	Excluída
	Cobrir a ferida cirúrgica com cobertura estéril, conforme características do exsudato, quando necessário	Mantida
	Encorajar a ingestão adequada de nutrientes e líquidos	Mantida
Ferida cirúrgica infectada	Ensinar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica	Mantida
	Estimular a ingestão de nutrientes	Mantida
	Lavar o local da incisão com água e sabão, mantendo a região bem seca	Mantida
	Limpar o local da ferida com solução antisséptica, quando necessário	Mantida
	Manter a higiene corporal	Mantida
	Medir o débito de drenos	Mantida
	Monitorar a temperatura axilar a cada duas horas	Mantida
	Monitorar o sangramento da incisão cirúrgica	Mantida
	Monitorar sinais e sintomas de infecção	Mantida
	Monitorar sinais vitais, principalmente a temperatura	Mantida
	Observar as condições de sutura da pele	Mantida
	Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção	Mantida
	Orientar quanto à importância da higiene corporal e íntima	Mantida

Ferida cirúrgica limpa	Orientar repouso no leito	Mantida
	Orientar sobre os sinais e os sintomas de infecção	Excluída
	Proteger a pele, para evitar rompimento	Mantida
	Realizar curativo sempre que necessário	Mantida
	Registrar no prontuário do cliente os aspectos da lesão	Modificada
	Verificar os sinais e os sintomas de infecção	Excluída
	Avaliar e registrar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida	Modificada
	Avaliar incisão cirúrgica	Excluída
	Avaliar o local da ferida cirúrgica	Mantida
	Avaliar o processo de cicatrização	Excluída
	Cobrir a ferida cirúrgica com cobertura estéril, caso necessário	Mantida
	Estimular a ingestão de nutrientes	Mantida
	Lavar o local da incisão com água e sabão, mantendo a região bem seca	Mantida
	Limpar o local da ferida com solução antisséptica, caso prescrito	Mantida
	Manter a higiene corporal	Mantida
Ferida traumática	Motivar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica	Mantida
	Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo-a bem seca	Mantida
	Orientar o paciente e a família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção	Mantida
	Orientar o retorno para a retirada de pontos cirúrgicos após sete dias	Mantida
	Orientar quanto à importância da higiene corporal	Excluída
	Realizar o curativo com técnica estéril	Mantida
	Avaliar a característica da drenagem da ferida	Mantida
	Avaliar a evolução da ferida	Mantida
	Avaliar as características do exsudato da ferida	Mantida
	Avaliar e registrar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida	Modificada
	Avaliar o leito da ferida para escolha da cobertura mais adequada, priorizando a cobertura estéril e não aderente	Mantida
	Avaliar o local da ferida	Excluída
	Encorajar a ingestão adequada de nutrientes	Mantida
	Lavar o local da incisão com água e sabão, mantendo a região bem seca	Mantida
	Limpar o leito da ferida com solução fisiológica morna em jato	Mantida
	Limpar o local da ferida com solução antisséptica	Mantida
	Manter a higiene corporal	Mantida

	Monitorar os sinais vitais, principalmente a temperatura	Mantida
	Orientar quanto à importância da higiene corporal	Excluída
	Orientar sobre os sinais e os sintomas de infecção	Mantida
	Realizar curativos diariamente, utilizando técnicas assépticas	Mantida
	Verificar sinais e os sintomas de infecção	Mantida
	Aplicar técnicas de massagem de conforto	Excluída
	Avaliar a coloração da pele (icterícia)	Mantida
	Avaliar a evolução de lesões	Excluída
	Avaliar a hidratação da pele	Mantida
	Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão	Mantida
Integridade da pele prejudicada	Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo	Mantida
	Avaliar características de lesões	Excluída
	Avaliar e registrar lesão	Excluída
	Avaliar o grau de ruptura da pele	Mantida
	Avaliar o nível de alopecia no local de lesões	Mantida
	Controlar a ingestão e a eliminação (balanço hídrico)	Mantida
	Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos	Mantida
	Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes	Mantida
	Estimular a hidratação	Excluída
	Estimular a mudança de posição	Excluída
	Estimular a deambulação	Mantida
	Estimular a mudança de decúbito de modo passivo	Excluída
	Estimular o corte das unhas	Mantida
	Explicar cuidados com ostomias, pele e áreas circunvizinhas	Mantida
	Hidratar a pele com compressas umedecidas	Mantida
	Inspeccionar áreas onde há o risco de existirem lesões	Excluída
	Instruir quanto à hidratação da pele	Mantida
	Instruir quanto à ingestão de líquidos	Mantida
	Investigar a sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) das lesões	Mantida
	Localizar áreas possíveis de lesão de úlcera por pressão e protegê-la	Modificada
	Manter a higiene da pele	Mantida
	Manter a pele limpa e seca	Excluída
	Manter lençóis limpos e lisos	Mantida

	Manter o paciente seco, livre de secreções e eliminações	Mantida
	Mobilizar o paciente no leito, se adequado	Mantida
	Monitorar o estado nutricional	Mantida
	Orientar a higiene corporal e oral	Excluída
	Orientar quanto à importância da higiene corporal	Excluída
	Orientar que a fricção da pele seja realizada com a polpa digital	Mantida
	Orientar sobre a mudança de decúbito a cada duas horas	Mantida
	Orientar sobre o uso de hidratante	Mantida
	Prevenir lesões na pele e protegê-la contra infecção	Excluída
	Proteger a pele contra infecção	Excluída
	Realizar curativo diário ou quando necessário	Mantida
	Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada	Mantida
	Realizar massagem na pele	Excluída
	Realizar mudança de decúbito	Mantida
	Supervisionar o cuidado com a pele	Excluída
	Utilizar superfície de suporte para diminuir áreas de pressão	Mantida
	Verificar a ingestão da dieta	Excluída
	Assegurar uma ingestão nutricional adequada	Excluída
	Avaliar a evolução da ferida	Mantida
	Avaliar a ferida a cada troca de curativo	Excluída
	Avaliar as áreas de pressão	Mantida
Lesão por pressão (especificar a localização e o estágio)	Descrever as características da úlcera, incluindo o tamanho, profundidade, o estágio (I-IV), a localização, a granulação ou o tecido desvitalizado e a epitelização	Modificada
	Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes	Mantida
	Limpar a pele em torno da úlcera com sabão suave e água	Mantida
	Manter a pele limpa, seca e hidratada	Mantida
	Manter leito da ferida úmido	Mantida
	Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele circunvizinha	Mantida
	Monitorar o estado nutricional do paciente	Mantida
	Monitorar os sinais e sintomas de infecção da úlcera	Modificada
	Mudar o decúbito no leito a cada duas horas	Mantida
	Orientar a família e/ou o cuidador a realizar os procedimentos de cuidado com a ferida	Mantida
	Orientar quanto à importância da higiene corporal	Mantida

