**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS MORAIS

**Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros
em um caso clínico: considerações à luz das
classificações da NANDA-I, NOC e NIC e a CIPE®**

RIBEIRÃO PRETO

2014

SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS MORAIS

Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros em um caso clínico: considerações à luz das classificações da NANDA-I, NOC e NIC e a CIPE®

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem

Orientador: Emilia Campos de Carvalho

Coorientador: Maria Miriam Lima da Nóbrega

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Morais, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos

Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros em um caso clínico: considerações à luz das classificações da NANDA-I, NOC e NIC e a CIPE® . Ribeirão Preto, 2014.

246 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Emilia Campos de Carvalho

Coorientador: Maria Miriam Lima da Nóbrega

1. Enfermagem. 2. Classificação. 3. Processos de enfermagem. 4. Estudos de casos.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos

Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros em um caso clínico:
considerações à luz das classificações da NANDA-I, NOC e NIC e a CIPE®

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Para o desenvolvimento deste estudo a autora recebeu auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) junto ao Projeto de Doutorado Interinstitucional, entre Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Piauí, bem como do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) junto ao Projeto Universal Processo Nº 471636/2012.

DEDICATÓRIAS

Aos meus Pais, Edson Ramalho Vasconcelos e Marluce Coelho Ramalho Vasconcelos pelo carinho e por ter ensinado humildade e coragem para enfrentar os desafios; e por me apoiarem com tanto amor.

Aos anjos ou aos guias espirituais que em muitos momentos cuidaram da minha saúde física e mental e, que continuam comigo iluminando meu caminho, dando forças e clareza para continuar a minha jornada.

Ao meu esposo, José Ronaldo dos Santos Moraes, que acompanhou os momentos de alegria, tristeza, de incerteza, no entanto, sempre buscou me tranquilizar e dar amor nas situações que mais precisei.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Emília Campos de Carvalho, um agradecimento especial, pelos profundos ensinamentos que obtive na área acadêmica, assim como, um aprendizado que transcendeu a objetividade da ciência, pelo carinho, palavras amigas, o apoio que recebi, principalmente nas situações que em muitas vezes me desesperei. Um abraço carinhoso com muita luz para continuar aquecendo e iluminando sua vida.

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas irmãs, Micheline Coelho Ramalho Vasconcelos e Elaine Coelho Ramalho Vasconcelos, por terem sido companheiras nas horas mais difíceis, meu agradecimento.

Ao Dr. Luís de Souza Santos Júnior, Reitor da Universidade Federal do Piauí.

As Coordenadoras do DINTER/EERP-USP/UFPB/UFPI, as Profas. e Dras. Rosalina Paterzani/EERP-USP, Antônio Oliveira/ UFPB, Maria Miriam Lima da Nóbrega/ UFPB e Maria Eliete Batista Moura/UFPI.

A orientadora Maria Miriam Lima da Nóbrega pela tranquilidade e o carinho nas reuniões de orientação realizadas em João Pessoa.

À Prof^a Antônio Maria da Silva Santos, Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pelo acolhimento, incentivo e apoio nesta conquista.

Aos amigos professores José Cristóvam, Francisca Márcia e Tatiane Guedes e Todos (UFPE), pelos conselhos e o apoio.

A todos os professores e funcionários do Departamento de enfermagem da UFPE pelas palavras amigas e abraços carinhosos.

À adorável e amiga Rose Vazille, sempre com palavras de otimismo e disposição para ajudar e confortar. Beijo.

Ao amigo José de Alencar pelas orações e amizade.

Aos amigos do Vita Et Pax (Victor, Viginia, Elis, Maurete, Ana Cláudia, Isabela, Márcia,

Poliane, Carol, Marlus entre outros) pelo companheirismo e amizade sincera.

As amigas Kênya, Cíntia, Ana Maria e Márcia Teles, e demais colegas de turma do Doutorado pela convivência nesses três anos repletos de momentos felizes e assim como de tristezas. Valeu!

As amigas, Janaína Perbone, Lucimara Morelli, Cristina Zamarioli, Aline Appoloni Eduardo, Adilson Romanzini, Ana Raílka, Oliveira entre outros que conviveram comigo na sala de Laboratório de Comunicação em Enfermagem da EERP USP.

Agradeço a todas as pessoas que torceram ou intercederam por mim, mesmo de forma anônima ou discreta, muito obrigada.

Em toda parte, desabrocham flores por sorrisos da natureza e o vento penteia a cabeleira do campo com música de ninar.

A água da fonte é carinho liquefeito no coração da terra e o próprio grão de areia, inundado de sol, é mensagem de alegria a falar-te do chão.

Não permitas, assim, que a tua dificuldade se faça tristeza entorpecente nos outros.

Ainda mesmo que tudo pareça conspirar contra a felicidade que esperas, ergue os olhos para a face risonha da vida que te rodeia e alimenta a alegria por onde passes.

Abençoa e auxilia sempre, mesmo por entre lágrimas.

A rosa oferece perfume sobre a garra do espinho e a alvorada aguarda, generosa, que a noite cesse para renovar-se diariamente, em festa de amor e luz.

*Autor: Meimei
Psicografia de Chico Xavier*

RESUMO

MORAIS, S.C.R.V. **Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros em um caso clínico: considerações à luz das classificações da NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE®**. 2014. 246 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O estudo teve como objetivo comparar os diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem elaborados por enfermeiros, em face de um caso clínico, à luz das classificações da NANDA-I, NOC, NIC e a CIPE®. Trata-se de uma pesquisa de delineamento descritivo, com aplicação de estudo de caso, com 24 enfermeiros de instituições públicas de ensino e de assistência hospitalar da região nordeste do país. Os diagnósticos obtidos no Grupo A correspondem a 20 declarações diagnósticas, totalizando 51 rótulos; destes, 54,9% de alta acurácia, 23,5% acurácia nula, 15,7% baixa acurácia e 5,9% acurácia moderada. No Grupo B, 30 afirmativas diagnósticas foram arroladas com 43 declarações; destas, 44,2% na categoria acurácia nula, 39,5% com alta acurácia, 16,3% baixa acurácia e nenhuma afirmativa diagnóstica foi classificada na categoria moderada acurácia. Houve convergências entre a NANDA-I e CIPE® para os títulos de diagnósticos de alta acurácia relacionados aos sistemas respiratório, tegumentar e circulatório; As divergências encontradas foram nos títulos dos diagnósticos relacionados aos cuidados com pele, em face do número na CIPE® ser maior pelas combinações dos eixos foco, julgamento e localização. O uso da NANDA-I parece facilitar aos enfermeiros a elaboração de diagnóstico por apresentar características definidoras e fatores relacionados. Nos resultados esperados elaborados pelos enfermeiros do Grupo A, para os diagnósticos de alta acurácia, verificou-se, após mapeamento e refinamento, que os 25 resultados estabelecidos foram correspondentes a 11 resultados sugeridos pela NOC, com predomínio em: Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) e Integridade tissular: pele e mucosas (1101). Para o Grupo B, os 13 resultados de enfermagem estabelecidos para os diagnósticos de alta precisão nem sempre utilizaram no enunciado o mesmo termo do eixo foco e termo do eixo julgamento adotados nas declarações diagnósticas. Em relação às prescrições de enfermagem os diagnósticos de alta acurácia obtiveram-se 101 prescrições no Grupo A, as quais foram correspondentes com as atividades da NIC em 21 intervenções de enfermagem, nos domínios: fisiológico complexo, comportamental e segurança e nas classes: Controle de Pele/ Feridas; Controle de Risco; Controle Respiratório; Controle da Perfusão Tissular; Educação do Paciente; e Apoio Nutricional. Os 54 cuidados prescritos no Grupo B foram mapeados e refinados em 28 intervenções de enfermagem da CIPE® versão 2.0; são elas: Observar a lesão (10013461); Promover a higiene (10032477); Prevenir a úlcera de pressão (10032431); Ensinar sobre os cuidados à ferida (10034961); Promover a higiene (10032477); Avaliar a cicatrização da ferida (10007218); e Cuidar do local da ferida (10004025). O estudo mostrou a aplicabilidade das taxonomias estudadas no cotidiano da prática clínica do enfermeiro e os pontos de convergências e divergências em face à mesma situação clínica. Sugere-se a educação continuada e permanente nos órgãos formadores e nas instituições de saúde para êxito no emprego das taxonomias e consolidação das etapas do processo de cuidar.

Palavras-chave: Enfermagem. Classificação. Processos de enfermagem. Estudos de casos.

ABSTRACT

MORAIS, S.C.R.V. **Nursing phenomena identified by nurses in a clinical cases: considerations in the light of the NANDA-I, NOC and NIC and ICNP® classifications.** 2014. 246 p. Doctoral Dissertation –University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

The objective in this study was to compare the diagnoses, expected outcomes and nursing prescriptions elaborated by nurses in view of a clinical case, in the light of the classifications NANDA-I, NOC, NIC and ICNP®. A descriptive research with a case study design was undertaken, involving 24 nurses from public teaching and hospital care institutions in the Northeast of Brazil. The diagnoses obtained in Group A correspond to 20 diagnostic declarations, totaling 51 labels; 54.9% of these are of high accuracy, 23.5% zero accuracy, 15.7% low accuracy and 5.9% moderate accuracy. In Group B, 30 diagnostic assertions were listed with 43 declarations; 44.2% of these were classified in the zero accuracy category and 39.5% in the high accuracy category, while 16.3% were classified as low accuracy and none of the assertions as moderate accuracy. Convergences were found between NANDA-I and ICNP® for the high-accuracy diagnostic titles related to the respiratory, integumentary and circulatory systems; the divergences found were related to the diagnostic titles for skin care, as the number of titles in the ICNP® was higher due to the combinations among the focus, judgment and location axes. The use of NANDA-I seems to make it easier for the nurses to elaborate diagnoses because of its defining characteristics and related factors. In the expected outcomes elaborated by the nurses from Group A, after mapping and refining, it was verified that, for the high-accuracy diagnoses, the 25 outcomes established corresponded to 11 outcomes suggested by NOC, predominantly in: Wound healing: second intention (1103) and Tissue integrity: skin and mucosa (1101). For Group B, the 13 nursing outcomes established for the high-accuracy diagnoses did not always use the same terms as the focus and judgment axes adopted in the diagnostic declarations. As regards the nursing prescriptions, for the high-accuracy diagnoses, 101 prescriptions were obtained in Group A, which corresponded to the NIC activities in 21 nursing interventions, in the following domains: complex physiological, behavioral and safety and in the classes: Skin/Wound Control; Risk Control; Respiratory Control; Tissue Perfusion Control; Patient Education; and Nutritional Support. The 54 prescriptions in Group B were mapped and refined in 28 nursing interventions of ICNP® version 2.0; these are: Observe the lesion (10013461); Promote hygiene (10032477); Prevent pressure ulcer (10032431); Teach wound care (10034961); Assess wound healing (10007218); and Take care of the wound site (10004025). The study showed the applicability of the taxonomies studied in daily nursing practice and the points of convergence and divergence in view of the same clinical situation. Continuing education in teaching and health institutions is suggested with a view to the successful use of these taxonomies and the consolidation of the steps of the care process.

Key words: Nursing. Classification. Nursing processes. Case studies.

RESUMEN

MORAIS, S.C.R.V. **Fenómenos de enfermería identificados por enfermeros en un caso clínico: consideraciones a la luz de las clasificaciones de la NANDA-I, NOC y NIC y de la CIPE®**. 2014. 246 h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La finalidad del estudio fue comparar los diagnósticos, resultados esperados y prescripciones de enfermería elaborados por enfermeros ante un caso clínico, a la luz de las clasificaciones de la NANDA-I, NOC, NIC y la CIPE®. Se trata de una investigación de diseño descriptivo, con aplicación de estudio de caso, con 24 enfermeros de instituciones públicas de enseñanza y de atención hospitalaria de la región nordeste del país. Los diagnósticos alcanzados en el Grupo A corresponden a 20 declaraciones diagnósticas, totalizando 51 rótulos; entre estos, 54,9% de alta precisión, 23,5% precisión nula, 15,7% precisión baja y 5,9% precisión moderada. En el Grupo B, 30 afirmativas diagnósticas fueron incluidas con 43 declaraciones; de estas, 44,2% en la categoría precisión nula, 39,5% con alta precisión, 16,3% baja precisión y ninguna afirmativa diagnóstica fue clasificada en la categoría precisión moderada. Fueron encontradas convergencias entre la NANDA-I y CIPE® para los títulos de diagnósticos de alta precisión relacionados a los sistemas respiratorio, integumentario y circulatorio; Las divergencias encontradas fueron en los títulos de los diagnósticos relacionados a los cuidados con piel, ya que el número en la CIPE® es mayor debido a las combinaciones de los ejes foco, juzgamiento y localización. El uso de la NANDA-I parece facilitar a los enfermeros la elaboración de diagnóstico porque presenta características definidoras y factores relacionados. En los resultados esperados elaborados por los enfermeros del Grupo A, para los diagnósticos de alta precisión, se verificó, después de mapeo y refinamiento, que los 25 resultados establecidos fueron correspondientes a 11 resultados sugeridos por la NOC, con predominio en: Cicatrización de heridas: segunda intención (1103) e Integridad tisular: piel y mucosas (1101). Para el Grupo B, los 13 resultados de enfermería establecidos para los diagnósticos de alta precisión ni siempre utilizaron en el enunciado el mismo término del eje foco y término del eje juzgamiento adoptados en las declaraciones diagnósticas. Con relación a las prescripciones de enfermería relacionadas a los diagnósticos de alta precisión, fueron obtenidas 101 prescripciones en el Grupo A, que correspondieron con las actividades de la NIC en 21 intervenciones de enfermería, en los dominios: fisiológico complejo, comportamental y seguridad y en las clases: Control de Piel/ Heridas: Control de Riesgo; Control Respiratorio; Control de Perfusión Tisular; Educación del Paciente; y Apoyo Nutricional. Los 54 cuidados prescritos en el Grupo B fueron mapeados y refinados en 28 intervenciones de enfermería de la CIPE® versión 2.0; son ellas: Observar la lesión (10013461); Promover la higiene (10032477); Prevenir la úlcera por presión (10032431); Enseñar sobre los cuidados a la herida (10034961); Promover la higiene (10032477); Evaluar la cicatrización de la herida (10007218); y Cuidar del local de la herida (10004025). El estudio mostró la aplicabilidad de las taxonomías estudiadas en el cotidiano de la práctica clínica del enfermero y los puntos de convergencias y divergencias ante la misma situación clínica. Se sugiere la educación continuada y permanente en las instituciones formadoras y de salud para éxito en el uso de las taxonomías y consolidación de las etapas del proceso de cuidar.

Palabras-clave: Enfermería. Clasificación. Procesos de enfermería. Estudios de casos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Inserção dos diagnósticos de alta acurácia identificados pelo Grupo A na Taxonomia da NANDA-I.....	100
Figura 2	Localização dos termos na árvore conceitual do eixo Foco na CIPE [®] versão 2.0 dos diagnósticos de alta acurácia.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise descritiva do perfil profissional dos enfermeiros.....	85
Tabela 2	Análise descritiva do perfil profissional dos enfermeiros do Grupo A e Grupo B.....	86
Tabela 3	Frequência dos rótulos diagnósticos identificados pelos enfermeiros do Grupo A que empregaram a NANDA-I, seguido do grau e da categoria de acurácia diagnóstica.....	89
Tabela 4	Frequência dos rótulos diagnósticos identificados pelos enfermeiros empregando a CIPE®, seguido do grau e da categoria de acurácia diagnóstica.....	91
Tabela 5	Distribuição dos diagnósticos elaborados pelos Grupos A e B segundo a categoria de acurácia diagnóstica.....	93

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1	Percentual do Índice de validação de conteúdo (ICV) obtido nos cinco estudos de caso segundo cada juíza.....	67
Quadro 2	Estudos de caso validados.....	68
Quadro 3	Diagnósticos de enfermagem de alta acurácia arrolados pelas juízas conforme terminologia adotada.....	69
Quadro 4	Descrição das diferentes variáveis de interesse do estudo....	75
Quadro 5	Distribuição dos diagnósticos da categoria de alta acurácia diagnóstica, segundo os participantes.....	96
Quadro 6	Frequência dos participantes do Grupo A na categoria de moderada acurácia diagnóstica.....	103
Quadro 7	Frequência dos participantes do Grupo A e B na categoria de baixa acurácia diagnóstica.....	105
Quadro 8	Frequência dos participantes do Grupo A e B na categoria nula acurácia diagnóstica.....	112
Quadro 9	Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com os propostos pela NOC, para o Diagnóstico Padrão respiratório ineficaz (00032).....	120
Quadro 10	Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros de acordo com a NOC, para o Diagnóstico de Risco de infecção (00004).....	123
Quadro 11	Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com os propostos pela NOC para o Diagnóstico Integridade da pele prejudicada (00046).....	126
Quadro 12	Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com os propostos pela NOC para o Diagnóstico Integridade Tissular prejudicada (00044).....	128

Quadro 13	Mapeamento e refinamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com os propostos pela NOC para o Diagnóstico Perfusão Tissular periférica ineficaz (00204).....	130
Quadro 14	Síntese do mapeamento dos resultados de enfermagem pela NOC na taxonomia, para todos os diagnósticos de alta acurácia.....	132
Quadro 15	Resultados esperados redigidos pelos enfermeiros para os diagnósticos de alta acurácia.....	133
Quadro 16	Número de prescrições de enfermagem elaboradas pelo participante para cada diagnóstico de alta acurácia, segundo a terminologia adotada.....	138
Quadro 17	Mapeamento e categorização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz (00032) da NANDA-I.....	144
Quadro 18	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico Risco de infecção (00004) da NANDA-I.....	149
Quadro 19	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046) da NANDA-I.....	156
Quadro 20	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada (00044) da NANDA-I.....	159
Quadro 21	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico de Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) da NANDA-I.....	164
Quadro 22	Síntese do mapeamento das intervenções de enfermagem pela NIC na taxonomia, para todos os diagnósticos de alta acurácia.....	166

Quadro 23	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Padrão respiratório prejudicado (10001108)) da CIPE®	169
Quadro 24	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Risco de infecção (10015133) pela CIPE®	171
Quadro 25	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (10001290) CIPE®	175
Quadro 26	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Ferida pequena no calcâneo da CIPE®	178
Quadro 27	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Úlcera (10020237) pequena no calcanhar o da CIPE®	181
Quadro 28	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Erosão tissular (10019732) pela CIPE®	183
Quadro 29	Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela CIPE® para o diagnóstico de Perfusão tissular (10001344) CIPE®	185
Quadro 30	Síntese do mapeamento das intervenções de enfermagem pela CIPE®, para todos os diagnósticos de alta acurácia.....	187
Quadro 31	Congruências entre as intervenções de enfermagem por diferentes classificações para alterações respiratórias e os cuidados com a pele	188

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANA	<i>American Nurse's Association</i>
CAISM	Centro Integral à Saúde da Mulher
CCC-	<i>Clinical Care Classification</i>
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPEsc	Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CO ₂	Dióxido de carbono
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONABEn	Conselho Nacional da Associação Brasileira de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DE	Diagnóstico de enfermagem
EADE	Escala de Acurácia do diagnóstico de enfermagem
EADE	versão 2- Escala de Acurácia do diagnóstico de enfermagem
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EUA	<i>Estados Unidos das Américas</i>
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IC-	Índice de Concordância
ICNP [®]	<i>International Classification for Nursing Practice</i>
ICV	Índice de validade do conteúdo
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ISO	<i>International Organization for Standard</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
LOINC	<i>ABCcodes e Logical Observation Identifiers Names and Codes</i>

MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
mmHg	Milímetro de mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NANDA-I	Taxonomia da NANDA International Inc. (NANDA-I)
NC	Número de concordância
ND	Total de discordância
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NMDS	<i>Nursing Minimum Data</i>
NMMDS	<i>Nursing Management Minimum Data Set</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
O ₂	Oxigênio
OPT	The Outcome Present State Test
P _a CO ₂	Pressão arterial de gás carbônico
P _a O ₂	Pressão arterial de oxigênio
PC	Pensamento crítico
PCDS	<i>Patient Care Data Set</i>
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
PE	Processo de enfermagem
PNDS	<i>PeriOperative Nursing Set</i>
SAE	<i>Sistematização da Assistência de Enfermagem</i>
SINADEn	Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem
SNOMED	<i>Systemized Nomenclature of Medicine</i>
P-SP	Substância P- SP- Neurotransmissor neuropeptídeo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPB	Universidade Federal de Pernambuco
UPP	Úlcera por pressão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	34
2.1 Raciocínio diagnóstico e terapêutico.....	35
2.2 Sistemas de classificações da prática de enfermagem.....	40
2.2.1 Taxonomia da NANDA International Inc. (NANDA-I).....	41
2.2.1.1 A implementação da taxonomia da NANDA-I no Brasil.....	45
2.2.2 Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).....	46
2.2.2.1 A implementação da NIC no Brasil.....	47
2.2.3 Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC).....	49
2.2.3.1 A implementação da NOC no Brasil.....	49
2.2.4 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	49
2.2.4.1 A implementação da CIPE® no Brasil.....	53
3. OBJETIVOS.....	57
3.1 Objetivo geral.....	58
3.2 Objetivos específicos.....	58
4. MÉTODOS.....	59
4.1 Desenho do estudo.....	60
4.2 Aspectos éticos.....	60
4.3 PRIMEIRA ETAPA – Construção e validação dos estudos de caso....	60
4.3.1 Estudo de caso na Enfermagem.....	61
4.3.2 Elaboração dos estudos de caso.....	63
4.3.3 Validação dos estudos de caso.....	64
4.3.3.1 Procedimentos.....	65
4.3.3.2 Instrumentos.....	66
4.3.3.3 Características das juízas desta etapa.....	67
4.3.3.4 Estudos de caso propostos.....	67
4.3.3.5 Determinação dos Fenômenos de enfermagem.....	69
4.4 SEGUNDA ETAPA: Diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo.....	71
4.4.1 Campo de estudo.....	71
4.4.2 Participantes da pesquisa.....	73
4.4.3 Procedimentos de coleta de dados.....	74
4.4.3.1 Variáveis de interesse.....	75
4.4.4 Análise dos dados.....	76
4.4.4.1 Análise das variáveis relacionadas ao profissional.....	76
4.4.4.2 Análise dos fenômenos de enfermagem.....	76
4.4.4.2.1 Primeira fase.....	76
4.4.4.2.2 Segunda fase.....	77
4.4.4.2.3 Terceira fase.....	80

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	83
5.1 Características do perfil profissional.....	84
5.2 Diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I e CIPE®.....	87
5.2.1 Diagnósticos de enfermagem elaborados empregando a taxonomia da NANDA-I e a acurácia diagnóstica.....	88
5.2.1.1 Diagnósticos de enfermagem pela CIPE® e acurácia diagnóstica.....	90
5.2.2 Diagnósticos elaborados segundo a categoria de acurácia diagnóstica: comparação entre grupos.....	93
5.2.2.1 Diagnósticos de alta acurácia.....	93
5.2.2.1.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de alta acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®.....	99
5.2.2.2 Diagnósticos de moderada acurácia.....	103
5.2.2.2.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de moderada acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®.....	104
5.2.2.3 Diagnósticos de baixa acurácia.....	104
5.2.2.3.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de baixa acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®.....	109
5.2.2.4 Diagnósticos de acurácia nula.....	109
5.2.2.4.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de nula acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®.....	114
5.2.3 Convergências e divergências dos rótulos de diagnósticos elaborados pelos enfermeiros mediante a utilização das taxonomias da NANDA-I e da CIPE®.....	114
5.2.4 Considerações sobre os rótulos diagnósticos elaborados pelos participantes dos grupos A e B.....	116
5.3 Resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros.....	118
5.3.1 Resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros do grupo A.....	118
5.3.1.1 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem elegidos pelos enfermeiros para o diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz (00032) da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC.....	119
5.3.1.2 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos pelos enfermeiros para o diagnóstico Risco de infecção (00004), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC.....	121
5.3.1.3 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC.....	124
5.3.1.4 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos para o diagnóstico Integridade Tissular prejudicada (00044), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC.....	127
5.3.1.5 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos para o diagnóstico Perfusão Tissular periférica ineficaz (00204), da	

NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC.....	128
5.3.2 Resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros do grupo B.....	133
5.3.3 Considerações sobre os resultados esperados elaborados pelos participantes dos grupos A e B.....	135
5.4 Intervenções de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros.....	135
5.4.1 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz (00032) da NANDA-I e sua correspondência com as Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC.....	139
5.4.2 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Risco de infecção (00004) da NANDA-I e sua correspondência às Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC.....	145
5.4.3 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046) da NANDA-I sua correspondência com as Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC.....	150
5.4.4 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Integridade tissular prejudicada (00044) da NANDA-I sua correspondência com a Intervenção de Enfermagem sugerida pela NIC.....	157
5.4.5 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) da NANDA-I e sua correspondência às Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC.....	160
5.4.6 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico de Padrão respiratório prejudicado (10001108) e a correspondência com Intervenção de Enfermagem da CIPE®	167
5.4.7 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Risco de infecção (10015133) e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®	170
5.4.8 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada (10001290) e sua correspondência com a Intervenção de Enfermagem da CIPE®	172
5.4.9 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Ferida (10021178) pequena no calcâneo e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®	177
5.4.10 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Úlcera (10020237) pequena no calcanhar e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®	179
5.4.11 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Erosão tissular (10019732) e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®	182
5.4.12 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Perfusão tissular ineficaz (10001344) e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®	184
Considerações sobre as intervenções de enfermagem elaboradas pelos participantes dos grupos A e B.....	188

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	190
7. LIMITAÇÕES.....	194
8. CONCLUSÕES.....	196
REFERÊNCIAS.....	201
APÊNDICES.....	217
ANEXOS.....	241

1. INTRODUÇÃO

A trajetória de construção da Enfermagem Moderna iniciou-se com Florence Nightingale, em 1859, e desde então vem se consolidando no mundo como uma profissão do cuidado pautado em princípios éticos, científicos e na arte de saber cuidar. Nessa evolução, a produção do conhecimento passou a ser vista como necessária para orientar o planejamento da assistência de enfermagem com qualidade, proporcionando visibilidade da profissão como ciência.

Diante da necessidade de a profissão ter um corpo de conhecimento que a identificasse como ciência da Enfermagem, surgiram as teorias de enfermagem, para tornar explícitas as bases teóricas para a prática. Conforme Garcia e Nóbrega (2010), as teorias de Enfermagem são classificadas em dois modos distintos: no primeiro, pela identificação do foco primário, tomando como base a relação centrada no cliente, no relacionamento entre o cliente e o ambiente, na interação enfermeiro-cliente e na terapêutica de enfermagem; e no segundo, considerando o papel que os enfermeiros desempenham e as escolas de pensamento a que os teóricos estão ou estiveram ligados.

Garcia e Nóbrega (2010) corroboram com Waldow (2006) quanto ao fato de as teorias de Enfermagem terem sido o avanço da profissão na busca da cientificidade nas décadas de 60 e 70 do século XX. No Brasil, a pioneira a adotar teoria no campo profissional foi Wanda de Aguiar Horta, que propôs às enfermeiras uma assistência de enfermagem sistematizada com base nas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979). A referida autora procurou despertar a Enfermagem brasileira para a utilização dos referenciais teóricos elaborados pelas enfermeiras norte-americanas, passando a ser considerada a introdutora do Processo de Enfermagem no nosso meio.

O processo de enfermagem (PE) consiste em um instrumento metodológico utilizado pelo profissional que permite a organização dos dados coletados e a sistematização do cuidado individualizado com base no diagnóstico, intervenção e resultado esperado e alcançado (CRUZ, 2010; CRUZ, 2008). A trajetória histórica do processo de enfermagem no cenário da saúde nos Estados Unidos acontece em três gerações: a primeira compreende o período de 1950 a 1970; a segunda corresponde às décadas de 1970 a 1990; a terceira refere-se aos anos de 2000 a 2010. Pesut (2006) introduziu nesta trajetória histórica mais três novas gerações: a quarta que se iniciou em 2010 com projeção até 2020; a quinta irá iniciar-se em 2020, com término em 2035; e a sexta geração acontecerá de 2035

a 2050 (PESUT, 2006).

Na primeira geração (1950-1970), o termo processo de enfermagem foi mencionado pela primeira vez por Lydia Hall em 1955, durante uma conferência em New Jersey, ao afirmar que a “enfermagem é um processo”. Em 1961, Ida Orlando definiu o PE sob em três aspectos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações da enfermagem destinadas ao benefício do paciente. No ano de 1967, Helen Yura e Mary B. Walsh publicam um livro no qual descrevem o PE em quatro fases: avaliação inicial, planejamento, intervenção e avaliação junto com o pensamento clínico e com a solução de problemas dos pacientes (TANURE, PINHEIRO, 2010; NÓBREGA; SILVA, 2007; ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

A proposta do PE pautava-se na estrutura da organização do pensamento direcionado para a identificação e solução dos problemas dos pacientes pelo enfermeiro. Nessa época, em 1950, a primeira tentativa para definir o universo dos termos clínicos da Enfermagem, aconteceu nos Estados Unidos com os 21 problemas de Abdellah que teve como focos principais as necessidades do cliente e os problemas de enfermagem. Em 1966, surge a lista das 14 necessidades humanas básicas de Virginia Henderson e posteriormente o modelo de levantamento de dados nas 13 áreas funcionais de McCain (MALUCELLI et al., 2010).

Essas primeiras tentativas de identificação dos problemas do cliente motivaram discussões sobre a necessidade de se compreender os problemas de enfermagem, classificá-los e padronizá-los. Diante disso, em 1973, aconteceu em Saint Louis, nos Estados Unidos, a primeira conferência nacional para classificação de diagnóstico de enfermagem (DE). Na ocasião, foram apresentados trinta e quatro (34) DE, os quais foram validados por um pequeno grupo. (CRUZ, 2008; PESUT, 2006).

A segunda geração do PE (1970 a 1990) foi marcada pelo acréscimo da etapa referente ao diagnóstico, como elemento essencial ao modelo tradicional do processo de enfermagem. Nesse período, o conhecimento da Enfermagem teve avanços em relação ao desenvolvimento de um sistema de linguagem padronizada, como o trabalho da *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA, os projetos da Faculdade de Iowa, EUA, para a criação das *Nursing Intervention Classification* NIC e *Nursing Outcomes Classification* - NOC (CRUZ, 2008; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; PESUT, 2006).

A terceira geração do PE correspondente ao período de 2000 a 2010 tem uma estrutura direcionada para o raciocínio clínico com o foco nos resultados, associado aos problemas de cuidados de enfermagem com a história clínica específica do cliente. O modelo é representado pela sigla “OPT” que significa *The Outcome Present State Test* (PESUT, 2006). Para Cruz (2008), essa fase valoriza as classificações de diagnósticos, de intervenções e resultados como vocabulários para o raciocínio clínico.

Quanto à quarta geração (2010-2020) do processo de enfermagem, esta se pauta na organização da construção do conhecimento e de como as bases de dados poderão estar vinculadas a um sistema de linguagem comum para serem analisadas quanto à relação entre diagnósticos, intervenções e resultados. Já na quinta geração (2020-2035) será possível aprender a ocorrência e a epidemiologia dos diagnósticos, intervenções e resultados de pacientes em populações específicas tendo por base um banco de dados. Também será possível ter dados por tipo de instituição ou pelo cuidado prestado primário, secundário e terciário (PESUT, 2006).