	Orientar quanto à mudança de posição	Mantida
	Posicionar o paciente a cada duas horas de modo a evitar pressão prolongada	Excluída
	Realizar curativos, diariamente utilizando técnicas assépticas	Mantida
	Supervisionar a pele circunvizinha à lesão	Excluída
	Trocar curativo quando adequado	Mantida
	Utilizar colchões e cama apropriados, quando adequado	Mantida
	Apoiar cabeça durante o sono evitando obstrução das vias aéreas	Excluída
	Auscultar os sons pulmonares e aspirar vias aéreas, quando necessário	Modificada
	Ensinar técnicas de posicionamento para evitar o risco de broncoaspiração	Mantida
	Manter a umidade adequada do ar inspirado	Mantida
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Manter hidratação oral	Mantida
	Manter posição adequada do paciente no leito	Mantida
	Monitorar frequência e o ritmo respiratório	Mantida
	Observar perfusão periférica	Mantida
	Orientar sobre o manejo das vias aéreas	Mantida
	Proporcionar terapia suplementar de oxigênio conforme prescrição e necessidade	Mantida
	Trocar o filtro do ventilador mecânico quando sujo por secreção ou conforme protocolo do serviço	Mantida
	Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso	Mantida
	Incentivar o uso de muletas ou acessórios que auxiliem na locomoção	Excluída
	Manter um ambiente seguro e livre de obstáculos que causem acidente	Mantida
Marcha descoordenada	Registrar o nível de habilidade para deambular	Mantida
	Ajudar na deambulação, quando necessário	Mantida
	Auxiliar na mobilidade no leito	Mantida
	Auxiliar no banho	Mantida
	Avaliar as limitações atuais/gravidade do déficit, considerando as atividades diárias do paciente	Mantida
	Avaliar a integridade da pele uma vez ao dia	Mantida
	Avaliar o progresso do cliente na deambulação	Modificada
	Colocar os objetos de uso do paciente ao seu alcance	Mantida
	Elevar as grades da cama	Mantida
	Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, quando adequado	Mantida
Mobilidade física prejudicada	Ensinar as precauções de segurança ao indivíduo	Mantida
	Estimular a deambulação dentro de limites seguros	Mantida
	Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor	Mantida
		Mantida

	Evitar massagear as áreas eritematosas	Mantida
	Explicar ao paciente que será feita a mudança de decúbito	Mantida
	Incentivar a mudança de decúbito a cada duas horas ao paciente restrito no leito	Mantida
	Instruir o paciente para evitar quedas	Excluída
	Investigar complicações devido à mobilidade prejudicada	Mantida
	Investigar fatores que dificultam a mobilidade	Mantida
	Manter o padrão de eliminação intestinal	Excluída
	Monitorar a eliminação intestinal	Mantida
	Monitorar a função urinária	Mantida
	Orientar quanto à importância da deambulação	Mantida
	Orientar quanto à realização de mobilidade mesmo que seja de maneira passiva	Mantida
	Posicionar o paciente confortavelmente	Mantida
	Prevenir úlceras por pressão	Modificada
	Proteger as proeminências ósseas com filme transparente adesivo não estéril	Mantida
	Providenciar equipamento de segurança	Excluída
	Realizar mudança de decúbito	Excluída
	Usar mecânica corporal para posicionamento	Excluída
	Verificar a capacidade do cliente de ficar de pé e movimentar-se e o nível de ajuda necessário para a utilização de equipamentos	Modificada
Mobilidade no leito prejudicada	Ajudar nas atividades de mobilidade	Mantida
	Dar banho no leito	Mantida
	Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente	Mantida
	Explicar ao paciente que será feita a mudança de decúbito	Mantida
	Incentivar a mudança de decúbito a cada duas horas ao paciente restrito no leito	Mantida
	Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados	Mantida
	Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade	Mantida
	Mudar o decúbito no leito a cada duas horas	Excluída
	Observar e registrar o aparecimento de edema e hiperemia nas proeminências ósseas	Modificada
	Oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins, quando necessário	Mantida
	Orientar a acompanhante para a realização de atividade recreativas no leito	Excluída
	Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito	Excluída
	Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito	Excluída
	Aproximar-se do paciente sem julgá-lo	Excluída
Negação		

	Criar uma atmosfera que facilite a confiança	Excluída
	Desenvolver estratégias psicológicas para promover aceitação da situação de saúde	Mantida
	Identificar as causas desse sentimento	Mantida
	Avaliar a perfusão tissular periférica	Mantida
Nível de consciência diminuído	Avaliar o nível de consciência	Excluída
	Dar uma ordem simples de cada vez	Mantida
	Estimular a memória, repetindo o último pensamento que o paciente expressou	Mantida
	Evitar frustrar o paciente com perguntas sobre orientação que ele não possa responder	Excluída
	Evitar situações desconhecidas, quando possível	Mantida
	Informar o paciente sobre pessoas, tempo e local, na medida das necessidades	Mantida
	Monitorar mudanças no nível de consciência do paciente	Excluída
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Oferecer um ambiente físico e uma rotina diária consistente	Mantida
	Tratar sempre o paciente pelo nome ao iniciar a interação	Mantida
	Usar gestos ou objetos para aumentar a compreensão das comunicações verbais	Mantida
	Usar uma abordagem calma e sem pressa ao interagir com o paciente	Mantida
	Avaliar a função cognitiva	Mantida
	Avaliar a mobilidade e o movimento corporal	Mantida
	Avaliar os reflexos	Mantida
	Avaliar os sinais vitais	Excluída
	Monitorar as alterações no nível de consciência, pela escala de coma de Glasgow	Mantida
	Monitorar o padrão respiratório	Mantida
	Monitorar os sinais meníngeos de rigidez na nuca	Mantida
	Avaliar a perfusão tissular periférica quatro vezes ao dia	Excluída
Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Avaliar o nível de consciência a cada duas horas	Excluída
	Dar uma ordem simples de cada vez	Excluída
	Monitorar a eliminação urinária	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Excluída
	Observar coloração da pele e a temperatura	Mantida
	Fornecer com frequência informações básicas (lugar, tempo, e data) quando necessário	Mantida
	Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia, mês, época do ano, dia da semana e ano	Mantida
	Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento)	Mantida

	Perguntar sobre o lugar (nome do hospital, andar, cidade, endereço)	Excluída
	Promover ambiente seguro	Excluída
	Evitar a frustração do paciente com perguntas sobre orientação que ele não possa responder	Mantida
	Evitar situações desconhecidas, quando possível	Excluída
	Informar o paciente sobre pessoa, tempo e local, na medida das necessidades	Excluída
	Oferecer um ambiente físico e uma rotina diária consistente	Mantida
	Preparar o paciente para mudanças usuais na rotina e no ambiente	Mantida
	Promover repouso e sono adequados	Mantida
	Solicitar a colaboração da família/cuidador para ajudá-lo	Mantida
	Usar uma abordagem que seja coerente	Excluída
	Usar uma abordagem calma interagindo com o paciente	Mantida
	Usar gestos/objetos para aumentar a compreensão das comunicações verbais	Mantida
	Auscultar os sons respiratórios	Mantida
	Auxiliar na realização da ventilação não invasiva	Mantida
Padrão respiratório prejudicado	Elevar a cabeça da cama	Excluída
	Estimular exercícios respiratórios	Excluída
	Identificar fatores que desencadeiam o aumento da frequência respiratória	Mantida
	Monitorar a frequência respiratória	Excluída
	Monitorar a profundidade da respiração	Excluída
	Monitorar o padrão respiratório	Excluída
	Monitorar os sinais vitais	Excluída
	Orientar quanto à limpeza das vias aéreas	Mantida
	Verificar a perfusão periférica	Excluída
	Atentar para bradipneia	Excluída
	Manter a cabeça da cama elevada	Modificada
	Monitorar a administração de oxigenoterapia, conforme prescrito	Mantida
	Monitorar o estado respiratório quanto à frequência, ritmo, profundidade e ao esforço	Modificada
	Mudar o decúbito do paciente	Excluída
	Registrar alterações do padrão respiratório	Excluída
	Auscultar o tórax e verificar os sons respiratórios	Excluída
	Elevar a cabeça do leito	Excluída
	Estimular técnicas corretas de inspiração/expiração	Mantida
	Realizar aspiração de vias aéreas, quando necessário	Excluída