A última geração Pesut (2006) projeta para 2035 a 2050 com o desenvolvimento de modelos preditivos de cuidados mediante características únicas do paciente, que podem ser comparados dados empíricos derivados de várias instituições ou de um banco de dados internacional relacionado ao conhecimento de enfermagem. Também aponta o uso da estratégia de simulação clínica para ajudar a desenvolver o raciocínio e o julgamento clínico para a tomada de decisão.

A Enfermagem brasileira inicia as discussões sobre o processo de enfermagem no final da década de 1970 com Wanda de Aguiar Horta, cuja proposta foi divulgar as teorias de Enfermagem brasileira com destaque da necessidade de se ter um método para a execução do cuidado sob a responsabilidade do enfermeiro. Para Horta (1979) o PE é um método dinâmico de ações sistematizadas e inter-relacionadas, caracterizado por seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

De acordo com Garcia, Carvalho e Dalri (2012), o conceito apresentado por Horta (1979) sobre o Processo de Enfermagem entendendo-o como ações dinâmicas, sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano, pode ter influenciado a consagração do termo *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE), na cultura da Enfermagem brasileira como sinônimo de

Processo de Enfermagem. Para as autoras, sistematizar significa organizar diversos elementos em um sistema, ou em um conjunto de ações e meios que se inter-relacionam e visam a um resultado esperado. Diante do exposto os conceitos de PE e SAE apresentam diferenças.

O Processo de Enfermagem possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo de saúde e doença (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Retomando a inserção do PE no Brasil, percebe-se um discreto crescimento, até que a obrigatoriedade da SAE, nas instituições de saúde brasileiras passou a ser exigida no ano de 2002, com a publicação da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 272 (COFEN, 2002). A mesma foi revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. De acordo com esta resolução, o PE é definido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática, organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados ou histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O PE deve ser realizado de modo sistemático em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional, incluindo hospitais, serviços ambulatoriais, escolas e domicílio (COFEN, 2009).

Apesar da obrigatoriedade do PE pelo COFEN, a Enfermagem brasileira tem encontrado alguns desafios para aplicação do mesmo, incluindo-se: o uso, o envolvimento e a capacitação da equipe de enfermagem na operacionalização do processo de enfermagem; utilização de instrumento confiável e válido para a coleta de dados; o desenvolvimento de raciocínio clínico e terapêutico preciso; o emprego da tecnologia de informação e comunicação; adoção de terminologias para designação dos fenômenos de enfermagem; e o preparo das instituições de ensino para a capacitação tecnológica (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009). Em outro estudo, destaca-se a necessidade de competências para o uso dos sistemas de classificação ou taxonomias, para a adoção plena do processo de enfermagem (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Há décadas a Enfermagem tem procurado desenvolver sistemas de classificação que contemplem as atividades e sistematizem o conhecimento

necessário para a assistência de enfermagem. Os sistemas de classificação desenvolvidos também favorecem a documentação de enfermagem de acordo com as etapas do processo de enfermagem.

Cerca de doze sistemas de classificação foram desenvolvidos na Enfermagem: *Taxonomia da Nanda-I International (NANDA-I)*; *Nursing Intervention Classification (NIC)*; *Clinical Care Classification (CCC)*; *Omaha System*; *Nursing Outcomes Classification (NOC)*; *Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)*; *Patient Care Data Set (PCDS)*; *PeriOperative Nursing Set (PNDS)*; *Nursing Minimum Data (NMDS)*; *International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*; *ABCcodes* e *Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)*. Entre esses sistemas, os mais utilizados e conhecidos são: NANDA-I, NIC, NOC e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® (FURUYA et al., 2011).

Dessa forma, a possível contribuição dessas classificações tanto para a determinação do raciocínio clínico que refleta a situação clínica do paciente (diagnóstico de enfermagem), como para, a determinação do resultado esperado, seu tratamento (intervenção de enfermagem) para alcance desses resultados, chamou nossa atenção.

O diagnóstico de enfermagem é um processo perceptivo e cognitivo, momento em que o enfermeiro realiza o ato de julgamento clínico para formular as hipóteses diagnósticas descrevendo o estado de saúde do cliente. O diagnóstico de enfermagem é uma categoria nominal, entendida como um termo ou expressão que designa a situação pertinente à saúde do indivíduo. Para isso, o enfermeiro utiliza os sistemas de linguagem, como da NANDA-I ou da CIPE®, os mais reconhecidos e utilizados no Brasil (CRUZ, 2010; NEGREIROS et al., 2007).

Como mencionado, após o julgamento clínico para decidir o foco de atendimento (diagnóstico de enfermagem), o enfermeiro estabelece os resultados esperados em face da situação identificada, utilizando os sistemas de linguagem da NOC ou da CIPE®. Em continuidade do processo de cuidar, estabelece as intervenções para seu alcance, voltada ao indivíduo, família ou comunidade, para isto, o enfermeiro utiliza a NIC ou a CIPE®.

Considerando-se a ligação, amplamente comentada na literatura, das taxonomias da NANDA-I, NOC e NIC estas serão empregadas neste estudo, além da CIPE®.

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I é um sistema de classificação hierarquizado multiaxial, composto por 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos. Conforme a NANDA-I 2012-2014 (2013), os 13 domínios envolvem promoção da saúde; nutrição; eliminação/troca; atividade/repouso; percepção/cognição; autopercepção; relacionamentos de papel; sexualidade; enfrentamento/tolerância ao estresse; princípios de vida; segurança/proteção; conforto; e crescimento/desenvolvimento. As 47 classes estão distribuídas entre os 13 domínios baseada nos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon, dentro dos quais estão abrigados os 217 diagnósticos de enfermagem. Assim, cada domínio é composto por classes e as mesmas por conceitos de diagnósticos.

O Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC é uma taxonomia que inclui as atividades de enfermagem voltadas à solução de problemas reais ou potenciais de cuidado de saúde do paciente. Foi desenvolvida em 1987 na Universidade de Iowa nos EUA, passando por quatro fases: Construção da Classificação de 1987 a 1992; Construção da Taxonomia nos anos de 1990 a 1995; Teste Clínico e Aperfeiçoamento no período de 1993 a 1997 e uso e manutenção desde 1996. Atualmente, a NIC abrange 554 intervenções estruturadas em sete domínios e 30 classes que podem se relacionar aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, (BULECHEK et al., 2013; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; MCCLOSKEY, 2004; ALMEIDA; PERGHER; CANTO, 2010).

No Brasil, os pesquisadores de enfermagem têm demonstrado interesse em desenvolver Estudos sobre a utilização da NANDA-I e NIC na assistência de enfermagem. Santos et al. (2009), em uma revisão integrativa de literatura sobre a NANDA-I, em âmbito nacional, realizada no período de 1994 a 2008, argumentam que dentre os 46 estudos encontrados na base de dados LILACS e MEDILINE, o ano com maior publicação de trabalhos corresponde a 1999. Destes, 66% foram procedentes do estado de São Paulo, 12% do Ceará, 8,7% de Goiás, 7% de Minas Gerais, 2,1% do Paraná, 2,1% do Rio Grande do Norte e 2,1% do Rio de Janeiro. Segundo as autoras, o número crescente de trabalhos no estado de São Paulo teve influência da Decisão do COREN-SP- DIR/008/1999 que normatizou a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde, tem sido influenciado, também, pela maior incidência de cursos de pós-graduação em Enfermagem neste estado brasileiro.

O estudo de Sampaio et al. (2011), cujo objetivo foi identificar as

evidências relacionadas ao uso da NIC na prática clínica por enfermeiros brasileiros, mostrou que no intervalo entre 2004 e 2008, dos dez (10) trabalhos houve uma maior produção científica no Estado de São Paulo. Dentre, os dez (10) trabalhos, seis (6) foram desenvolvidos neste estado, dois (2) no Ceará, um (1) no Piauí e um (1) no Distrito Federal. De acordo com as autoras, as áreas de interesse se concentraram na assistência hospitalar com nove (9) trabalhos e no cenário ambulatorial (1). Dos nove, seis (6) foram direcionados para o cliente adulto, três (3) voltados à criança e um (1) ao adolescente.

Os dois estudos apresentados abordam os benefícios quanto ao uso da NANDA-I e da NIC como: a autonomia e papel na resolutividade dos diagnósticos de enfermagem; garantia de oferta de cuidados de enfermagem de qualidade e visibilidade do enfermeiro. Os autores sugerem a necessidade de se desenvolverem estudos sobre validação e a relação entre raciocínio clínico e classificações de enfermagem como forma de proporcionar segurança no uso da linguagem padronizada (SAMPAIO et al., 2011; SANTOS et al., 2009).

Quanto à Classificação de resultados de enfermagem (NOC), esta também foi desenvolvida por uma equipe de pesquisadores da Universidade de Iowa, em 1991, com a finalidade de descrever e mensurar os resultados da prática de enfermagem. A NOC é estruturada em sete domínios, 32 classes e 490 resultados com indicadores específicos de avaliação sendo complementar a outras duas classificações, Taxonomia da NANDA-I, e NIC. O emprego da NOC pode ser utilizado para o planejamento da assistência e como um indicador na avaliação da qualidade do cuidado prestado (MOORHEAD et al, 2013; MOORHEAD, et al., 2010).

Em relação às pesquisas desenvolvidas com a NOC, verifica-se no banco de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* no período de 1997 a 2008, um total de 15. Destes, estas pesquisas, apenas dois (2) trabalhos foram publicados no âmbito nacional, onze (11) nos Estados Unidos e dois (2) na Inglaterra. Em relação ao ano de publicação, o primeiro trabalho foi realizado em 1997, com um crescimento discreto nos anos de 2004, 2005 e 2007. As temáticas abordadas foram: a utilização da taxonomia na prática profissional; validação dos elementos (resultados, indicadores e escalas) da taxonomia; tradução e validação da NOC; e emprego da NOC no sistema informatizado (GARBIN et al., 2009).

Em outro estudo de revisão bibliográfica, no período entre 1997 e 2007,

sobre resultados de cuidados de enfermagem no âmbito internacional, verificou-se que no período entre 1997 e 2007, dez (10) trabalhos de pesquisa original, buscaram evidenciar: a aplicabilidade e viabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para mensurar os reflexos da prática profissional; facilidade na comunicação entre enfermagem e demais profissionais da saúde; utilização em sistemas informatizados e a necessidade de educação de acadêmicos e da equipe de enfermagem no emprego de classificações padronizadas de forma acurada (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2010).

De acordo com Seganfredo e Almeida (2010), as publicações científicas sobre a NOC no Brasil ainda são escassas. As mesmas citam uma pesquisa em desenvolvimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para implantar a NOC no sistema informatizado. Em outro estudo a NOC, foi aplicada em uma pesquisa clínica intervencionista junto com as taxonomias NANDA-I e NIC no processo de sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de clínica médica de um hospital de Minas Gerais (PEREIRA; SUCHI; ARREGUY-SENA, 2010).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um instrumento de informação que permite descrever a prática e prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde. A CIPE® é definida como um sistema de linguagem unificado de enfermagem, que facilita a combinação de termos locais com as terminologias existentes. Foi iniciada em 1989 e sua primeira versão foi divulgada em 1996. Desde então já foram publicadas sete versões. A versão 1.0 da CIPE® apresenta um total de 1.658 termos, distribuídos no Modelo de Sete Eixos, os quais são definidos, como: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente. Esse modelo facilita ao usuário a construção de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A última versão publicada, a CIPE® 2013, apresenta um total de 3.894 conceitos, dos quais 1.592 são *conceitos pré-coordenados* (783 diagnósticos e resultados de enfermagem e 809 intervenções de enfermagem); e 2.302 são *conceitos primitivos*, distribuídos nos eixos do *Modelo de Sete Eixos* (GARCIA; NÓBREGA, 2013; CIE, 2011; CIE, 2007; TANURE; CHIANCA; GARCIA, 2009; GARCIA; NÓBREGA, 2009; SILVA et al., 2007).

A elaboração do enunciado do diagnóstico de enfermagem com base no Modelo de Sete Eixos da CIPE®, deve incluir um termo do eixo foco e outro, do eixo

de julgamento, podendo incluir termos adicionais, se necessário, dos eixos foco, julgamento ou de outros eixos. Para criar os enunciados de intervenções de enfermagem, utiliza-se obrigatoriamente um termo do eixo ação e pelo menos um termo alvo, proveniente de qualquer um dos demais eixos, exceto do eixo do julgamento, podendo incluir termos adicionais, se necessário, do eixo ação ou de qualquer outro eixo (CIE, 2011). Conforme Pfeilsticker e Cadê (2008), a CIPE[®] é um instrumento que possibilita a organização do cuidado e a qualidade da assistência, contribuindo para a visibilidade das práticas de enfermagem.

No Brasil, a CIPE[®] tem sido utilizada principalmente em pesquisas desenvolvidas na pós-graduação como resultado de dissertações e teses e algumas tentativas de seu emprego no ensino e na prática profissional (MAZONI et al., 2010). Trabalhos científicos abordam a aplicação do processo de enfermagem utilizando a CIPE[®], como o estudo realizado por Bittencourt, Beserra e Nóbrega (2008), que identificou os diagnósticos, resultados e intervenções em uma paciente portadora de lúpus eritematoso sistêmico utilizando a Versão Beta 2 da CIPE[®]. Um outro estudo do tipo relato de experiência desenvolvido por Albuquerque et al. (2008), teve como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem ao binômio mãe-lactente fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas com base na CIPE[®] versão 1.0.

Outros exemplos destacam-se na atenção primária no município de Curitiba-PR, com os estudos desenvolvidos por Apostolico, Cubas e Altino (2007) e Chaves et al. (2011). A primeira pesquisa teve objetivo de descrever os diagnósticos e intervenções de enfermagem gerados na consulta de enfermagem na atenção à criança empregando o inventário vocabular CIPESC/ Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva (APOSTOLICO; CUBAS; ALTINO, 2007). No segundo estudo, a CIPESC foi empregada para identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem nas consultas de enfermagem à atenção a saúde da mulher direcionada para o pré-natal e puerpério (CHAVES et al., 2011). Ainda na assistência à Saúde da Mulher, a CIPE[®] versão 1.0 foi utilizada no serviço de oncologia do município de Vitória- ES para identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas (PRIMO et al., 2010).

Dentre outros, a CIPE[®] foi adotada para reestruturar a sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos de um

hospital de ensino, elencando os diagnósticos e as prescrições de enfermagem (TRUPPEL et al., 2009). Na pesquisa realizada por Barra e Sasso, (2010) buscaram descrever a avaliação dos critérios de ergonomia e usabilidade do processo de enfermagem informatizado em dispositivo tecnológico móvel do tipo *Personal Digital Assistant* (PDA) com base na CIPE® 1.0.

No hospital-escola de João Pessoa-PB, o emprego da CIPE® vem ocorrendo a partir de estudos vinculados ao projeto de pesquisa *Bancos de termos da linguagem especial de enfermagem*, financiado pelo CNPq, cuja execução envolveu vários subprojetos realizados nas Clínicas Médica, Pediátrica, Obstétrica, de Doenças Infecto-contagiosas, Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva Geral e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que levaram à construção de bancos de termos por unidade clínica (NÓBREGA; GARCIA, 2010).

Por meio desses bancos de termos, foram construídos em outros subprojetos os enunciados as afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas clínicas do HULW/UFPB, considerando-se as diretrizes propostas na CIPE® pelo Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE (NÓBREGA, 2011) e o atendimento as metas e objetivos do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, que é um Centro acreditado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE (CIE, 2011; NÓBREGA; GARCIA; COLER, 2009). Ainda no âmbito hospitalar, foi realizada a construção de um banco de termos da linguagem especial para enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo de adultos, a partir da CIPE® - versão 1.0 (TANURE; CHIANCA; GARCIA, 2009).

O estudo realizado por Mazoni et al. (2010), sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira, traz que esta classificação deve ser ampliada no ensino e na prática assistencial com o desenvolvimento de estudos científicos. Segundo as autoras, a produção nacional nos últimos quinze anos está concentrada principalmente em pesquisas descritivas, seguidas de revisão de literatura, decrescendo para estudos de relatos de casos.

No estudo de Tanure, Chianca e Garcia (2009), a respeito da construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem, as autoras mostram a necessidade de pesquisas relacionadas ao refinamento e testes da linguagem utilizada pela Enfermagem, para evidenciar o que tem sido aceito, rejeitado e

modificado, bem como a importância de descrever os elementos de áreas específicas da Enfermagem para contribuir na construção dos catálogos da CIPE®.

A utilização das terminologias em Enfermagem surge da necessidade de identificação, nomeação e classificação dos conceitos de domínio da disciplina, como requisitos importantes para a continuidade de um cuidado com qualidade, para documentação dos elementos da prática de enfermagem, subsidiando dados representativos do desempenho da profissão nos diversos cenários de cuidado (NÓBREGA et al., 2008). Dessa forma, o emprego das taxonomias da NANDA-I, NOC, NIC e CIPE® é fundamental no processo de enfermagem como um instrumento metodológico para a formação dos enfermeiros, como também para a aplicação na prática profissional.

Enfatizando a importância de produzir conhecimento sobre a utilização dos diagnósticos de enfermagem e a validação, Carvalho et al. (2008) referem a necessidade de investir na temática sobre validação de diagnósticos, tendo em vista o número reduzido de estudos no Brasil. Segundo as autoras, as publicações disponíveis tratam do emprego do diagnóstico na prática, mas poucos têm sido objeto de validação clínica, como também emerge a necessidade de pesquisas que analisem os pontos semelhantes entre as diversas classificações.

Frente ao que foi exposto, justifica-se conhecer as interfaces e as possíveis correspondências entre diagnósticos de enfermagem, resultados esperados, prescrições de enfermagem e suas correspondentes intervenções, utilizando-se diferentes terminologias.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A utilização do processo de enfermagem é uma atividade dinâmica e complexa, pois requer do enfermeiro conhecimento e habilidade para investigar, interpretar os dados coletados, planejar e implementar ações de cuidado de enfermagem para se obter resultados de saúde.

Para que o enfermeiro possa exercer suas atribuições profissionais pautadas na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e atender às recomendações das diversas resoluções da legislação em Enfermagem, precisa desenvolver a capacidade de pensar, fazer julgamento, sintetizar e tomar decisão no gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Dessa forma, considera-se necessário rever os conceitos de raciocínio diagnóstico e terapêutico, sistemas de classificação da prática de enfermagem NANDA-I, NOC, NIC e CIPE® sustentado na literatura existente e caracterizar o estudo de caso como uma ferramenta para o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico.

2.1 Raciocínio diagnóstico e terapêutico

O planejamento do cuidado de enfermagem se efetiva a partir da identificação do diagnóstico de enfermagem, direcionando as intervenções adequadas. Para se obter o título do diagnóstico, estabelecer as intervenções e os resultados de enfermagem o enfermeiro emprega o raciocínio clínico.

O estabelecimento do diagnóstico de enfermagem requer do enfermeiro a compreensão da relação existente entre a análise dos dados coletados e a avaliação do estado de saúde do cliente. O diagnóstico é considerado como segunda fase do processo de enfermagem e, é definido como julgamento clínico, por descrever o estado de saúde do cliente, constituindo-se também, como afirmativa diagnóstica que utiliza uma taxonomia para afirmar o estado de saúde do cliente (NEGREIROS et al., 2007). Nesse processo cognitivo, o enfermeiro utiliza as informações para raciocinar e fazer inferências sobre o cliente; esse, processo, é denominado de raciocínio crítico.

Cerullo e Cruz (2010) apontam que na literatura de Enfermagem,

estudiosos têm evidenciado a necessidade de se conceituar os termos raciocínio clínico e pensamento crítico, em razão de serem utilizados como sinônimos. Estas autoras, ao analisarem as publicações científicas da Enfermagem realizadas nos anos de 1981 a 2002, sobre pensamento crítico (PC), identificaram dois trabalhos facilitadores da compreensão desse conceito, caracterizando-o como uma relação entre hábitos da mente e habilidade cognitiva. Já em outro estudo, encontraram um modelo teórico que categoriza a experiência clínica como elemento essencial para o aprimoramento do PC e para a acurácia diagnóstica.

Em relação às habilidades cognitivas e aos hábitos mentais, Scheffer e Rubenfeld (2000) relacionam nas habilidades cognitivas sete comportamentos, assim compreendidos: 1) análise que é a capacidade de se separar o todo em partes, apoiado-se em dados objetivos e subjetivos, com vistas a possíveis ações de cuidado ao paciente; 2) aplicação de padrões, que se constitui como sendo um julgamento de acordo com as regras sociais, pessoais ou profissionais estabelecidas; 3) discernimento, conceituado como a capacidade de reconhecer diferenças e semelhanças entre coisas ou situações e distinguir cuidadosamente de modo a categorizá-las; 4) busca de informações para fundamentar a interpretação das evidências, fatos ou conhecimento pela identificação de fontes pertinentes e atuais, pela coleta de dados objetivos, subjetivos e históricos; 5) raciocínio lógico, como um processo de intervir após conclusões apoiadas em ou justificadas por evidências; 6) predição, capacidade de visualizar um plano e suas consequências; e 7) a transformação de conhecimento que compreende alterar ou converter a condição, a natureza, a forma ou a função de conceitos dentro os contextos.

Os hábitos mentais, por sua vez, compreendem: 1) confiança, definida pelo ato de estar seguro quanto à própria capacidade de desenvolver o raciocínio e competência para utilizar outras habilidades; 2) perspectiva contextual, caracterizada pela capacidade de desenvolver o processo diagnóstico respeitando a diversidade cultural, as diferenças econômicas e sociais de pacientes, famílias e comunidades; 3) criatividade, como a busca de maneiras alternativas para aperfeiçoar o que está proposto, modificando ou alterando pensamento; 4) flexibilidade para estar aberto a novas ideias e modos de ser e fazer; 5) curiosidade para questionar, buscar novos saberes e observar, a fim de entender o processo saúde-doença de indivíduos e populações; 6) integridade intelectual, vista como sendo o reconhecimento das próprias potencialidades e limitações; 7) intuição, ou seja, a capacidade de buscar

conhecer por meio dos sentidos, sem utilizar a razão; 8) compreensão para ser receptivo a opiniões divergentes e sensíveis às dificuldades; 9) perseverança, ato de persistir com determinação a fim de superar obstáculos na busca de respostas; e 10) a reflexão, ou seja, a capacidade de aprofundar a compreensão e autoavaliação sobre um fenômeno (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

Conforme a revisão bibliográfica realizada por Cerullo e Cruz (2010), o raciocínio clínico na Enfermagem é um aspecto presente em todas as ações e decisões assistências do enfermeiro, ou seja, no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. Para as autoras, o termo pensamento crítico antecede ao raciocínio clínico, pois necessita de habilidades e atitudes indispensáveis para o desenvolvimento do raciocínio clínico.

Nesse contexto, Alfaro-LeFevre (2010) define o pensamento crítico baseado nos princípios do processo de enfermagem, da solução de problemas e do método científico, pautado no conhecimento, na habilidade e na experiência do enfermeiro para identificar as necessidades do paciente, da família e da comunidade. Acrescenta que o pensamento crítico requer racionalidade, pensamento reflexivo e intencionalidade, tendo como resultado o julgamento clínico.

Para Gordon (1987), o raciocínio clínico determina um problema de saúde do cliente e avalia os fatores etiológicos do problema. O processo de diagnóstico envolve a coleta e interpretações das informações obtidas, em seguida, o agrupamento dos dados relevantes e inter-relacionados, para atribuir uma categoria nominal ao resultado do processo de julgamento clínico, utilizando uma taxonomia.

O processo de raciocínio diagnóstico proposto por Risner (1986) inclui duas fases, a que se refere à análise e síntese dos dados coletados do indivíduo, da família ou da comunidade, relativos aos problemas de saúde ou aos processos vitais e a que corresponde à análise dos dados, fundamentada na categorização dos dados e na identificação de lacunas ou de dados divergentes. O raciocínio diagnóstico compreende: o agrupamento dos dados em padrões; a comparação desses padrões a normas, teorias, estruturas e modelos; a proposição de hipóteses; e os estabelecimentos causais que são inerentes a cada cliente. A segunda fase se concretiza ao estabelecer o diagnóstico de enfermagem, que inclui o título diagnóstico e uma indicação dos fatores que contribuem para sua ocorrência ou manutenção.

De acordo com Carvalho e Jesus (2010), o raciocínio clínico é um

processo que estabelece as tomadas de decisão clínica e envolve os diagnósticos e intervenções. No momento em que o profissional faz o julgamento clínico com ênfase no diagnóstico, denomina-se de raciocínio diagnóstico e ao direcionar para a seleção de intervenções, conceitua-se como raciocínio terapêutico ou raciocínio da intervenção de enfermagem.

O desenvolvimento do raciocínio diagnóstico envolve a etapa da coleta de dados, o reconhecimento de pistas ou evidências, comparação de evidências clínicas, elaboração mental de possíveis diagnósticos de enfermagem e validação desses diagnósticos pela argumentação de pacientes, familiares e outros profissionais, a fim de conduzir as intervenções e os resultados de enfermagem esperados (CROSSETTI et al., 2011).

Dessa forma, quando o raciocínio de diagnóstico de enfermagem acontece, o enfermeiro utiliza três processos: o interpessoal ao se comunicar com os consumidores do cuidado de saúde e com outros profissionais para a coleta de dados; os processos técnicos que incluem o uso de instrumentos para levantamentos de dados pessoais e habilidades específicas para realização do exame físico; e o intelectual, ao utilizar a inteligência e o pensamento crítico para coletar e analisar dados e tomar decisões (LUNNEY, 2011).

A coleta de dados realizada pelo enfermeiro pode ser obtida pela investigação intencional, quando o profissional tem a coleta deliberada de dados para fundamentar as ações de enfermagem ou adquirida pela investigação não intencional, isto é, quando observa os indícios importantes sem o planejamento prévio. Nesse momento, o enfermeiro identifica os indícios com fins diagnósticos, os quais são analisados e avaliados para que os diagnósticos sejam considerados ou refutados. A confirmação do diagnóstico de enfermagem se efetiva a partir da validação, que representa a verdadeira condição do cliente ou da comunidade (LUNNEY, 2011; CARVALHO et al., 2008).

Pela complexidade do comportamento humano, Lunney (2011) coloca a importância de se acompanhar os processos técnicos e de pensamentos dos enfermeiros, seja este acompanhamento realizado sejam realizados pelos consumidores e por outros profissionais da saúde. O acompanhamento realizado pelo consumidor do cuidado de saúde, ou seja, o paciente/ cliente acontece quando este participa da validação do diagnóstico de enfermagem ao concordar com a inferência diagnóstica identificada pelo enfermeiro. O envolvimento de outros

profissionais ocorre quando estão de acordo com o diagnóstico identificado pelo enfermeiro tendo por base os dados obtidos pelo exame físico. Nesse sentido, validar os diagnósticos de enfermagem com outros indivíduos contribui para garantir a acurácia diagnóstica.

De acordo com Lunney (1990), a qualidade dos cuidados de enfermagem está relacionada com a precisão das necessidades reais do paciente, porque essas interpretações são subsídios para o planejamento das intervenções adequadas que, por sua vez, contribuem para um resultado positivo. Para a autora, os enfermeiros continuamente interpretam as respostas dos indivíduos; porém, não avaliam a acurácia do diagnóstico. Nesse sentido, existe uma escala de sete pontos que pode ser utilizada para facilitar o alcance da acurácia ao diagnosticar as respostas dos indivíduos (LUNNEY, 2011).

No estudo de Matos e Cruz (2009), a Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem de Lunney, mesmo com a validação por dois estudos de caso, não propiciou a obtenção de resultados similares em estudos brasileiros, quando aplicada para analisar dados escritos da avaliação do paciente. Diante disso, as autoras desenvolveram um instrumento denominado Escala de Acurácia do diagnóstico de enfermagem (EADE), com base na Escala de Lunney, definindo a acurácia diagnóstica como: “[...] o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para um determinado diagnóstico de enfermagem” (MATOS, 2010 p. 18). Atualmente, existe a versão 2 da EADE, cujo objetivo é avaliar a acurácia de diagnóstico de enfermagem. Ao ser utilizado, este instrumento poderá ser útil no ensino de alunos e no treinamento de enfermeiros quanto à atividade diagnóstica.

O raciocínio terapêutico ou de intervenção de enfermagem, constitui a seleção de intervenções direcionadas à unidade de cuidado que compreende o indivíduo, a família e a comunidade. A elaboração do plano de intervenções perpassa a promoção da saúde, prevenção de agravos, restabelecimento da saúde bem como os processos de reabilitação e readaptação. Esta elaboração, deverá estar pautada no diagnóstico de enfermagem apresentado pela unidade de cuidado, levando em consideração a opinião do paciente, os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis, o preparo da equipe para realizar o atendimento e os resultados esperados (CARVALHO; JESUS; BACHION, 2010).

2.2 Sistemas de classificações da prática de enfermagem

A inferência do raciocínio diagnóstico e terapêutico, como também os resultados de enfermagem, pode ser apresentada em categorias nominais com base nos sistemas de classificação de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem já existentes como a NANDA-I, NIC, NOC e CIPE® respectivamente. Os elementos da prática de enfermagem (diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem) ou taxonomias proporcionam a padronização da linguagem de enfermagem facilitando a comunicação do cuidado (NANDA-I, 2013; CIE, 2011; NÓBREGA et al., 2010; MCCLOSKEY, 2004).

As primeiras tentativas de classificação dos termos clínicos da enfermagem aconteceram no século XX, na década de 50, quando as enfermeiras buscaram modelos conceituais ou teorias que identificassem seus próprios conceitos e sua utilização na prática. Em 1953, Vera Fry, classificou e identificou cinco áreas de necessidades do cliente, sendo elas: tratamento; medicação; higiene pessoal; ambiental; ensino e orientação; e humana ou pessoal. Nos Estados Unidos, em 1960, surgiu a primeira classificação considerada de relevância para a prática de enfermagem, a qual ficou conhecida como os 21 problemas de Abdellah, pautada nas principais necessidades do cliente e nos problemas de enfermagem (CRUZ, 2008; NEGREIROS; SILVA; NÓBREGA, 2007).

Após, seis anos, Virginia Henderson identificou as 14 necessidades humanas básicas que serviram de guia na promoção da saúde e na prestação dos cuidados de enfermagem. As funções de competência exclusiva dos enfermeiros são descritas como: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestimentas, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente, comunicação, prática religiosa, realização, atividade de lazer e aprendizagem (HENDERSON, 1971). As autoras Tanure e Chianca (2010), Cruz (2008), Negreiros, Silva e Nóbrega (2007) consideram que os 21 problemas de Abdellah, as 14 necessidades humanas básicas e as 13 áreas funcionais de McCain, foram as precursoras na sistematização do conhecimento sob uma abordagem taxonômica na Enfermagem.

Deste modo, há na Enfermagem vários vocabulários que possibilitam a documentação da área de acordo com as etapas do processo de enfermagem, para

favorecer a comparação do conhecimento global (TANNURE; CHIANCA; GARCIA, 2009). Para isso, foi criada pela *International Organization for Standard* (ISO) a Norma ISO 18.104:2003-Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem, cuja finalidade é acomodar as diversas terminologias e classificações usadas pelos enfermeiros para documentar os dados do paciente e clientes, além de facilitar o mapeamento dos termos de enfermagem com outras terminologias de saúde promovendo a integração dos sistemas de informação (MARIN, 2009).