	Verificar sinais vitais	Mantida
	Aspirar vias aéreas mediante ausculta pulmonar	Modificada
	Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios	Excluída
	Avaliar a frequência e a profundidade respiratória	Excluída
	Avaliar os reflexos para a respiração adequada (tosse, vômito, deglutição)	Mantida
	Avaliar perfusão periférica	Mantida
	Elevar a cabeça da cama	Excluída
	Ensinar as técnicas de relaxamento	Excluída
	Estimular a ingestão de líquidos	Mantida
	Fornecer períodos de repouso entre as medidas de estimulação da respiração	Excluída
	Incentivar a mudança de decúbito	Excluída
	Monitorar sinais vitais	Excluída
	Proporcionar uma posição confortável	Mantida
	Assegurar ao paciente que estão sendo tomadas as medidas necessárias	Excluída
	Auscultar os sons pulmonares	Excluída
	Conscientizar o paciente sobre a necessidade e a importância da ventilação mecânica não invasiva	Mantida
	Manter repouso no leito	Mantida
	Monitorar frequência e ritmo respiratório	Excluída
	Observar o nível de consciência	Excluída
	Observar perfusão periférica	Excluída
	Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso	Excluída
Percepção sensorial alterada	Conversar com o paciente durante a realização dos cuidados para avaliar o déficit sensorial	Mantida
	Incentivar o uso de aparelhos de adaptação de acordo com a necessidade (auditiva, visual)	Mantida
	Orientar quanto à necessidade de acompanhante permanentemente com o paciente para minimizar isolamento	Mantida
	Utilizar técnicas de prevenção de acidentes até que ocorra a adaptação com o ambiente	Mantida
	Atentar para sinais de isquemia	Mantida
Perfusão tissular ineficaz	Auscultar e avaliar os ruídos intestinais diariamente	Modificada
	Auscultar sons respiratórios	Mantida
	Avaliar o hematócrito	Excluída
	Avaliar a qualidade e a força dos pulsos periféricos	Mantida
	Cobrir membros inferiores com lençóis leves	Mantida

	Coletar sangue arterial, monitorar o progresso dos gases arteriais e avaliar lactato sérico pela gasometria arterial	Mantida
	Controlar a ingestão hídrica	Mantida
	Desencorajar o uso de roupas apertadas	Mantida
	Ensinar sobre sinais e sintomas de trombose venosa profunda	Mantida
	Estimular a deambulação	Mantida
	Incentivar a caminhada e o aumento das atividades	Mantida
	Investigar os sinais de hemorragia	Mantida
	Manter os membros aquecidos	Mantida
	Monitorar a administração da oxigenoterapia	Mantida
	Monitorar a pele	Mantida
	Monitorar aparecimento de lesões nos pés	Mantida
	Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência	Mantida
	Monitorar coloração, temperatura e umidade da pele	Mantida
	Monitorar efeitos da medicação anticoagulante	Mantida
	Monitorar os pulsos periféricos	Mantida
	Monitorar sinais de complicação pulmonar	Mantida
	Monitorar sinais de sangramento	Mantida
	Monitorar sinais vitais a cada quatro horas	Mantida
	Mudar decúbito a cada duas horas	Mantida
	Orientar correção postural durante permanência em pé	Mantida
	Orientar o cliente quanto à elevação do membro afetado	Modificada
	Orientar quanto ao uso das meias de compressão	Mantida
	Orientar sobre longa permanência em pé	Mantida
	Posicionar o paciente com membros alinhados corretamente	Mantida
	Posicionar membros em posição de declive	Mantida
	Prevenir choque hipovolêmico	Mantida
	Prevenir úlcera por pressão	Modificada
	Supervisionar a pele do paciente	Excluída
	Supervisionar estado de acidose metabólica e monitorar a saturação venosa mista (SvO2) ou central (SvcO2) de oxigênio	Modificada
	Verificar a presença de arritmias, registrar e relatar a equipe	Modificada

Pressão intracraniana aumentada	Auxiliar na inserção dos dispositivos de monitoramento da PIC	Excluída
	Oferecer informações ao paciente/ familiares /pessoas importantes	Mantida
	Calibrar o transdutor	Mantida
	Nivelar o transdutor externo até um ponto de referência anatômico estável	Mantida
	Preparar o sistema de irrigação conforme apropriado	Mantida
	Ajustar os alarmes do monitor	Mantida
	Registrar os números da PIC	Mantida
	Monitorar a qualidade e as características das ondas PIC	Mantida
	Monitorar a pressão de perfusão cerebral	Mantida
	Monitorar a condição neurológica	Mantida
	Monitorar a PIC e a resposta neurológica do paciente às atividades de cuidado e aos estímulos do ambiente	Mantida
	Monitorar a quantidade, a frequência e as características de drenagem do líquido cerebroespinal	Mantida
	Manter a posição da câmara de coleta de líquido cerebroespinal (LCR), conforme a prescrição	Mantida
	Monitorar a ingestão e a eliminação	Mantida
	Prevenir deslocamento do dispositivo	Mantida
	Manter a esterilidade do sistema de monitoramento	Mantida
	Monitorar as linhas de pressão para controle de bolhas, resíduos ou sangue coagulado	Mantida
	Mudar o transdutor, o sistema de irrigação e a bolsa de drenagem, conforme necessário	Mantida
	Mudar e/ou reforçar o curativo do local da inserção do dispositivo, conforme necessário	Mantida
	Monitorar o local da inserção do dispositivo quanto a sinais de infecção ou perda de líquido	Mantida
	Obter amostras de drenagem do líquido cerebroespinal, conforme apropriado	Mantida
	Monitorar a temperatura e a contagem de glóbulos brancos	Excluída
	Observar se o paciente apresenta rigidez de nuca	Mantida
	Administrar antibióticos	Modificada
	Posicionar o paciente com a cabeça e o pescoço em posição neutra, evitando flexão extrema do quadril	Mantida
	Ajustar a cabeça de cama de modo a otimizar a perfusão cerebral	Mantida
	Minimizar os estímulos ambientais sobre a PIC	Mantida
	Espaçar os cuidados de enfermagem, para minimizar a elevação da PIC	Mantida
	Alterar o procedimento de aspiração para minimizar o aumento da PIC pela introdução da sonda (administrar lidocaína e limitar o número de aspirações)	Mantida
	Monitorar os níveis de CO2 e manter dentro dos parâmetros adequados	Mantida

	Manter a pressão arterial sistêmica dentro da variabilidade adequada	Mantida
	Notificar o médico quanto a PIC elevada que não responde aos protocolos de tratamento	Mantida
	Ensinar sobre manutenção dos níveis pressóricos	Mantida
	Monitorar a pressão arterial	Mantida
	Motivar a adesão ao tratamento prescrito	Mantida
	Motivar a ingestão de dieta hipossódica	Mantida
	Motivar a ingestão de líquidos	Mantida
	Reforçar as orientações sobre dieta e regime terapêutico	Mantida
	Atentar para alteração do nível de consciência	Mantida
	Atentar para queixas de tonturas	Mantida
	Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios a cada quatro horas	Mantida
	Controlar a pressão sanguínea	Mantida
	Controlar as infusões venosas	Excluída
	Controlar o balanço hídrico	Mantida
	Controlar o volume de infusões de líquidos	Excluída
	Estimular atividade física de forma moderada	Mantida
	Investigar os sinais de sangramento	Mantida
	Manter o repouso no leito	Mantida
	Monitorar a pressão arterial	Mantida
	Monitorar nível de consciência, frequência e ritmo cardíaco	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Monitorar pressão arterial frequentemente	Excluída
	Monitorar queixas de tonturas	Excluída
	Observar sinais de desidratação	Mantida
	Observar sinais de sangramento	Excluída
	Atentar para queixas de tonturas	Mantida
	Avaliar cor, temperatura e textura da pele	Mantida
	Avaliar o monitoramento cardíaco	Mantida
	Conscientizar o paciente e ou o acompanhante sobre a importância da redução do estresse	Mantida
	Controlar a pressão sanguínea	Mantida
	Documentar fatores relacionados à alteração da pressão arterial	Mantida
	Ensinar técnicas de redução de estresse	Mantida
	Estabelecer padrão de níveis tensoriais (horário, posição de verificação e condições)	Mantida
Pressão sanguínea controlada		
Pressão sanguínea diminuída		
Pressão sanguínea elevada		

	Estimular atividade física de forma moderada	Mantida
	Explicar a importância da não utilização do fumo	Excluída
	Identificar o estado cardíaco	Mantida
	Iniciar estratégia de mudança dos fatores precipitantes	Mantida
	Manter as vias aéreas permeáveis	Mantida
	Manter o repouso no leito	Mantida
	Monitorar a frequência cardíaca	Excluída
	Monitorar a pressão arterial frequentemente	Excluída
	Monitorar o equilíbrio de líquido	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Monitorar presença de dispnéia e fadiga	Mantida
	Orientar o paciente e ou o acompanhante sobre a importância da comunicação a qualquer desconforto torácico	Mantida
	Orientar dieta hipossódica e hipoproteica	Mantida
	Orientar paciente e a família sobre modificação de fatores de risco (parar de fumar, dieta e exercícios) conforme apropriado	Mantida
	Orientar períodos de repouso frequentes, para maximizar a perfusão periférica	Mantida
	Orientar quanto à importância da redução do estresse	Excluída
	Orientar quanto à importância de redução do sal da dieta	Mantida
	Orientar quanto ao repouso	Mantida
	Orientar quanto ao uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos	Mantida
	Orientar quanto aos exercícios moderados	Mantida
	Orientar repouso relativo	Excluída
	Realizar o controle hidroeletrolítico	Mantida
	Reduzir a ansiedade	Excluída
	Supervisionar a ingestão da dieta	Mantida
	Avaliar, Após Queda	Excluída
Queda	Monitorar Risco de Queda	Excluída
	Orientar sobre a Prevenção de Queda	Excluída
	Obter Dados sobre Risco de Quedas	Excluída
Risco de Aspiração	Aspirar secreções traqueobrônquicas	Excluída
	Manter o decúbito elevado	Modificado
	Monitorar o nível de consciência , o reflexo da tosse, reflexo do vômito e capacidade de deglutir	Mantida
	Monitorar a condição pulmonar	Mantida

	Manter uma via aérea	Excluída
	Posicionar o paciente em decúbito de 90 graus ou mais alto possível	Excluída
	Manter inflado o balonete traqueal	Mantida
	Manter disponível o aparelho de aspiração	Mantida
	Alimentar o paciente em pequenas quantidades	Mantida
	Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica e da gastrostomia antes de alimentar o paciente	Mantida
	Verificar o resíduo da sonda nasogástrica ou da gastrostomia antes de alimentar o paciente	Mantida
	Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual	Mantida
	Colocar "corante" na alimentação da sonda NG	Excluída
	Evitar líquidos ou uso de agente espessante	Mantida
	Oferecer alimentos ou líquidos que possam formar conteúdo semiespesso antes de engolir	Mantida
	Cortar os alimentos em pedaços pequenos	Mantida
	Solicitar medicação sob a forma de elixir	Mantida
	Fragmentar ou esmagar os comprimidos antes da administração	Mantida
	Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a refeição	Excluída
Risco de confusão aguda	Sugerir consulta com fonoaudiólogo, conforme apropriado	Mantida
	Sugerir a deglutição de biscoito com bário, ou fluoroscopia com vídeo, conforme apropriado	Excluída
	Agendar o cuidado de enfermagem para proporcionar momentos de silêncio para o paciente	Excluída
	Examinar o nível de consciência do paciente e as mudanças de comportamento	Modificada
	Limitar ruído e a estimulação ambiental	Mantida
Risco de Constipação	Utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas	Mantida
	Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse	Modificada
	Avaliar os sons intestinais e examinar o paciente quanto à distensão abdominal	Excluída
	Avaliar o padrão intestinal	Mantida
	Ensinar os exercícios abdominais para estímulo do peristaltismo	Mantida
	Ensinar massagem na região do cólon transverso e do cólon descendente diariamente	Excluída
	Estabelecer padrão de eliminação da paciente	Excluída
	Estimular a deambulação	Mantida
	Estimular a prática de atividades físicas dentro dos limites de tolerância do paciente	Mantida
	Estimular dietas laxativas	Excluída
	Estimular ingestão de 1 500 a 2 000 ml de líquidos diariamente	Excluída
	Identificar os fatores que possam contribuir para favorecer a defecação	Mantida

	Incentivar uma maior ingestão hídrica e de alimentos com fibras	Mantida
	Investigar se existem fatores causadores que contribuem para a constipação	Mantida
	Monitorar e registrar as eliminações intestinais, quanto à frequência, à consistência, ao volume, à cor e ao odor	Modificada
	Monitorar os ruídos hidroaéreos	Excluída
	Orientar o consumo de líquidos e de fibras	Excluída
	Promover a ingestão diária adequada de líquidos	Mantida
	Proporcionar a privacidade durante as tentativas de eliminação	Excluída
	Registrar a ingestão e a excreção precisamente	Mantida
	Avaliar a pele diariamente	Excluída
	Avaliar prega cutânea	Mantida
	Calcular o balanço hídrico a cada duas horas	Mantida
	Detectar a ocorrência de vômitos e fezes líquidas	Mantida
	Encorajar ingestão de líquidos, conforme tolerado	Mantida
	Medir e registrar a ingestão/perdas	Excluída
	Monitorar a ingestão da dieta	Mantida
	Monitorar a coloração da urina	Excluída
Risco de desidratação	Monitorar o balanço hídrico e os níveis séricos de eletrólitos	Excluída
	Monitorar o débito urinário, descrevendo a diurese quanto a volume, coloração e horários	Mantida
	Monitorar a orientação do paciente	Excluída
	Monitorar a quantidade de líquidos ingeridos	Mantida
	Monitorar os sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, membranas mucosas secas, fontanelas deprimidas)	Modificada
	Observar e registrar características do vômito	Excluída
	Oferecer alimentos ricos em líquidos e sódio	Mantida
	Orientar sobre ingestão de alimentos com alto teor de líquidos	Excluída
	Providenciar hidratação venosa	Mantida
	Providenciar umidificação de boca e lábios	Mantida
	Verificar e registrar peso diariamente	Excluída
	Verificar os sinais vitais	Mantida
	Aspirar tubo endotraqueal/traqueostomia com técnica asséptica	Mantida
	Avaliar a susceptibilidade para infecção	Mantida
	Avaliar cicatrização da ferida	Mantida
Risco de infecção	Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia	Mantida