A motivação para criar a padronização surge da necessidade de implementar um sistema de base conceitual para as áreas clínicas, reembolsar os serviços prestados pela enfermagem e aumentar o conhecimento produzido na área. Dessa forma, a Norma ISO 18.104:2003 surge como referencial de representação de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem (denominada, pela norma, como Ação). O mesmo permite estabelecer padrões para terminologias de enfermagem, visando a seu uso em sistemas computacionais e, além disso, possibilita uma estrutura para geração de expressões de conceitos de diagnósticos e ações de enfermagem, que precisa ser levada em consideração por todos os sistemas de classificação da área. As classificações de enfermagem que se adéquam ao modelo são: a CIPE[®] desde a versão 1.0 (2005) e a NANDA-I versão 2009-2011 (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; MARIN, 2009).

2.2.1 Taxonomia da NANDA International Inc. (NANDA-I)

A padronização de uma linguagem de enfermagem começou na década de 1970, como o desenvolvimento da classificação de diagnóstico da NANDA-I. O desenvolvimento de terminologias do diagnóstico de enfermagem aconteceu em 1973, quando as enfermeiras norte-americanas Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin, da Universidade de St. Louis nos Estados Unidos organizaram a Primeira Conferência Nacional para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem. Os cem enfermeiros provenientes dos Estados Unidos e Canadá que estiveram presentes tinham a tarefa de gerar os diagnósticos de enfermagem. Ao final do evento 34 diagnósticos foram aceitos (TANURE; PINHEIRO, 2010; CRUZ, 2008; LIMA et al., 2007).

A partir desta conferência um grupo de enfermeiras denominado de Grupo Norte-Americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem foi constituído para criar um sistema de classificação. As discussões teóricas do grupo pautavam-se em identificar, desenvolver e classificar os diagnósticos incluindo o título diagnóstico e características definidoras (TANURE; PINHEIRO 2010; CRUZ, 2008; NÓBREGA; SILVA, 2007; JONHSON; BULECHECK; DOCHTERMAN, 2005).

No ano de 1978 aconteceu a Terceira Conferência da NANDA-I. Durante o evento, um grupo de enfermeiras teóricas foi convidado para discutir a necessidade de uma base conceitual para o sistema de classificação. A líder deste grupo foi a Irmã Calista Roy, que foi designada a desenvolver uma estrutura taxonômica para os diagnósticos de enfermagem. Assim, o reconhecimento profissional do diagnóstico de enfermagem aconteceu após dois anos, com a publicação do livro *Nursing: A Social Policy Statement*, pela *American Nurse's Association* (ANA), ao afirmar que: “[...] a enfermagem é o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde potenciais ou reais” (NÓBREGA; SILVA, 2007; JONHSON et al., 2005, p.12).

Na Quinta Conferência realizada em 1982, destacaram-se dois fatos importantes: o primeiro diz respeito ao grupo liderado pela Irmã Calista Roy encarregado de desenvolver a estrutura teórica para a Taxonomia que passou a ser chamado formalmente por: *North American Nursing Diagnosis Association* (Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem - NANDA) que em 2001 foi caracterizada como uma organização internacional, passando a ser designada como NANDA International Inc, (NANDA-I); o segundo fato se refere à abertura das conferências sobre classificação de diagnóstico de enfermagem à comunidade internacional de enfermagem (TANURE; PINHEIRO, 2010; NÓBREGA; SILVA, 2007; JOHSON et al., 2005).

O produto final do trabalho realizado pelo grupo liderado pela Irmã Calista Roy, sobre a base conceitual do sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, resultou, nos nove Padrões do Homem Unitário como estrutura conceitual. Posteriormente, este grupo foi desfeito e criado o Comitê de Taxonomia presidido por Phyllis Kritek. A responsabilidade deste comitê foi a de gerar uma taxonomia inicial para os títulos de diagnósticos, com base na lista de diagnósticos de enfermagem existentes e nos Padrões do Homem Unitário, cuja denominação foi modificada para Padrões de Respostas Humanas. Nessa conferência a primeira

classificação de diagnóstico de enfermagem foi proposta sendo denominada de *Taxonomia I* e aceita formalmente para desenvolvimento e testagem em 1986 (TANURE; PINHEIRO, 2010; SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009; NEGREIROS; SILVA; NÓBREGA, 2007).

A Taxonomia I foi publicada em 1989 com a estrutura do enunciado do diagnóstico de enfermagem contendo título, definição, características definidoras e fatores relacionados. Os princípios de organização fundamentam-se nos nove Padrões de Resposta Humana: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir. No ano de 1990, durante a realização da conferência da NANDA, foi apresentada a Taxonomia II, em que o diagnóstico de enfermagem teve a seguinte definição oficial: “[...] um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, a problemas de saúde/ processos vitais reais ou potenciais, [...]” (TANURE; PINHEIRO,2010; NANDA-I, 2010, p.436; LIMA et al., 2007; BRAGA, CRUZ, 2003).

Estudo realizado por Braga e Cruz (2003) traz que a Taxonomia II é resultado de várias críticas em relação à classificação dos diagnósticos de enfermagem, pelo fato de esta classificação ser constituída dos nove Padrões de Respostas Humanas. Sendo assim a Taxonomia II (multiaxial), em substituição à estrutura da Taxonomia I (monoaxial), passou a conter domínios e classes, em que cada domínio é composto por classes e estas por conceitos diagnósticos. A publicação aconteceu no ano de 2001, com 13 domínios, 46 classes, 155 diagnósticos e sete eixos. Atualmente, a estrutura multiaxial tem 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos (NANDA-I, 2013).

De acordo com a orientação da NANDA-I 2012/2014, para se criar um diagnóstico de enfermagem se recomenda utilizar os sete eixos da taxonomia com base nas dimensões da reação humana.

Os eixos estão organizados da seguinte maneira:

- 1- Conceito diagnóstico refere-se ao componente central do diagnóstico, que pode incluir um ou mais substantivos;
- 2- Sujeito do diagnóstico, diz respeito àquele a quem é destinado o diagnóstico (indivíduo, família, grupo e comunidade);
- 3- Julgamento, especifica o sentido do conceito diagnóstico (comprometido, diminuído, atrasado e outros);
- 4- Localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções

relacionadas;

- 5- Idade refere-se à idade da pessoa;
- 6- Tempo, descreve a duração do conceito diagnóstico (agudo, crônico, intermitente e contínuo);
- 7- Situação do diagnóstico envolve a realidade ou a potencialidade do diagnóstico ou sua categorização. O diagnóstico pode ser: *real* quando o enunciado tem apoio de características definidoras que são manifestações, sinais e sintomas, agrupados em padrões de indícios ou inferências relacionados; *promoção da saúde*, no momento em que o comportamento é motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana; *risco*, constituindo-se na vulnerabilidade, na exposição a fatores que aumentam a possibilidade de lesão ou perda; e *bem-estar*, referindo-se à qualidade ou estado de estar saudável.

Ao longo desses quarenta anos a classificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I tem sido utilizada no âmbito mundial sendo traduzida para mais de 17 idiomas e, incorporada nos sistemas de informatização desses países (TANURE; PINHEIRO, 2010). Registra-se que no ano de 1986, o Comitê de Taxonomia junto com Virgínia Saba da *American Nurse's Association* (ANA) encaminharam uma lista de diagnóstico de enfermagem à Organização Mundial de Saúde (OMS) para ser incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A motivação foi em consequência da criação da Família de Classificações na OMS (LIMA et al., 2007)

Contudo o empenho dos membros da ANA e NANDA-I ainda não garantiu a aceitação pela OMS, por entender que esta Taxonomia não representava a Enfermagem no âmbito internacional (LIMA et al., 2007). A lista da NANDA foi incluída no sistema de codificação internacional do *Systemized Nomenclature of Medicine* (SNOMED) e no Sistema de Linguagem Médica Unificada da *National Library of Medicine* (TANURE; PINHEIRO, 2010).

2.2.1.1 A implementação da taxonomia da NANDA-I no Brasil

No Brasil, as discussões sobre as terminologias em Enfermagem iniciaram-se em 1975, durante o Congresso Brasileiro de Enfermagem, ao recomendar que os dirigentes de escolas de Enfermagem brasileiras e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) criassem comissão especial para estudar a temática. Destarte os primeiros debates em relação aos diagnósticos de enfermagem começaram em 1977 (CARVALHO; ROSSI; DALRI, 2008).

Na década de 1980, as enfermeiras brasileiras se aproximaram sob diversas maneiras, tendo em comum os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA-I. Citam-se como exemplo: Dr^a Marga S. Coler com seus colegas da Paraíba; a Dr^a Edna Aparecida M. Arcuri com os pesquisadores norte-americanos; intercâmbios da Dr^a Emilia Luigi S. Agerami, em instituições dos Estados Unidos e, por intermédio de contatos de outros professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) com enfermeiros de instituições espanholas. Nas décadas de 1980 e 1990, aconteceram as primeiras defesas de mestrado sobre diagnósticos de enfermagem na Escola de Enfermagem da USP e a incorporação do conteúdo de diagnóstico de enfermagem pela NANDA-I em disciplina de pós-graduação na EERP-USP. As primeiras experiências de implementação da taxonomia da NANDA-I nos hospitais brasileiros aconteceram na cidade de São Paulo, no Hospital Alemão Osvaldo Cruz e posteriormente no Instituto Dante Pazzanese (CARVALHO; ROSSI; DALRI, 2008; CERULLO; CRUZ, 2008).

Concomitante, em 1986, um grupo de professoras do estado da Paraíba começa a desenvolver estudos sobre o conceito e o sistema de classificação de diagnóstico da NANDA-I. A iniciativa foi estimulada pela Dr^a Marta Simon Coler, membro fundadora e professora da Universidade de Connecticut. O trabalho desse grupo resultou na solicitação ao Comitê de Taxonomia da autorização para a tradução da Taxonomia I para o português do Brasil no ano de 1988 (BARROS et al., 2000). Em 1990 foi publicado, no Brasil, o primeiro livro sobre diagnóstico: “Diagnósticos de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática”. (FARIAS et al. 1990). A partir dessa publicação, outras versões com diferentes traduções foram divulgadas, dificultando a padronização da taxonomia. (BARROS et al., 2000).

Ainda na década de 1990, a implementação na assistência acontece no

Hospital da Mulher, no Centro Integral à Saúde da Mulher (CAISM) na unidade de neonatologia e em seguida em outras unidades de cuidado (LOPES; HIGA; REIS, 2010). Em uma revisão bibliográfica Cerulo e Cruz (2008) referem que no período de 1982 a 2006, a concentração de publicações sobre o uso da NANDA-I nos hospitais brasileiros ocorreu no Estado de São Paulo seguido do Rio Grande do Sul; e quanto à utilização do diagnóstico de enfermagem como método de trabalho, esta ocorreu a partir de 1991.

Nesse período de discussões e implementação da taxonomia no ensino e na assistência surge um evento nacional visando discutir as dificuldades da utilização dos diagnósticos de enfermagem no Brasil. Este evento é intitulado de Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem (SINADEn), e teve sua primeira edição em 1991 na cidade de São Paulo. Nessa mesma década de 1990, este simpósio aconteceu em João Pessoa-PB (1992), Fortaleza-CE (1996) e em Curitiba-PR (1998). O SINADEn passou a ser organizado pela ABEn a partir de 1996, e programado para cada dois anos. O último evento, 11ª SINADEn ocorreu no ano de 2013 em Curitiba, onde se discutiu a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Responsabilidade Social nos Cenários da Prática Profissional (www.abennacional.org.br; BARROS et al., 2000).

2.2.2 Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

O processo de construção da NIC surgiu em 1987, quando Joanne McCloskey e Gloria Bulechek resolveram montar um grupo de estudos para desenvolver uma classificação de intervenções de enfermagem paralela à classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Essa motivação aconteceu após terem participado da conferência da NANDA em 1986, em St. Louis, Missouri, pois, naquele momento perceberam que a profissão necessitava de uma classificação das intervenções para responder aos diagnósticos de enfermagem. Assim, a NIC foi elaborada com base no Projeto de Intervenções de Iowa, por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Iowa, nos Estados Unidos, com apoio financeiro para a construção, teste e refinamento, aplicação e manutenção (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

A evolução histórica da NIC perpassa por quatro fases distintas. A

primeira corresponde à construção da classificação no período de 1987 a 1992. Para elaboração desta taxonomia foi utilizado o método indutivo visando identificar as atividades realizadas pelos enfermeiros em sua prática de planejamento e documentação dos cuidados. Em seguida, a Construção da Taxonomia (1990-1995), que se caracterizou pela abordagem dedutiva que inclui análise de similaridade, agrupamento hierárquico e escalonamento multidimensional. A terceira fase foi de Testes Clínicos e Aperfeiçoamento (1993-1997), tendo sido identificada a necessidade de ligações entre NANDA, NIC e NOC. A última etapa, Uso e Manutenção do sistema de classificação, teve início em 1996 e continua em desenvolvimento (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Para estas autoras, a NIC inclui todas as intervenções independentes ou colaborativas que os enfermeiros realizam no cuidado direto ou indireto aos pacientes, podendo ser aplicada em ambiente hospitalar, domiciliar, em instituições para idosos e em unidades de assistência primária. As intervenções incluem os aspectos fisiológicos e psicossociais e estão direcionadas ao tratamento de doenças, à prevenção e promoção da saúde. De acordo com Dochterman e Bulechek, (2008, p. 43), uma intervenção é vista como: “[...] qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente”.

A taxonomia da NIC é organizada em três níveis. O primeiro é formado por sete domínios: 1-Fisiológico Básico; 2-Fisiológico Complexo; 3-Comportamental; 4-Segurança; 5-Família; 6-Sistema de saúde e 7-Comunidade. O segundo se refere às trinta (30) classes organizadas dentro dos domínios; e o último nível, compõe as 542 intervenções com mais de 12.000 atividades. Cada intervenção de enfermagem é constituída de título, definição e atividades (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2010; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

2.2.2.1 A implementação da NIC no Brasil

Estudo realizado por Napoleão et al.(2006), apresenta dados sobre a produção científica sobre a utilização da NIC, desenvolvida no âmbito nacional e internacional. Para os autores, dos 33 trabalhos analisados no período de 1980 a

2004, a década de 1990, especificamente o ano de 1997, teve o maior número de publicações, totalizando 14 trabalhos. As autoras, sugerem que o número maior de pesquisas divulgadas em 1997 ocorreu por ocasião do lançamento da segunda edição da NIC em 1996. No âmbito nacional, foram analisados sete (7) estudos. Destes, três (3) foram de teses de doutorado, um (1) resultado de dissertação de mestrado e três (3) artigos científicos. Quanto à utilização da NIC, mencionam-se: as atividades de enfermagem direcionadas ao paciente com excesso de volume de líquidos; a adequação semântica de intervenções da NIC; comparação de intervenções da NIC com a prática corrente; sugestão de utilização da NIC para auxiliar na prevenção de erros durante a prática, bem como sua utilização em sistemas informatizados.

Em outro estudo de revisão integrativa, Sampaio et al.,(2011) abordam a identificação de evidências no uso da NIC na prática clínica em pesquisas realizadas por enfermeiros brasileiros, no intervalo entre 2004 e 2008 . Os autores encontraram 10 trabalhos; destes, seis (6) foram provenientes das regiões sudeste, três (3) do nordeste e um (1) do centro-oeste do Brasil. Dos assuntos abordados sobre a utilização da NIC, seis (6) direcionaram para a assistência ao cliente adulto, três (3) para a assistência a crianças e um (1) foi direcionado aos adolescentes. A maioria das pesquisas foi desenvolvida no cenário hospitalar com um total de nove (9) e um (1) na assistência ambulatorial, nos seguintes contextos: três (3) estudos na cardiologia; três (3) na pediatria; dois (2) na terapia intensiva; no pronto-socorro/emergência e na ortopedia/traumatologia ocorreu um (1) estudo em cada setor.

Ao analisar os dados apresentados por Napoleão et al.(2006) e Sampaio et al.(2011), sobre a produção científica da NIC no Brasil, percebe-se que a região sudeste tem se destacado na quantidade de trabalhos publicados, seguida do nordeste. Sugere-se que esse resultado tenha uma provável influência pelo número de pós-graduação (mestrado e doutorado), pela incorporação de conteúdos sobre a NANDA-I em disciplinas nos cursos de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, e pelas primeiras experiências do uso da NANDA-I nos hospitais. Na região nordeste, provavelmente, a influência advém do grupo de professores da Paraíba que se dedicaram ao estudo da NANDA-I a partir da década de 1980.

2.2.3 Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)

A NOC é uma classificação direcionada para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e os efeitos das intervenções. Foi desenvolvida por pesquisadores da Universidade de Iowa em 1991, publicando-se a classificação completa e padronizada de resultados no ano de 1997, com uma lista de 190 resultados (JONHSON, et al., 2009). Posteriormente, a segunda edição, publicada no ano de 2000, continha 260 resultados; a terceira, edição datada de 2004 com 330 resultados, a quarta edição no ano de 2008, também apresentava 330, e recentemente a quinta edição (2013) continha 490 resultados agrupados em 31 classes e sete domínios (MOORHEAD et al., 2013).

O resultado do paciente é um critério utilizado para julgar o sucesso de uma intervenção de enfermagem, o qual é definido como “um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um continuum, em resposta a uma intervenção (ões) de enfermagem” (MOORHEAD, 2008, p.15).

A utilização da NOC é considerada complementar à taxonomia da NANDA-I e da NIC, podendo ser empregada com outras classificações. A estrutura taxonômica possui: domínios, classes, resultados, indicadores e escalas de mensuração. Os domínios são: 1- Saúde Funcional; 2- Saúde Fisiológica; 3- Saúde Psicossocial; 4-Conhecimento de Saúde e Comportamento; 5- Saúde Percebida; 6- Saúde Familiar; 7- Saúde Comunitária. Em cada domínio existem as classes, seguidas dos resultados com os indicadores e escalas de medida.

Cada resultado da NOC possui um título, definição, lista de indicadores para avaliar o estado do paciente em relação ao resultado e escala do tipo Likert com cinco pontos para medir a situação do paciente. No total, são 490 Resultados em Enfermagem, agrupados em 31 classes e 7 domínios (MOORHEAD et al., 2013).

2.2.3.1 A implementação da NOC no Brasil

Estudo realizado por Garbin et al. (2009), sobre o conhecimento

produzido em relação ao desenvolvimento e utilização da NOC na assistência, no ensino e na pesquisa revela que no período de 1997 a 2008, obteve-se um total de 15 trabalhos; destes, dois (2) foram de origem brasileira, com uma prevalência de 11 nos Estados Unidos. Em outro estudo desenvolvido por Seganfredo e Almeida (2010), no período de 1997 a 2007, quanto à produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem, identificaram-se 10 artigos de pesquisas; dentre estes, não havia nenhuma produção brasileira. A concentração dos estudos foi feita por pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa.

Nos últimos anos, a produção científica no âmbito nacional tem apontado pesquisas sobre resultados de enfermagem direcionados para estudos de validação e de aplicabilidade. A exemplo, a pesquisa de Almeida, Seganfredo e Unicovsky (2010), cujo objetivo foi verificar a aplicação da NOC em pacientes com problemas ortopédicos hospitalizados com diagnóstico de enfermagem Déficit no Autocuidado: banho/higiene. Este estudo validou também os indicadores de quatro resultados de enfermagem de Autocuidado da NOC para o DE Déficit no autocuidado: banho/higiene apresentado por pacientes em pós-operatório de cirurgia ortopédica. Em outra pesquisa desenvolvida por Seganfredo e Almeida (2011) teve com objetivo validar os Resultados de Enfermagem para dois DE mais frequentes apresentados por pacientes adultos em internações cirúrgica, clínica e de terapia intensiva, com base na da ligação NOC-NANDA-I.

2.2.4 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)

A criação da CIPE® foi motivada por uma recomendação da OMS na década de 1980 e pelo desejo dos enfermeiros por uma classificação que representasse a Enfermagem mundialmente, tendo em vista que a lista de diagnósticos de enfermagem da NANDA não foi aceita para ser incluída na CID-10. Partindo deste princípio, o comitê revisor da CID-10 recomendou um trabalho de revisão que fosse conduzido por uma organização internacional de enfermagem para que os diagnósticos de enfermagem pudessem ser incorporados como um dos componentes da Família de Classificações de Saúde (TANURE; PINHEIRO, 2010).

Assim, em atendimento a esta recomendação foi apresentada e aprovada

pelo Conselho dos Representantes Nacionais do Conselho Internacional de Enfermeiros a proposta de desenvolvimento de uma classificação internacional para prática de enfermagem, durante o 19º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), realizado em 1989, em Seul, na Coreia do Sul (CIE, 2007).

Em 1991, o CIE, iniciou o projeto de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), cujo objetivo foi elaborar um sistema para descrever a prática de enfermagem embasada em uma nomenclatura compartilhada por enfermeiros de todo mundo e explicar a contribuição da Enfermagem no contexto dos sistemas de saúde. Diante deste propósito, foi iniciado um projeto para realizar um levantamento internacional dos sistemas de classificação de enfermagem em uso, que resultou na identificação dos elementos da prática de enfermagem que foram classificados e publicados na CIPE® versão Alfa (EGRY; ANTUNES; LOPES, 2010).

No ano de 1996 é publicada a versão Alfa da CIPE® contendo a Classificação dos Fenômenos e Intervenções de Enfermagem. A construção desta versão foi sustentada em três pilares conceituais: uma que descrevia os fenômenos de enfermagem, outra relacionada com a descrição das ações de enfermagem e a última que não foi elaborada direcionada para os resultados de enfermagem. A primeira tinha uma estrutura monoaxial em que se representava o domínio do cliente, que podia ser o ser humano ou o meio ambiente. Já a Classificação de Intervenções de Enfermagem apresentava uma estrutura multiaxial, com subdivisão em seis eixos: ação, objeto, enfoque, meio, lugar do corpo e tempo/lugar (FURTADO; MEDEIROS, NÓBREGA, 2012; NÓBREGA et al., 2010; EGRY; ANTUNES; LOPES, 2010).

A versão Alfa teve o propósito de estimular comentários, observações, críticas e recomendações para seu melhoramento, a fim de iniciar um processo de retroalimentação por meio de consulta, comprovação, avaliação e novas modificações. Desta forma, o CIE foi impulsionado a reformular a versão Alfa após ter recebido diversas críticas e comentários, resultando o desenvolvimento dos trabalhos na versão Beta (ICN, 1996).

Segundo CIE (2007), a publicação da versão Beta aconteceu em 1999, durante as comemorações dos cem anos do CIE, sendo apresentada aos enfermeiros como uma classificação constituída de fenômenos de enfermagem,

ações de enfermagem e resultados de enfermagem. Nessa versão, a Classificação de Fenômenos de Enfermagem passou a ser multiaxial com oito eixos direcionados para o foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, lugar do corpo, topologia, probabilidade e portador. A alteração na Classificação das Ações de Enfermagem aconteceu com os acréscimos dos seguintes eixos: via e beneficiário. (NÓBREGA et al., 2008).

Em 2001, foi editada a versão Beta 2, com alteração no conceito da palavra fenômeno, sendo definida como aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem. As demais modificações ocorreram principalmente nas correções editoriais. No mesmo ano foram criados os Centros de Acreditação do CIE para Desenvolvimento e Pesquisa da CIPE® (CIE, 2007; TANNURE; CHIANCA, 2010).

Quanto aos Centros de Acreditação, atualmente há onze, distribuídos em todo mundo em: dois na América do Norte (um nos Estados Unidos e outro no Canadá); dois na América do Sul (um localizado no Brasil e um no Chile); três na Europa, sendo um deles composto pelos países de língua alemã (Áustria, Alemanha e Suíça), um sediado em Berlim, outro na Polônia e um em Portugal; dois na Ásia (um no Irã e um na Coreia); dois na Oceania localizados na Austrália (GARCIA; NÉBREGA, 2013).

Retornando as publicações da CIPE®, após quatro anos da Versão Beta 2, editou-se a Versão 1.0, divulgada no 23º Congresso Quadrienal do CIE, em Taiwan. O desenvolvimento desta versão teve a finalidade de prover uma base mais formal para a CIPE® e usar um *software* que fosse capaz de satisfazer as necessidades atuais com um vocabulário mais completo e viável. Neste sentido, a CIPE® - Versão 1.0 é um recurso que pode acomodar os vocabulários existentes, por meio de mapeamento cruzado a fim de desenvolver novos vocabulários, como uma terminologia combinatória e para identificar relacionamentos entre conceitos e vocabulários como uma terminologia de referência (CIE, 2007).

Assim, a versão 1.0 unifica os eixos da classificação de fenômenos e das ações de enfermagem da versão Beta 2 que era composta por 16 eixos. O novo modelo tem uma estrutura de classificação formada em sete eixos, denominada de Modelo de Sete Eixos. Os eixos são definidos como: foco (área de atenção que é relevante para enfermagem); julgamento (opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem); cliente (sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção); ação (processo intencional

aplicado a um cliente); meios (maneira ou um método de desempenhar uma intervenção); localização (orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções) e tempo (momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência) (CIE, 2007).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ainda teve a publicação da Versão 1.1 apenas *on line* em 2008 com a inclusão de 376 novos conceitos e de termos pré-combinados. A versão 2.0, foi lançada em julho de 2009, durante o 24º Congresso Quadrienal do CIE, em Durban, na África do Sul, mantendo a estrutura do Modelo de Sete Eixos, contendo mais de 2.000 termos, com várias afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (TANNURE; CHIANCA, 2010; CIE, 2011). Em 2011, durante a Conferência do CIE, realizada na Ilha de Malta, foi lançada e disponibilizada a CIPE® 2011, com 5.148 conceitos, cuja maioria é composta de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem previamente coordenadas, oriundas dos catálogos desenvolvidos na área (GARICA; NÓBREGA, 2013; FURTADO; MEDEIROS; NÓBREGA, 2012).

2.2.4.1 A implementação da CIPE® no Brasil

Para Carvalho, Rossi e Dalri (2008), a inserção da CIPE® no Brasil foi desencadeada quando o ICN em 1991 buscou conhecer quais as classificações que os enfermeiros de diferentes países utilizavam para descrever a prática de enfermagem. Nesse processo de levantamento das classificações utilizadas pela Enfermagem nos diferentes países, foi evidenciado um acentuado direcionamento para a assistência hospitalar, o que levou à reflexão sobre a necessidade de se criar um projeto internacional para a área de saúde pública. Diante desse fato, o Brasil, elaborou o projeto denominado Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva (CIPESC) por intermédio da ABEn com o apoio do CIE e da Fundação W.K. Kellog no período de 1996 a 2000. Para as autoras, a Enfermagem brasileira tem participado ativamente desde a versão Alfa até o desenvolvimento do projeto CIPESC.

Na descrição de Nóbrega e Gutiérrez (2000), a inserção da Enfermagem brasileira começou quando as enfermeiras brasileiras participaram de duas reuniões

que aconteceram no México e nos Estados Unidos sobre a Classificação da Prática de Enfermagem. Em Tlaxcala, México, no ano de 1994, cinco enfermeiras, representando ABEn, participaram do evento que abordou a elaboração de instrumentos facilitadores da identificação dos elementos da prática de enfermagem, capazes de apoiar os sistemas comunitários e a atenção primária. Em 1995, na cidade de Los Angeles, Estados Unidos, o assunto debatido foi sobre a proposta para o desenvolvimento de projetos nacionais nos países da América Latina (Brasil, Chile, Colômbia e México), visando integrá-los no projeto internacional da classificação para a prática de enfermagem.

Em virtude do compromisso assumido pelo Brasil nessas duas reuniões, a ABEn durante a realização do I Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, no ano de 1995 em Salvador (Bahia), promoveu uma reunião sobre a Classificação da Prática de Enfermagem com os membros da equipe que elaboraram o projeto de investigação da CIPE® no Brasil. No mesmo ano, o CIE recomendou uma reunião no Brasil sob a responsabilidade da Fundação W.K. Kellog para coordenar o projeto de desenvolvimento da classificação para a prática de enfermagem nesses países (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; CHIANCA; ANTUNES, 1999).

No Brasil, com o apoio do CIE e da Fundação W.K. Kellog, juntamente com a ABEn, foi organizada por meio das Diretorias de Assuntos Profissionais e do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn) em 1996, a primeira oficina com as enfermeiras que tinham experiência em diagnóstico de enfermagem ou em saúde coletiva. Na ocasião foi desenvolvido o projeto nacional de Classificação das Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva no Brasil - CIPESC (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; CHIANCA; ANTUNES, 1999).

O Projeto CIPESC foi desenvolvido no período de 1996 a 2000 sob a coordenação da diretoria de assuntos profissionais da ABEn, resultando na construção do inventário vocabular, o qual tem sido utilizado por intermédio da ABEn Seção Paraná, na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba como instrumento para sistematizar a assistência de enfermagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; EGRY; ANTUNES; LOPES, 2010).

Destacam-se outros trabalhos que contribuíram para o desenvolvimento da CIPE® no Brasil, como a Tese de Doutorado de Nóbrega (2000), intitulada, *Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de*

enfermagem da CIPE- versão Alfa, que obteve os seguintes resultados: a equivalência gramatical e de vocabulário na tradução para o português do Brasil; a equivalência cultural e a equivalência conceitual.

Cita-se ainda, o estudo de Carvalho e Rossi (2002) que realizaram a validação da CIPE® versão Alpha no Brasil, em quatro fases: tradução e divulgação da CIPE® para o português do Brasil; avaliação da possibilidade do uso da CIPE® na prática brasileira; avaliação da estrutura da CIPE® e o nível de utilização dos termos fenômenos de classificação na prática da enfermagem brasileira. O resultado obtido foi um alto índice de aceitação dos termos da CIPE na prática profissional.

Os primeiros estudos sobre a CIPE® e sua aplicabilidade na prática assistencial e no ensino de pós-graduação têm acontecido na Universidade Federal da Paraíba pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF-UFPB). Diante do envolvimento e compromisso das docentes desta instituição de ensino, resultou no ano de 2007, a aprovação do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® acreditado pelo CIE, com missão de promover o seu uso na prática clínica, na educação e na pesquisa. Como meta, a construção de banco e termos de enfermagem relacionados à realidade brasileira, de catálogos CIPE® aplicáveis à prática profissional, por ambiente e/ou clientela específicos. (CIE, 2011; NÓBREGA; GARCIA; COLER, 2009).

A iniciativa deste grupo de professores do PPGENF da UFPB tem difundido a CIPE® no Brasil em parcerias com outros grupos internos da UFPB e da Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn. Na UFPB, com os seguintes grupos: Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley; Estudos e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde; corpo docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria e do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração (NÓBREGA; GARCIA; COLER, 2009).

Com a ABEn, a parceria é reconhecida pelo Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, e pela Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem vinculada à Comissão Permanente de Prática Profissional. Esta subcomissão foi criada no ano de 2008, durante a 56ª Reunião do Conselho Nacional da Associação Brasileira de Enfermagem- CONABEn, como órgão de assessoria vinculado à Comissão Permanente de Prática Profissional, da Diretoria de Assuntos

Profissionais. (NÓBREGA; GARCIA; COLER, 2009; ABEn, 2005).

Um artigo de revisão sobre a aplicabilidade da CIPE® no Brasil desenvolvido por Lins, Santos e Fuly (2011), identificou no período de 2005 a 2010, 21 trabalhos. Destes, 43% (9) foram escritos na Paraíba, 29% (6) no Paraná, 14% (3) em Santa Catarina, 5% (1) em São Paulo, 5% (1) no Espírito Santo e 5% (1) no Mato Grosso do Sul. A produção científica tem uma concentração maior nessas duas regiões em virtude de o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® acreditado pela CIE no Brasil, ser localizado na Paraíba e a aplicação da CIPESC ter acontecido no Estado do Paraná.