	Avaliar o estado nutricional	Mantida
	Avaliar os cuidados com a higiene	Mantida
	Controlar os líquidos e eletrólitos	Mantida
	Encorajar e manter a ingestão calórica e proteica na dieta	Excluída
	Ensinar medidas protetoras (dieta e sono adequados, imunização) para minimizar o risco de infecção	Excluída
	Ensinar sobre infecção perineal associada à falta de higiene local	Excluída
	Evitar o deslocamento do cliente	Excluída
	Inspeccionar os pontos da ferida cirúrgica	Mantida
	Instruir os visitantes e funcionários para lavarem as mãos antes de se aproximarem do cliente	Modificada
	Instruir sobre os cuidados necessários com o local de descontinuidade na pele, para evitar infecção	Mantida
	Investigar fatores predisponentes para o aumento do risco de infecção	Mantida
	Isolar o cliente quanto ao agente etiológico	Modificada
	Limitar as visitas, quando apropriado	Mantida
	Manter vias aéreas permeáveis	Excluída
	Monitorar os exames laboratoriais	Mantida
	Monitorar os sinais e sintomas de infecção	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Monitorar portas de entrada para infecção (sítio cirúrgico, acesso intravenoso, lesões cutâneas)	Mantida
	Monitorar sinais e sintomas de infecção na ferida cirúrgica e ou nos cateteres	Excluída
	Monitorar sinais e sintomas de infecção	Excluída
	Monitorar temperatura e frequência respiratória	Excluída
	Orientar a utilização de máscara de proteção respiratória	Excluída
	Orientar o cliente e seus familiares quanto à transmissão de infecções endógenas e exógenas	Modificada
	Orientar os familiares sobre a importância de usar a máscara e lavar as mãos antes e após contato com o paciente	Mantida
	Orientar quanto à deambulação precoce	Excluída
	Prevenir a infecção cruzada	Excluída
	Promover limpeza pessoal e ambiental para diminuir a ameaça de microorganismos	Excluída
	Realizar cuidado com o coto umbilical a cada troca de fraldas	Excluída
	Realizar curativo oclusivo diário no cateter venoso central com clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%	Mantida
	Realizar curativo sempre que necessário	Mantida

	Restringir os procedimentos invasivos, quando possível	Mantida
	Supervisionar a pele	Excluída
	Trocar acesso venoso periférico conforme protocolo	Mantida
	Utilizar máscara, luvas e outros EPI sempre ao manusear o paciente	Excluída
	Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo	Mantida
	Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo	Excluída
	Avaliar a hidratação da pele	Excluída
	Colocar colchão perfurado no leito do paciente	Excluída
	Cortar as unhas	Excluída
	Evitar massagens sobre as proeminências ósseas	Mantida
Risco de integridade da pele prejudicada	Examinar a pele do cliente	Modificada
	Hidratar a pele	Mantida
	Identificar fatores de risco para integridade da pele	Excluída
	Inspeccionar a pele do paciente diariamente	Excluída
	Inspeccionar áreas de risco de úlceras por pressão	Modificada
	Inspeccionar as áreas onde há risco de lesões na pele	Excluída
	Manter a pele limpa, seca e hidratada	Mantida
	Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras	Mantida
	Monitorar o estado nutricional	Mantida
	Mudar o decúbito no leito a cada duas horas	Mantida
	Orientar o cliente a manter as unhas limpas e cortadas	Modificada
	Orientar o cliente quanto ao banho antes de dormir	Modificada
	Orientar a hidratação da pele	Mantida
	Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas	Excluída
	Orientar o paciente a evitar água quente e usar sabão suave no banho	Mantida
	Orientar o paciente e a família a respeito da rotina de cuidados com a pele	Mantida
	Orientar quanto ao autocuidado com a pele	Mantida
	Orientar uso de hidratante	Mantida
	Promover suporte nutricional adequado	Mantida
	Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal e aplicar filme transparente	Mantida
	Verificar a ingestão da dieta	Mantida

Risco de lesão	Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior	Mantida
	Identificar perigos à segurança no ambiente (físicos, biológicos e químicos)	Mantida
	Remover os perigos do ambiente, quando possível	Excluída
	Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos	Excluída
	Providenciar dispositivos de adaptação (escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente	Mantida
	Usar dispositivos protetores (contenção, laterais de cama, tranca em portas, cercas e portões) para limitar, fisicamente, a mobilidade ou o acesso a situações prejudiciais	Mantida
	Notificar as instituições autorizadas a protegerem o ambiente (p ex , secretaria de saúde e instituição de proteção ambiental, polícia)	Excluída
	Dar ao paciente os telefones de emergência (p ex , polícia, secretaria de saúde local e centro de controle toxicológico)	Excluída
	Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança	Mantida
	Auxiliar o paciente em sua mudança para o ambiente mais seguro (encaminhamento a assistência para conseguir moradia)	Mantida
	Assegurar uma ingestão nutricional adequada	Mantida
	Avaliar a perfusão tissular	Modificada
	Avaliar a úlcera a cada troca de curativo	Excluída
	Manter a pele hidratada	Mantida
	Manter a pele limpa e seca	Mantida
	Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha	Mantida
Risco de lesão por pressão	Monitorar o estado nutricional	Mantida
	Orientar mudança de decúbito a cada duas horas	Mantida
	Orientar o paciente a evitar água quente e usar sabão suave no banho	Mantida
	Orientar o paciente e a família a respeito da rotina de cuidados com a pele	Mantida
	Orientar quanto a unhas limpas e curtas	Mantida
	Orientar quanto ao autocuidado com a pele	Mantida
	Orientar uso de hidratante	Mantida
	Promover suporte nutricional adequado	Excluída
	Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal	Mantida
	Cobrir os membros inferiores com lençóis leves	Mantida
Risco de perfusão tissular prejudicada	Desencorajar o uso de roupas apertadas	Mantida
	Ensinar sobre os sinais e sintomas de trombose venosa profunda	Mantida

	Estimular a deambulação	Mantida
	Monitorar a coloração e a temperatura dos membros	Mantida
	Monitorar o aparecimento de lesões nos pés	Mantida
	Monitorar os efeitos da medicação anticoagulante	Mantida
	Monitorar sinais de complicação pulmonar	Mantida
	Mudar decúbito a cada duas horas	Mantida
	Orientar uso de meias elásticas compressivas	Mantida
	Posicionar membros em posição de declive	Mantida
	Posicionar membros inferiores acima do nível do coração	Modificada
	Demonstrar medidas de prevenção de queda	Mantida
	Eleva grades do leito	Mantida
	Ensinar medidas de segurança	Mantida
	Ensinar sobre a prevenção de quedas	Excluída
	Observar e registrar presença de sangue	Modificada
Risco de queda	Observar a presença de manchas no corpo do paciente	Mantida
	Orientar a acompanhante para manter o paciente em repouso	Excluída
	Orientar a acompanhante para realizar atividade recreativa no leito	Excluída
	Orientar o paciente a manter repouso	Mantida
Risco de sangramento	Manter a roupa de cama seca e limpa	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Monitorar a temperatura, no mínimo, a cada duas horas conforme apropriado	Mantida
	Informar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia, e monitorá-los de qualquer forma	Mantida
	Provocar a ingestão adequada de líquidos e nutrientes	Mantida
	Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior	Mantida
Risco de temperatura corporal alterada	Identificar perigos à segurança no ambiente (físicos, biológicos e químicos)	Mantida
	Remover os perigos do ambiente, quando possível	Excluída
	Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos	Mantida
	Providenciar dispositivos de adaptação (escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente	Mantida
	Usar dispositivos protetores (contenção, laterais de cama, tranca em portas, cercas e portões) para limitar, fisicamente, a mobilidade ou o acesso a situações prejudiciais	Mantida
Risco de trauma		