Outra pesquisa publicada recentemente teve como objetivo construir enunciados de diagnósticos de enfermagem para idosos, fundamentadas no Modelo de Vida e na CIPE® (MEDEIROS et al., 2013). Acrescenta-se ainda que o Centro CIPE® PPGENF-UFPB na área de pesquisa tem desenvolvido Catálogos ou Subconjuntos Terminológicos por meio de cinco dissertações do Curso de Mestrado em Enfermagem do PPGENF--UFPB, realizadas no período de 2008 a 2013, abordando: insuficiência cardíaca congestiva; a dor oncológica; a hipertensão na atenção básica; a pessoa idosa no âmbito domiciliar; e clientes submetidos a prostatectomia (GARCIA; NÓBREGA 2013).

Apresentados os principais aspectos da estrutura das classificações a serem adotadas na presente investigação, bem como os estudos que retratam sua aplicação em nosso meio, passamos aos objetivos propostos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Comparar os diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem elaborados por enfermeiros, em face de um caso clínico, à luz das classificações da NANDA-I, NOC, NIC e a CIPE®.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a frequência, os rótulos, a acurácia, as convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem elaborados pelos enfermeiros segundo as classificações da NANDA-I e CIPE®;
- Identificar a frequência e o conteúdo dos resultados esperados elaborados pelos enfermeiros, e sua correspondência às classificações NOC e CIPE®;
- Identificar a frequência e, as prescrições de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros e sua correspondência às classificações NIC e CIPE®.

4. MÉTODOS

Nesta seção são descritos os procedimentos adotados no desenvolvimento da pesquisa em relação ao desenho do estudo, ao local de realização, aos participantes, às informações sobre a condução da coleta de dados, ao processo de análise e aos aspectos éticos.

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo foi conduzido por meio de uma pesquisa de delineamento descritivo, que utilizou o estudo de caso (situação clínica), para identificar a frequência, os rótulos, a acurácia, as convergências e divergências dos diagnósticos, bem como a frequência dos resultados esperados e as prescrições e suas correspondências às classificações da NANDA-I (NANDA-I, 2013), NOC (MOORHEAD et al., 2013), NIC (BULECCHEK et al. 2013) e CIPE® (CIE, 2011).

4.2 Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em outubro de 2012, com a identificação CAEE: 06272112.6.0000.5208 (ANEXO A).

A seguir são apresentados o método e os referenciais teórico-metodológicos utilizados em cada uma das duas etapas do desenvolvimento da pesquisa.

4.3 PRIMEIRA ETAPA – Construção e validação dos estudos de caso

Tendo em vista que se empregou um estudo de caso para a análise

comparativa do raciocínio clínico do enfermeiro, algumas considerações sobre esta estratégia e a construção dos estudos de caso na presente pesquisa são oportunos.

4.3.1 Estudo de caso na Enfermagem

A utilização do estudo de caso na área da saúde teve início nas pesquisas médica e de psicologia para a análise detalhada de um indivíduo ou de uma patologia. Na medicina, um dos estudos famosos é o de Phineas Gage, de 1848, sendo considerado como uma das primeiras evidências científicas a indicar que a lesão nos lóbulos frontais pode alterar a personalidade, emoções e a interação social. Na psicanálise, um estudo de caso notável identificado por Freud foi “o pequeno Hans” que sofria de fobia de cavalos (GIL, 2009).

Na Enfermagem, os estudos de casos foram empregados nas décadas de 1920 e 1930 com a finalidade de análise e avaliação em profundidade de um cliente ou de grupos de clientes similares, para promover a compreensão da situação e das intervenções necessárias (GARCIA, 1996).

Destacam-se, na década de 1930, a obra de Henderson (1937) intitulada “Plano de cuidado individualizado”, a de Berta Harmer (1939) “Os princípios e prática de enfermagem” e em 1948 a publicação do livro “Enfermagem para o futuro”. Essas publicações utilizaram os estudos de casos como um instrumento norteador para que as enfermeiras elaborassem os planos de cuidados escritos para os pacientes. Outras pesquisadoras citam a publicação do artigo “Equipe de Enfermagem, organização e funcionamento”, que apresentava a filosofia do plano de cuidados” como o primeiro registro da utilização do estudo de caso no Brasil (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Com o desenvolvimento e o avanço da Enfermagem, pesquisadores têm implementado estratégias de ensino durante a formação para preparar o enfermeiro nas aquisições de competências e habilidades específicas para a profissão. Uma das ferramentas pedagógicas que tem sido utilizada é o estudo de caso, que é útil para ilustrar o processo de diagnóstico e seus resultados.

De acordo com Lunney (2008), os estudos de caso são necessários para enfermeiros e estudantes no aprendizado da habilidade de pensamento crítico para

o alcance de resultados positivos em saúde. Outras aplicações para a utilização do estudo de caso são: na prática assistencial, ao orientar novos enfermeiros em relação ao tipo de pacientes que estarão sob seus cuidados; no ensino, como material didático para testar a habilidade do raciocínio diagnóstico do estudante; e na pesquisa, ao mensurar vários fenômenos ocorridos na enfermagem, como a acurácia do diagnóstico de enfermagem.

As vantagens de se utilizar estudos de caso como uma ferramenta pedagógica incluem a padronização das informações, a oportunidade de os enfermeiros com experiência profissional se identificarem com as situações clínicas descritas, o baixo custo e a restrita complexidade de diagnosticar o estudo de caso (LUNNEY, 2004).

No Brasil, o estudo de caso tem sido empregado tanto para o ensino do processo de cuidar, empregando-se diferentes referenciais teóricos, como, para o ensino das linguagens padronizadas neste processo. Alguns exemplos destes estudos estão descritos a seguir.

Santos et al. (2009), analisaram 46 artigos no âmbito nacional sobre o emprego da NANDA-I entre os anos de 1994 e setembro de 2008; destes, 32 (69,5%) foram estudos descritivos e 14 (30,5%), estudos de casos. Dentre os estudos de caso, 12 usaram os referenciais teóricos para pautar a sistematização da assistência de enfermagem, sendo: seis (6) com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem; três (3) com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta; dois (2) com o Modelo Teórico de Imogene King; um (1) utilizou a Teoria dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon; e um (1) utilizou o Modelo Calgary de Avaliação da Família.

Outra publicação fez uma interface entre a Teoria do Autocuidado e a taxonomia II da NANDA-I em adultos diabéticos em uso de insulina. O estudo de caso também foi adotado ao se aplicar o processo de enfermagem com base na NANDA-I, NOC e NIC em uma criança com mielomeningocele, com base na Teoria de Adaptação de Calista Roy, (GURGEL et al., 2010; BECKER et al., 2008). Alguns autores relatam a experiência da aplicação da NANDA-I na assistência de enfermagem, como, no cuidado ao portador de diabetes mellitus com insuficiência renal crônica e no coriocarcinoma gestacional (MASCARENHAS et al., 2011; SILVA e SILVA, 2010). Os sistemas de classificações da NANDA-I e NIC também foram aplicados em conjunto no estudo de caso de uma paciente com síndrome

hipertensiva específica da gestação (AGUIAR et al., 2010).

Quanto à aplicação da NIC na literatura brasileira, dos 10 trabalhos identificados no período de 2004 e 2008, os estudos adotaram de maneira equitativa, 50% cada, o método descritivo e estudo de caso. Dentre os cinco (5) trabalhos que adotaram o estudo de caso, quatro (4) utilizaram um referencial teórico, sendo: dois (2) com Padrão Funcional de Gordon; um (1) com a Teoria de Callista Roy; e um (1) baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (SAMPAIO et al., 2011).

Dentre as 15 publicações referentes ao uso da NOC identificadas no período de 1997 a 2008, apenas dois trabalhos foram produzidos por autores brasileiros. Destes, um se constitui como relato de experiência com aplicação de um estudo de caso, visando descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem a um portador de cirrose hepática, com base no modelo conceitual de HORTA, identificando os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA, as Intervenções de Enfermagem da NIC, os Resultados de Enfermagem da NOC (VARGAS; FRANÇA, 2007).

A produção nacional de estudos sobre a CIPE[®] menciona que dos 50 artigos publicados no período de 1994 a 2008, 37,7% eram revisão de literatura e 7,8% relatos de casos (MAZONI et al., 2010). Para Lins, Santos e Fuly (2011), na revisão integrativa da aplicabilidade da CIPE[®] no Brasil no intervalo de 2005 a 2010, dos 21 trabalhos identificados, em 14 (66,6%) predominaram as pesquisas descritivo-exploratórias, em 2 (9,5%) houve abordagem de estudos de casos e os demais variaram os recursos metodológicos, com um artigo para cada método utilizado. Os dois (2) estudos analisados apresentaram os diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem relativos às situações exemplificadas.

Na presente pesquisa, o estudo de caso foi desenvolvido para favorecer o objetivo de comparar os fenômenos de enfermagem identificados por dois grupos de enfermeiros, usando diferentes sistemas de classificações.

4.3.2 Elaboração dos estudos de caso

A elaboração dos estudos de caso foi realizada pela pesquisadora

seguindo as diretrizes propostas por Waltz, Strickland e Lenz (2005) que compreendem: 1) identificação do propósito global do estudo de caso; 2) objetivo para o desenvolvimento do estudo de caso; 3) complexidade dos estudos de caso em relação aos objetivos e ao usuário (tamanho, número de diagnóstico a ser representado, quantidade de dados de alta relevância, relevância moderada e baixa relevância e outros); 4) fontes de literatura e de enfermeiros especialistas para apoiar a validade das evidências relacionadas e dos diagnósticos; 5) formulação do estudo de caso com orientações; 6) avaliação da validade por julgadores especialistas, devendo ser fornecidos dados para o autor estimar a validade do conteúdo e fazer alterações nos estudos de caso conforme necessário; 7) avaliação do uso do estudo de caso com uma amostra representativa.

Na presente pesquisa, foram desenvolvidas cinco propostas de estudos de caso simulados com base nos oito pressupostos propostos por Lunney (2004): 1) representar situação típica de pacientes que os enfermeiros diagnosticam e gerenciam em situações clínicas médicas; 2) ser escrito claramente; 3) refletir situações dos pacientes em ocorrências clínicas; 4) requer a necessidade de capacidades intelectuais análogas à que são usadas em ambientes clínicos naturais; 5) conter, pelo menos, quatro evidências, a fim de confirmar um diagnóstico altamente preciso; 6) conter, pelo menos duas evidências para negar um diagnóstico alternativo que seria avaliado como baixo em uma escala de precisão; 7) estimular o (a) enfermeiro (a) a considerar o diagnóstico em vários níveis de precisão, de alto a baixo; e 8) permitir que os diagnósticos de enfermagem sejam diagnosticados constantemente por enfermeiros (as) que seguem os princípios de raciocínio diagnóstico.

Os 5 estudos de caso retratam situações clínicas (APÊNDICE A). Essas propostas foram submetidas à avaliação, conforme descrito a seguir.

4.3.3 Validação dos estudos de caso

De acordo com o procedimento adotado (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005), a validação de conteúdo permite estimar a validade de um item de mensuração (estudo de caso) quanto à pertinência existente entre o item utilizado

para a mensuração e os objetivos da medida, com base no julgamento de dois ou mais juízes. Pesquisa realizada por Jesus (2000) adotou essa metodologia para validar os estudos de casos com base no julgamento por um painel de juízes.

O índice de validade do conteúdo (ICV) é obtido pela avaliação de um ou dois juízes especialistas, que utilizam o método de congruência item-objetivo, ao julgar se os itens elaborados (estudos de caso) satisfazem os objetivos. Aplica-se para cada estudo de caso e em cada um dos objetivos propostos, a seguinte pontuação: (+1)= definitivamente, é uma medida do objetivo; (0)= indeciso; (-1)= definitivamente, não é uma medida do objetivo. O ICV é adquirido com base nas avaliações do juiz, somando-se o número de células que recebeu o escore de +1 para cada juiz, dividindo-se esse valor pelo número de células e multiplicando-se este resultado por 100. Em seguida, faz-se a média das porcentagens de todos os juízes, considerando-se que um mínimo de 90% de concordância deve ser usado como padrão com esse método (WALTZ et al., 1991).

Os estudos de caso escritos, elaborados pela pesquisadora, foram submetidos à validação de conteúdo, por um painel de juízas constituído por duas enfermeiras com experiência na área clínica abordada na situação escolhida. Para a seleção destas foram estabelecidos os critérios: ter no mínimo o título de mestre, experiência clínica e publicação sobre diagnósticos de enfermagem.

4.3.3.1 Procedimentos

Cada juíza foi contatada individualmente para participar desta etapa e, após concordância neste contato inicial, recebeu a carta convite com orientações sobre o objetivo da pesquisa (APÊNDICE B ou APÊNDICE B); o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C); formulário com os dados pessoais (APÊNDICE D); os cinco estudos de caso (APÊNDICE E); instrumento para realizar avaliação pelo método de congruência item-objetivo (ANEXO B); e a escala de acurácia de diagnóstico de enfermagem (ANEXO C).

Uma das juízas recebeu o instrumento para registrar os fenômenos de enfermagem pela CIPE® (CIE, 2011) (APÊNDICE F), a outra recebeu o instrumento (APÊNDICE G) para o registro dos diagnósticos, resultados esperados e

intervenções de enfermagem pela NANDA-I (NANDA-I, 2013), NOC (MOORHEAD et al., 2013), e NIC (BULECCHEK, 2013).

O material foi encaminhado por via eletrônica (email) e pelo correio. A devolução de todos os instrumentos ocorreu após dois meses. Após recebimento do material, iniciou-se o processo de análise dos dados relativos a cada estudo de caso.

4.3.3.2 Instrumentos

No formulário de dados pessoais (APÊNDICE D), as informações coletadas sobre as juízas foram: idade, sexo, tempo de graduado e de experiência clínica; tempo de utilização da NANDA-I, NOC, NIC e CIPE®; titulação e publicações com as terminologias citadas.

Quanto à avaliação dos estudos de caso (ANEXO B), foram adotados os oito pressupostos propostos por Lunney (2004), seguido da orientação para aplicar em cada um dos oito objetivos nos estudos de caso, a seguinte numeração: (+1)= definitivamente, é uma medida do objetivo; (0)= indeciso; (-1)= definitivamente, não é uma medida do objetivo, com a finalidade de obter o índice de validade de conteúdo.

Na escala de acurácia de diagnóstico de enfermagem (ANEXO C), uma juíza classificou os diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I e a outra adotou a CIPE®, segundo o escore e a categoria de acurácia com que suas afirmações diagnósticas têm sustentação em um conjunto de informações clínicas escritas no estudo de caso. As categorias de acurácia são: “**Nula**”, o escore pontua o valor de (0), e significa que não há pistas para indicar o diagnóstico em questão; “**Baixa**”, o escore é (1) e significa que a(s) pista(s) tem(têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência; “**Moderada**”, o escore varia de (2; 4,5; 5,5) representando que a(s) pista(s) estão presente(s) nos dados da avaliação, mas tem(têm) coerência baixa com os dados da avaliação e, tem(têm) pista(s) altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão; “**Alta**” os escores de (9,0; 10,0; 12,5; 13,5) representam que a(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados da

avaliação. É (são) também altamente/moderadamente relevante(s), e ou altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão (MATOS; CRUZ, 2013).

4.3.3.3 Características das juízas desta etapa

Os cinco estudos de caso foram analisados pelas duas juízas, que apresentavam idade de 46 e 54 anos, respectivamente, ambas com o título de doutorado e com mais de 20 anos de graduadas. Uma com experiência e publicação nas taxonomias NANDA-I, NOC e NIC e a outra com a CIPE[®].

4.3.3.4 Estudos de caso propostos

No Quadro I apresentam-se os ICV obtidos nos cinco estudos de caso, segundo cada juíza e o ICV total (média dos ICV entre as juízas).