	Notificar as instituições autorizadas a protegerem o ambiente (p ex , secretaria de saúde e instituição de proteção ambiental, polícia)	Excluída
	Dar ao paciente os telefones de emergência (p ex , polícia, secretaria de saúde local e centro de controle toxicológico)	Excluída
	Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança	Mantida
	Auxiliar o paciente em sua mudança para o ambiente mais seguro (encaminhamento à assistência para conseguir moradia)	Mantida
	Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite)	Mantida
	Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos	Excluída
	Desestimular consumo de sódio	Mantida
	Identificar fatores de risco	Excluída
	Medir a circunferência abdominal diariamente em jejum	Mantida
	Medir débito urinário	Excluída
Risco de volume de líquidos aumentado	Monitorar balanço hídrico	Excluída
	Monitorar os efeitos do uso de diuréticos	Excluída
	Monitorar a eliminação urinária	Mantida
	Monitorar as infusões venosas	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos)	Mantida
	Pesar e registrar o peso do paciente em jejum, diariamente	Excluída
	Proporcionar a ingestão de líquidos	Excluída
	Realizar o balanço hídrico e eletrolítico	Mantida
	Restringir líquidos	Mantida
Risco de volume de líquidos diminuído	Verificar o turgor da pele	Mantida
	Encorajar o aumento da ingestão hídrica	Mantida
	Identificar os fatores de risco	Mantida
	Monitorar os efeitos do uso de diuréticos	Mantida
	Pesar e registrar o peso do paciente em jejum, diariamente	Excluída
	Realizar o balanço hídrico e eletrolítico	Mantida
	Aplicar compressa fria no local do sangramento	Mantida
	Aplicar pressão no local do sangramento	Mantida
	Evitar a administração de trombolíticos	Mantida
	Evitar a realização de lavagem gástrica	Mantida
Sangramento		

	Exercer pressão no local de retirada da venopunção	Mantida
	Identificar a causa do sangramento	Mantida
	Inspeccionar características de cor, frequência e presença de coágulos	Mantida
	Manter o acesso venoso	Mantida
	Manter o repouso no leito durante sangramento	Mantida
	Monitorar a administração de líquidos ou hemoderivados, conforme prescrição	Mantida
	Monitorar o tamanho do hematoma	Mantida
	Monitorar os exames hematológicos	Excluída
	Monitorar os exames laboratoriais	Mantida
	Monitorar sinais vitais a cada trinta minutos	Mantida
	Observar o aspecto e a duração do sangramento	Mantida
	Observar se há sinais de hemorragia	Mantida
	Orientar quanto a não retirada de coágulos ou crostas na região das narinas, se epistaxe	Mantida
	Orientar quanto à restrição de atividades	Mantida
	Prevenir choque	Mantida
	Promover redução de estresse	Mantida
	Providenciar medidas de alívio à dor/conforto	Mantida
	Realizar balanço hídrico	Mantida
	Realizar curativo compressivo no local do sangramento	Mantida
	Realizar curativo oclusivo	Excluída
	Realizar higiene oral com “bonecas de gazes”, se hematêmese	Mantida
	Utilizar dispositivo para acesso periférico de acordo com o calibre das veias	Mantida
Sedado	Perguntar ao paciente e / ou a família sobre experiências passadas com sedação	Mantida
	Checar alergias a fármacos	Mantida
	Determinar a última ingestão de alimentos e líquidos	Mantida
	Revisar outros medicamentos que o paciente esteja tomando e checar a ausência de contraindicações à sedação	Mantida
	Obter sinais vitais básicos, saturação de oxigênio, ECG, altura e peso iniciais	Excluída
	Garantir disponibilidade imediata de equipamento de reanimação para emergência, em especial fonte de fornecimento de O2 a 100%, medicamentos de emergência e desfibrilador	Mantida
	Iniciar um acesso intravenoso	Mantida
	Administrar medicação conforme ordem médica ou protocolo, titulando com cautela, conforme a reação do paciente	Excluída

	Monitorar o nível de consciência do paciente e seus sinais vitais, a saturação de oxigênio e o ECG	Mantida
	Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos do medicamento, inclusive agitação, depressão respiratória, hipotensão, sonolência indevida, hipoxemia, arritmias, apneia ou exacerbação de alguma condição preexistente	Mantida
	Garantir a disponibilidade de antagonistas e administrá-los, como convier, de acordo com ordem médica ou protocolo	Modificada
	Determinar se o paciente atende aos critérios de alta ou transferência, conforme protocolo da instituição	Mantida
Sono e repouso prejudicados	Dar alta ou transferir o paciente de acordo com o protocolo da instituição	Mantida
	Avaliar a causa do padrão do sono alterado	Excluída
	Avaliar diariamente o padrão do sono	Excluída
	Determinar o efeito dos medicamentos sobre o sono	Excluída
	Discutir com o paciente e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida	Mantida
	Encorajar uma rotina durante a noite facilitando a transição do estado de alerta ao estado de sono	Mantida
	Ensinar ao cliente técnicas de relaxamento	Excluída
	Estimular o repouso satisfatório	Mantida
	Evitar a utilização de alimentos e medicamentos que possam influenciar o sono	Mantida
	Explicar a importância do sono e do repouso	Mantida
	Explicar ao cliente a rotina hospitalar	Modificada
	Facilitar a expressão das preocupações do paciente relativo à insônia	Mantida
	Identificar as causas do problema e reduzi-las ou saná-las	Mantida
	Identificar o motivo da perturbação do sono	Excluída
	Incentivar para realização de atividades recreativas e de lazer durante o dia, para conseguir relaxar no período noturno	Mantida
	Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso	Excluída
	Limitar o tempo de sono durante o dia, se excessivo	Mantida
	Manter um horário regular para dormir e acordar	Mantida
	Monitorar e registrar efeitos adversos e eficácia de medicação prescrita para auxílio do repouso	Mantida
	Monitorar o padrão do sono e a quantidade de horas dormidas	Mantida
	Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto), que dificultem o sono	Mantida

	Oferecer um ambiente calmo e tranquilo	Excluída
	Organizar os procedimentos para promover o menor número de perturbações durante o período de sono	Mantida
	Orientar o posicionamento adequado do paciente	Mantida
	Orientar o repouso durante o dia	Excluída
	Orientar quanto à prática de atividades durante o dia	Mantida
	Orientar quanto aos alimentos que possam influenciar o sono	Mantida
	Orientar técnicas de relaxamento antes do horário de dormir	Excluída
	Permitir rituais habituais para induzir o sono	Mantida
	Planejar os cuidados de modo a permitir oito horas de sono contínuo	Excluída
	Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso	Excluída
	Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do cliente	Modificada
	Promover medidas que proporcionem sono e repouso	Mantida
	Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura	Mantida
	Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono com a execução do plano de cuidados	Excluída
	Proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso	Excluída
	Reduzir ou aliviar as causas predisponentes e que atrapalham o sono	Excluída
	Registrar o número de horas de sono nas vinte e quatro horas	Excluída
	Sugerir meios de indução do sono	Mantida
	Utilizar técnicas de relaxamento	Excluída
	Diminuir os estímulos externos	Mantida
	Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado	Mantida
Sono e repouso preservados	Estimular o repouso satisfatório	Excluída
	Incentivar a realização de atividades recreativas e de lazer durante o dia, para alcançar o relaxamento no período noturno	Mantida
	Mantem um ambiente calmo e seguro durante a hora do repouso e do sono	Mantida
	Monitorar o padrão de sono e do repouso	Mantida
	Orientar o repouso durante o dia	Excluída
	Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde	Mantida
	Permitir rituais habituais para induzir o sono	Excluída

	Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso	Excluída
	Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do cliente	Modificada
	Promover medidas que proporcionam sono e repouso	Mantida
	Proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso	Excluída
	Reforçar a importância do sono e do repouso	Excluída
	Reforçar com o paciente e a família as medidas de conforto que proporcionam um repouso e sono tranquilos	Mantida
	Aplicar álcool na pele	Mantida
	Aplicar compressa fria nas regiões frontal, axilar e inguinal	Mantida
	Arejar o ambiente	Excluída
	Avaliar resposta à medicação	Mantida
Temperatura corporal aumentada (Hipertermia)	Avaliar resposta a termorregulação	Mantida
	Encaminhar ao paciente para banho de aspersão morno	Mantida
	Encorajar a ingestão de líquidos	Excluída
	Estimular a ingestão de líquidos	Mantida
	Identificar a etiologia do quadro febril	Excluída
	Incentivar a ingestão de líquidos,	Excluída
	Investigar a causa de hipertermia	Mantida
	Limitar roupas de cama, quando indicado	Mantida
	Manter hidratação da pele	Mantida
	Manter o paciente hidratado	Mantida
	Manter o paciente livre de correntes de ar	Mantida
	Monitorar a coloração da pele	Mantida
	Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos	Mantida
	Monitorar a temperatura corporal de quatro em quatro horas	Excluída
	Monitorar a diminuição do nível de consciência	Excluída
	Monitorar e registrar sinais neurológicos	Excluída
	Monitorar e registrar sinais vitais	Excluída
	Monitorar nível de consciência	Mantida
	Monitorar os sinais vitais de quatro em quatro horas	Excluída
	Monitorar risco de convulsões	Mantida
	Monitorar a temperatura axilar e frequência cardíaca a cada duas horas	Mantida
	Observar os sinais precoces de hipertermia: pele ruborizada, cefaleia, fadiga e perda do apetite	Mantida

	Observar reações de desorientação e/ou confusão	Excluída
	Observar sinais de desidratação	Mantida
	Observar tremores e diaforese profusa	Mantida
	Orientar a reposição de líquidos após atividades com grandes gastos de energia	Mantida
	Orientar banho com água morna	Mantida
	Orientar quanto ao repouso	Mantida
	Promover ambiente arejado	Mantida
	Promover termorregulação positiva	Mantida
	Promover um ambiente arejado	Excluída
	Promover uma ingestão adequada de líquidos e de nutrientes	Mantida
	Realizar balanço hídrico	Mantida
	Remover o excesso de roupas	Mantida
	Verificar se as roupas ou cobertas são quentes para o ambiente ou para a atividade planejada	Mantida
	Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico	Mantida
	Verificar temperatura corporal a cada seis horas ou quando necessário	Mantida
	Avaliar o paciente quanto aos sintomas associados (fadiga, fraqueza, confusão, apatia, tremor)	Mantida
	Avaliar risco de hipotermia	Mantida
	Ensinar ao cliente os sinais de alerta da temperatura corporal diminuída	Excluída
	Ensinar ao paciente e ou o acompanhante os sinais precoces de alerta da hipotermia (pele fria, palidez, vermelhidão)	Mantida
	Evitar correntes de ar no ambiente	Mantida
	Evitar infusões de líquidos gelados	Mantida
Temperatura corporal diminuída (Hipotermia)	Investigar sinais de infecção	Mantida
	Manter o paciente aquecido com uso de cobertores	Mantida
	Manter o paciente hidratado	Mantida
	Manter paciente livre de correntes de ar	Excluída
	Monitorar a coloração da pele	Mantida
	Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos	Excluída
	Monitorar cor e temperatura corporal	Excluída
	Monitorar e registrar os sinais neurológicos	Excluída
	Monitorar hipotermia	Mantida
	Monitorar o desequilíbrio de eletrólitos	Mantida
	Monitorar o nível de consciência	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida

	Monitorar presença de cianose	Excluída
	Observar a presença de cianose	Mantida
	Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão	Mantida
	Observar presença de tremores	Mantida
	Oferecer cobertores	Excluída
	Orientar banho com água morna	Mantida
	Promover aquecimento da cliente	Excluída
	Promover conforto da cliente	Modificada
	Realizar balanço hídrico	Mantida
	Usar cobertas e outros recursos em caso de hipotermia	Excluída
	Verificar temperatura corporal a cada seis horas ou quando necessário	Mantida
	Aspirar às vias aéreas, quando necessário	Modificada
	Auxiliar na punção arterial para exames diagnósticos	Mantida
	Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas	Excluída
	Manter as vias aéreas permeáveis	Excluída
Troca de gases prejudicada	Manter elevação da cabeceira do leito a 90°	Mantida
	Monitorar a saturação venosa mista (SvO2) ou central (SvcO2) de oxigênio	Excluída
	Monitorar gasometria arterial e os sinais de desequilíbrio acidobásico	Excluída
	Monitorar o nível de consciência, da pressão arterial, do pulso, da temperatura e do padrão respiratório	Modificada
	Monitorar saturação de oxigênio	Excluída
	Monitorar sinais de insuficiência cardíaca congestiva à direita (pressão diastólica elevada, veias do pescoço distendidas, edema periférico, PVC elevada)	Excluída
	Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso	Excluída
	Observar e estudar o declínio do nível de atenção ou consciência	Excluída
	Permanecer com o paciente e proporcionar tranquilidade durante períodos de dificuldade respiratória	Modificada
	Proporcionar apoio emocional	Mantida
	Proporcionar terapia suplementar de oxigênio, conforme necessário	Mantida
	Prover tratamento com nebulizador, vaporizador ou tenda úmida, conforme prescrito	Excluída
	Supervisionar estado de acidose láctica e comunicar a equipe	Mantida
	Aspirar secreções, quando necessário	Excluída
	Avaliar a necessidade de oxigenoterapia	Mantida
Ventilação espontânea prejudicada		

	Avaliar alterações no nível de consciência	Mantida
	Manter a cabeceira do leito elevada	Modificada
	Observar padrão ventilatório	Excluída
	Observar sinais de pneumotórax, ascite ou outra complicação que prejudique a pressão intratorácica	Excluída
	Orientar exercícios respiratórios	Excluída
	Proporcionar um ambiente calmo e confortável	Excluída
	Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso	Excluída
	Aspirar às vias aéreas, quando necessário	Modificada
	Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas	Excluída
	Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso	Excluída
	Prover tratamento com nebulizador, vaporizador ou tenda úmida, conforme prescrito	Excluída
	Aspirar às vias aéreas	Excluída
	Manter as vias aéreas pérvias	Excluída
	Monitorar a administração de oxigênio	Mantida
	Monitorar a coloração da pele e a perfusão periférica	Mantida
	Monitorar o padrão respiratório	Mantida
	Monitorar sinais de sofrimento respiratório	Excluída
Ventilação espontânea preservada	Manter as vias aéreas pérvias	Excluída
	Monitorar o padrão respiratório	Mantida
	Monitorar sinais de sofrimento respiratório	Excluída
	Aspirar às vias aéreas	Excluída
Ventilação Mecânica	Aspirar tubo endotraqueal, traqueostomia e/ou orofaringe, quando necessário	Excluída
	Avaliar se as respirações do paciente estão sincronas com o ventilador mecânico	Excluída
	Inspeccionar a amplitude e a simetria da caixa torácica	Excluída
	Inspeccionar a posição do tubo endotraqueal diariamente	Excluída
	Manter a cabeceira do leito elevada	Excluída
	Manter as vias aéreas pérvias	Excluída
	Manter dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) na unidade do paciente	Excluída
	Manter o balão (cuff) do tubo endotraqueal insuflado com o volume mínimo de oclusão	Excluída
	Manter o tubo endotraqueal pérvio	Excluída
	Manter os parâmetros prescritos para ventilação mecânica	Excluída
	Monitorar a adequada concentração de oxigênio fornecida	Excluída
	Monitorar a água destilada no circuito do ventilador	Excluída

	Monitorar a fixação do tubo endotraqueal	Excluída
	Monitorar a saturação de oxigênio	Excluída
	Observar sinais de cianose	Excluída
	Promover a higiene oral a cada seis horas ou quando necessário	Excluída
	Realizar a ausculta pulmonar diariamente	Excluída
	Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso	Excluída
	Verificar alarmes do ventilador quanto ao adequado funcionamento	Excluída
	Verificar frequentemente o funcionamento do ventilador mecânico e documentar os parâmetros ajustados no prontuário do paciente	Excluída
	Acompanhar sinais de ganho de peso em <24 h (>1 3 kg)	Excluída
	Auscultar os sons pulmonares na busca por ruídos adventícios	Mantida
	Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite)	Mantida
	Avaliar resposta à infusão de líquido	Mantida
	Controlar entrada e saída de líquido	Mantida
	Desencorajar o uso de sal	Mantida
	Elevar membros inferiores, quando necessário	Mantida
	Fazer controle da ingestão de líquido	Excluída
	Instruir o cliente quanto à ingestão de líquidos	Modificada
	Mantiver a cabeceira elevada a $\geq 30^\circ$	Modificada
	Medir a circunferência abdominal diariamente	Mantida
	Monitorar as infusões venosas	Excluída
Volume de líquidos aumentado	Monitorar o débito urinário, edema periférico, distensão da veia jugular, sons cardíacos e níveis de eletrólitos	Mantida
	Monitorar o balanço hídrico	Excluída
	Monitorar o ritmo cardíaco e a frequência respiratória	Mantida
	Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos)	Mantida
	Monitorar os sinais vitais	Mantida
	Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos	Excluída
	Observar os sinais de edema	Mantida
	Observar o surgimento de estertores pulmonares	Excluída
	Orientar quanto à elevação dos membros inferiores acima do nível do coração	Modificada
	Pesar e registrar o peso do paciente em jejum, diariamente	Excluída
	Proporcionar mudança de decúbito	Mantida
	Realizar balanço hídrico e eletrolítico	Mantida

	Registrar ingestão e eliminação de líquidos	Mantida
	Restringir ingestão de líquidos	Mantida
	Supervisionar quanto à dieta	Mantida
	Verificar o turgor da pele	Mantida
Volume de líquidos diminuído	Verificar a pressão venosa central (PVC) a cada seis horas ou quando necessário	Mantida
	Alternar períodos de repouso e atividade	Excluída
	Avaliar a hidratação das mucosas	Excluída
	Avaliar a umidade da mucosa oral	Excluída
	Avaliar o turgor cutâneo e as mucosas orais	Excluída
	Avaliar o turgor e a hidratação cutânea	Excluída
	Avaliar a prega cutânea diariamente	Excluída
	Avaliar resposta à infusão de líquidos	Excluída
	Controlar a administração das infusões venosas	Excluída
	Controlar a ingestão e eliminação de líquidos (Balanço hídrico)	Excluída
	Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos	Excluída
	Desestimular o uso de bebidas ou medicações diuréticas	Excluída
	Estimular a ingestão hídrica	Excluída
	Examinar a mucosa oral	Excluída
	Incentivar o paciente no controle da dieta	Excluída
	Instruir o paciente e familiar quanto à ingestão adequada de líquidos	Excluída
	Medir o débito urinário	Excluída
	Monitorar a quantidade de líquidos ingeridos	Excluída
	Monitorar as perdas sanguíneas	Excluída
	Monitorar o balanço hídrico e eletrolítico	Excluída
	Monitorar a coloração da urina	Excluída
	Monitorar os exames laboratoriais	Excluída
	Monitorar o nível de consciência	Excluída
	Monitorar a orientação do paciente	Excluída
	Monitorar os sinais vitais	Excluída
	Monitorar os sinais de desidratação	Excluída
	Oferecer alimentos ricos em líquidos	Excluída
	Oferecer alimentos ricos em sódio	Excluída
	Orientar quanto aos cuidados bucais	Excluída

	Orientar sobre ingestão de alimentos com alto teor de líquidos	Excluída
	Pesar e registrar o peso do paciente em jejum, diariamente	Excluída
	Promover a hidratação venosa	Excluída
	Verificar os sinais vitais de quatro em quatro horas	Excluída
Vômito	Aspirar as secreções para desobstrução da sonda nasogástrica	Mantida
	Avaliar as características do vômito quanto a volume, coloração e odor	Excluída
	Controlar os fatores ambientais capazes de estimular o vômito	Mantida
	Encorajar o repouso	Mantida
	Estimular a ingestão de líquidos	Excluída
	Estimular as técnicas de respiração profunda	Mantida
	Higienizar a cavidade oral após o vômito	Mantida
	Identificar os fatores ambientais ou biológicos capazes de estimular o vômito	Excluída
	Investigar os fatores causadores e/ou contribuintes do vômito	Excluída
	Manter a hidratação venosa, com controle de gotejamento	Mantida
	Monitorar a frequência dos vômitos, além de quantidade, consistência cor e odor	Mantida
	Monitorar a frequência respiratória	Excluída
	Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos	Mantida
	Monitorar as características do vômito	Excluída
	Monitorar exames laboratoriais (eletrolitos)	Mantida
	Observar a pele e mucosa, quanto a sinais de desidratação	Mantida
	Observar as características, a quantidade, a frequência e a duração do vômito	Excluída
	Observar os sinais de aspiração	Mantida
	Oferecer a cuba para vômito	Mantida
	Orientar a higiene oral adequada	Mantida
	Orientar a higiene bucal após episódio de vômito	Excluída
	Orientar quanto à movimentação lenta, para que possam ser evitadas as náuseas	Mantida
	Posicionar a cabeça do paciente lateralmente	Mantida
	Posicionar o paciente em semifowler para prevenir aspiração	Mantida
	Proporcionar ambiente limpo e confortável após episódio de vômitos	Mantida
	Proporcionar conforto durante o episódio de vômito	Excluída
	Realizar a higiene corporal	Mantida
	Realizar a higiene oral adequada	Excluída
	Registrar a quantidade, cor, consistência e frequência de vômito	Excluída

Fonte: A autora (2016).

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



PROJETO DE PESQUISA

Título: CONSTRUÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM A PARTIR DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM, FUNDAMENTADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM - CIPE®

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06693312.4.0000.0020

Pesquisador: MARCIA REGINA CUBAS

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 96.331

Data da Relatoria: 12/09/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quantitativa com a finalidade de elaborar um padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente. Local de estudo: Hospital Universitário Cajuru. Sujeitos da pesquisa: 60 enfermeiros; 8 professores enfermagem e 5 professores/pesquisadores de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

↳ Elaborar um padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente, a partir de termos da linguagem especial de enfermagem, fundamentada na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®).

Objetivo Secundário:

↳ Identificar termos da linguagem especial de enfermagem no campo livre de registro da evolução do paciente dos prontuários eletrônicos de um hospital universitário.

↳ Construir um banco de termos de linguagem especial de enfermagem, com base nos termos identificados, categorizados por especialidades de cuidado de enfermagem.

↳ Mapear os termos identificados com o modelo de sete eixos da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®).

↳ Comparar o banco de termos construído com banco de termos de outro hospital universitário.

↳ Elaborar conceitos para novos termos identificados, não expostos na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) e no banco de termos comparativo.

↳ Validar os novos termos e conceitos identificados.

↳ Avaliar o padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrita com linguagem adequada aos sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa descrita de forma clara e objetiva.



Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho
UF: PR **Município:** CURITIBA

CEP: 80.215-901

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e TCUD - atende as recomendações deste Comitê.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende às recomendações deste Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

CURITIBA, 13 de Setembro de 2012

Assinado por
NAIM AKEL FILHO



Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho
UF: PR Município: CURITIBA

CEP: 80.215-901