Juíza	Estudo de Caso				
	01 IVC (%)	02 IVC (%)	03 IVC (%)	04 IVC (%)	05 IVC (%)
1	100%	87,5%	87,5%	100,0%	50,0%
2	87,5%	100%	87,5%	75,0%	62,5%
Médias do IVC	93,75%	93,75%	87,5%	87,5%	56,25%

ICV= Índice de validação de conteúdo

Quadro 1 - Percentual do Índice de validação de conteúdo (ICV) obtido nos cinco estudos de caso segundo cada juíza. Ribeirão Preto, 2014.

Frente aos dados, apreende-se que os estudos de caso 1 e 2 alcançaram a média das porcentagens das juízas com o mínimo de concordância de 90% na validação do conteúdo. Os demais estudos de caso 3,4 e 5 apresentaram ICV abaixo de 90% e, necessitariam de uma revisão para serem utilizados.

Desta forma, estes estudos de caso foram refutados para a pesquisa e são apresentados no Quadro 2, os estudos de caso validados.

Estudo de Caso 1

Identificação: A.B.M.C, 65 anos, cor branca, viúva, aposentada como trabalhadora rural. Admitida para tratamento clínico de *diabetes mellitus* descompensado.

História: alfabetizada, nega etilismo e tabagismo. Reside com a única filha na cidade. Relata que a doença foi diagnosticada pelo médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) há 3 anos. Verbaliza que após ter descoberto essa doença, sua vida mudou para pior, porque precisa fazer dieta, tomar remédio e caminhada. Refere que não segue a dieta prescrita, pois tem o hábito de ingerir alimentos doces após o almoço, sente preguiça de caminhar e às vezes esquece-se de tomar a medicação. Informa que não sai mais de casa, passa a maior parte do tempo assistindo à televisão, deixou de participar dos encontros com os idosos promovidos pela ESF. Relata não sentir vontade de conversar com a filha, de ir à igreja, diz não ter forças para combater a doença, desconhece as consequências da patologia quando não tratada corretamente, acha que está sendo castigada por Deus e questiona o que ela fez para merecer isso. Sente-se muito sozinha. No momento, refere muita raiva de Deus e tristeza.

Exame Físico e Dados Laboratoriais: encontra-se normocorada, com pupilas isocóricas e fotoreagentes. Respiração espontânea, murmúrio vesicular presente com ausência de ruídos adventícios, R= 18 movimentos respiratórios por minuto. Ausculta cardíaca em ritmo regular, pulso filiforme e normosfígmico. P=68bpm, pressão arterial= 130x70mmHg. Temperatura axilar = 36,8°C. Glicemia capilar de 340mg/dL, peso= 80kg, altura= 1,60m, com índice de massa corpórea de IMC= 31,25 (obesidade grau I).

Estudo de Caso 2

Identificação: O.M.L, 54 anos, casado, acompanhado pela esposa.

História: foi internado para tratamento de úlcera no membro inferior e problema respiratório. Queixa-se de cansaço, tosse produtiva e dor ao elevar as pernas.

Exame Físico e Dados Laboratoriais: encontra-se consciente, orientado, tranquilo e receptivo ao diálogo. Padrão de sono sem alteração. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pulso radial bilateral filiforme. Em oxigenoterapia e hidratação venosa periférica no membro superior direito. Ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, dispneico, taquipneia, batimento de asa do nariz, utilização dos músculos acessórios. Membro inferior direito com pele brilhante, fria, hipocorada, edemaciada, com pulso tibial diminuído e presença de ferida de tamanho pequeno e arredondada na região do calcâneo, com leito pálido, exsudato moderado e pontos de granulação. Apresenta capacidade de desempenhar atividades motoras. Tax= 36,5°C, P= 57 bpm, FR= 30mpm; PA= 100/60mmHg; PaO₂=90mmHg; PaCO₂=40mmHg

Quadro 2 - Estudos de caso validados.

O estudo de caso selecionado para o desenvolvimento da pesquisa foi o

estudo 2, que retrata uma situação clínica comum na prática assistencial de enfermagem dos participantes do estudo.

4.3.3.5 Determinação dos Fenômenos de enfermagem

Para o estudo de caso 2, a pesquisadora elaborou, em primeiro lugar, os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem para alcance dos resultados, empregando cada uma das classificações e, a seguir, aplicou a escala de acurácia diagnóstica, para verificação de execução dessas etapas. Sem divulgar estes dados, solicitou para cada juíza a relação dos diagnósticos de enfermagem prioritários e alternativos. Na sequência, cada juíza aplicou a escala de acurácia de diagnóstico de enfermagem para cada diagnóstico por ela arrolado.

A finalidade desta etapa foi definir um modelo padrão (“gabarito”) para a correção junto às respostas dos participantes da pesquisa a ser descrita em etapa posterior.

Nesse sentido, apresentam-se no Quadro 2, os diagnósticos de enfermagem de alta acurácia, objeto de maior interesse desta pesquisa, elaborados pelas duas juízas, com o emprego da NANDA-I ou da CIPE®.

Diagnósticos de Enfermagem	
NANDA-I	CIPE®
Padrão respiratório ineficaz (00032)	Padrão respiratório prejudicado (10020237)
Integridade tissular prejudicada (00044)	Úlcera (10020237) arterial no membro inferior direito
	Ferida (10021178) em membro inferior direito
	Úlcera (10020237) em membro inferior direito
Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)	Risco de infecção (10015133)

Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem de alta acurácia arrolados pelas juízas conforme terminologia adotada.

Foram identificados, três diagnósticos de enfermagem de alta acurácia com o emprego da classificação da NANDA-I e cinco enunciados diagnósticos com emprego da CIPE®. Dentre os diagnósticos de enfermagem listados pela juíza apenas um não foi previamente arrolado pela pesquisadora ao adotar a taxonomia da NANDA-I que trata da Integridade tissular prejudicada sendo identificado apenas o diagnóstico Integridade da pele prejudicada.

Cabe lembrar que há similaridade entre esses dois rótulos apresentados pela NANDA-I, fato este que já motivou propostas de alterações no diagnóstico intitulado Integridade tissular prejudicada (00044), mas até o momento da realização do estudo, tais propostas não haviam sido divulgadas pela NANDA-I. Nesse sentido, foram consideradas as duas possibilidades de diagnóstico de enfermagem, medida esta justificada pela própria definição do diagnóstico de enfermagem frente às evidências clínicas. Para os diagnósticos de Integridade da pele prejudicada (00046), o conceito abrange a “epiderme e/ou derme alteradas” (NANDA-I 2012-2014 p.494) e a Integridade tissular prejudicada (00044) envolve “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” (NANDA-I 2012-2014 p.496).

Na CIPE®, das cinco enunciados diagnósticos arroladas pela juíza, a pesquisadora elencou previamente Ferida (10021178) em membro inferior direito e considerou a Integridade da pele comprometida (10001290) como um diagnóstico alternativo. Todas as possibilidades de declarações diagnósticas elencadas pelas juízas e pela pesquisadora foram consideradas de alta precisão. Outro diagnóstico considerado pela pesquisadora relacionado ao sistema circulatório foi a Perfusão tissular ineficaz (10001344).

Frente ao Quadro 3, observa-se uma semelhança de diagnósticos empregando-se a NANDA-I e CIPE® em relação ao problema respiratório. Quanto aos cuidados com a pele, verifica-se uma declaração diagnóstica pertinente pela NANDA-I e apresentando-se na CIPE® com quatro possibilidades. Na área de atenção das necessidades de cuidados de enfermagem em relação ao sistema circulatório, um diagnóstico foi citado usando-se a NANDA-I. Todos os enunciados diagnósticos identificados pelas juízas adéquam-se à norma ISO 18.104: 2003 que propõe obrigatoriamente na definição do diagnóstico um descritor para *foco* e um descritor para *juízo* e/ou um descritor que pode ser, ao mesmo tempo, qualificador para *foco* e para *juízo* (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Portanto considera-se pertinente o uso de todos diagnósticos como possíveis rótulos de alta acurácia na análise dos dados emanados dos participantes, conforme descritos na etapa seguinte.

4.4 SEGUNDA ETAPA: Diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo

O estudo de caso selecionado foi apresentado aos participantes da presente pesquisa, para elaboração dos diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem à luz das classificações adotadas nas referidas instituições.

O campo de estudo, as características dos participantes, o instrumento de coleta de dados, as variáveis de interesse, os procedimentos de análise de dados dos diagnósticos de enfermagem, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem estão descritos a seguir.

4.4.1 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em duas capitais da região do nordeste. Cada capital foi categorizada como A e B; em ambas, os campos do estudo foram instituições públicas de ensino (instituição A₁ e instituição B₁) e de assistência hospitalar (instituição A₂ e instituição B₂).

Na instituição de ensino (A₁) da cidade A são desenvolvidas atividades de ensino para as quais se utilizam tanto a taxonomia da NANDA-I como da CIPE® no curso de Graduação em Enfermagem; também na instituição hospitalar (A₂), para a assistência aos pacientes, adota-se um instrumento de registro de diagnósticos alicerçado na taxonomia da NANDA-I, seguido de intervenções de enfermagem.

Cabe complementar que nesta escola (A₁) o ensino do conteúdo

necessário à prestação do cuidado empregando as taxonomias de enfermagem, ou seja, conteúdo sobre Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Teorias em Enfermagem e o uso das terminologias em enfermagem ocorre formalmente nos 1º e 3º períodos letivos (ARAÚJO et al., 2010).

Por sua vez, na instituição A₂, a discussão sobre os cuidados de enfermagem sistematizados com objetivo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) iniciou-se em 1992; no ano de 1997 foi realizada a primeira oficina sobre Processo de Enfermagem em parceria com o Curso de graduação em Enfermagem. No ano de 2004, houve a formação de um grupo de interesse composto por enfermeiros e docentes da instituição A₁ para implantar a SAE no hospital. Esta começou pela capacitação da equipe de enfermagem, seguida não só da elaboração de impressos referentes ao histórico de enfermagem como os diagnósticos na NANDA-I e intervenções de enfermagem. Atualmente, os enfermeiros utilizam esses impressos para registrar os cuidados de enfermagem (SÁ, 2005).

Ainda que em ambas as instituições (A₁ e A₂) não se adote a NOC, o processo de cuidar empregado contém em seu planejamento a elaboração de metas e objetivos, que possibilitam parcialmente ver a correspondência aos resultados esperados.

Na cidade B, os docentes da instituição B₁ ensinam aos seus graduandos de Enfermagem as duas terminologias; na instituição B₂ a assistência aos pacientes está alicerçada na classificação da CIPE[®] para os registros de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

No Curso de graduação em Enfermagem da instituição B₁, o conteúdo sobre diagnósticos de enfermagem iniciou-se em 1986 (NÓBREGA, 2011). Os assuntos sobre Processo de Enfermagem, elaboração de plano de cuidados com base nos diagnósticos de enfermagem e as terminologias são abordados nas disciplinas dos 3º, 4º e 6º períodos.

Em relação à instituição B₂, as discussões sobre a assistência de enfermagem sistematizada começaram em 1981. Foi por meio de reuniões, conversas informais, resgate de conhecimento sobre o processo de enfermagem e da SAE que resultou a elaboração do primeiro instrumento denominado Plano de Cuidados de Enfermagem para os pacientes hospitalizados em uma de suas unidades. Com base na avaliação das atividades desenvolvidas durante três anos,

percebeu-se a necessidade de acrescentar a evolução diária realizada pela enfermeira (NÓBREGA, 2011).

No ano de 1988, as ações da SAE se estenderam para todos os usuários da clínica médica, estruturada em Histórico de Enfermagem, Evolução diária de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem, segundo o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Nesse período, alguns docentes do Curso de Graduação em Enfermagem (B₁) colaboraram para a implementação do processo de enfermagem em todas as suas etapas em distintas unidades, por intermédio do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem acordado entre as instituições de ensino e de assistência. Desde então, as atividades têm se constituído um tema de interesse para o desenvolvimento de estudos científicos na instituição, tendo sido elaborados para cada setor os enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, tendo como base a CIPE[®], que são disponibilizados aos enfermeiros (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011; FURTADO; MEDEIROS; NÓBREGA, 2011).

4.4.2 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram enfermeiros que atuam como docentes nas instituições públicas de ensino nas instituições A₁ e B₁ e enfermeiros que desenvolvem suas atividades assistenciais nas instituições A₂ e B₂.

Os critérios de inclusão foram: ser efetivo e estar em exercício durante o período da coleta de dados.

Ainda, para participantes das instituições A₁ e B₁, estabelece-se: ser docente de um dos eixos de formação que contempla os conteúdos programáticos já citados. Para a instituição A₂, foi critério, ainda, ser enfermeiro da unidade clínica selecionada e utilizar os impressos adotados pelo hospital para registro de diagnósticos e prescrições de enfermagem; para a instituição B₂: atuar na unidade clínica selecionada.

Após aprovação do projeto de pesquisa (ANEXO A) e a identificação dos enfermeiros docentes e assistenciais, os potenciais participantes foram convidados individualmente para participarem da pesquisa. Receberam orientações sobre o

objetivo da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE H). Todos os participantes assinaram o TCLE, em duas vias.

4.4.3 Procedimentos de coleta de dados

Para cada participante foram entregues, após sua aquiescência, os seguintes impressos: a) caracterização do perfil profissional (APÊNDICE I); b) o estudo de caso seguido de um instrumento para registro dos diagnósticos, resultados esperados e prescrições de enfermagem arrolados segundo uma das classificações adotadas (APÊNDICE J ou APÊNDICE K).

Os participantes das instituições A₁ e A₂ utilizaram as taxonomias da NANDA-I, NOC e NIC e os integrantes das instituições B₁ e B₂, aplicaram a CIPE®. Na entrega do material para cada sujeito dos dois grupos, os enfermeiros foram orientados a consultarem a última versão das respectivas classificações, sempre que necessário; também foram, informados sobre o prazo de devolução dos instrumentos respondidos que seria de uma semana. A média de tempo para devolução do material respondido pelos sujeitos, independentemente do local, foi de um mês.

Em virtude de a coleta de dados ser realizada em cenários diferentes de duas capitais do nordeste, foi necessária a colaboração de uma aluna de iniciação científica e de uma enfermeira para a identificação dos potenciais participantes na pesquisa e distribuição de material na fase da coleta de dados. Na cidade A, a coleta foi realizada pela pesquisadora.

Após o recebimento de todo o material dos participantes do Grupo A e do Grupo B, os dados foram digitados em planilha do programa Microsoft Office Excel® 2007, com informações referentes às variáveis do perfil profissional, os diagnósticos de enfermagem rotulados, o resultado de enfermagem esperado e as prescrições de enfermagem arroladas.

4.4.3.1 Variáveis de interesse

As variáveis de interesse (caracterização do perfil dos enfermeiros e as relativas aos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) são apresentadas no Quadro 4.

Variáveis do Perfil Profissional	
Sexo	Gênero dos peritos que levantaram os diagnósticos de enfermagem para cada estudo de caso disponibilizado, sendo classificado em feminino ou masculino. Variável qualitativa nominal.
Idade	Anos completos referentes à idade do enfermeiro perito no dia de coleta de dados. Indicado por qualquer número ≥ 1 . Variável quantitativa.
Mês e Ano de formado	Anos completos desde o término da graduação até o momento da coleta de dados. Indicado por qualquer número ≥ 0 . Variável quantitativa.
Número de anos em experiência clínica	Anos completos referentes ao tempo de experiência clínica. Indicado por qualquer número ≥ 0 . Variável quantitativa.
Grau de titulação	Refere-se ao grau de titulação classificada em graduação, especialização, residência, mestrado e doutorado. Variável qualitativa nominal.
Tempo de uso da NANDA-I na prática profissional	Período de tempo medido em anos (completos) de uso da NANDA-I na prática profissional. Indicado por qualquer número ≥ 0 . Variável quantitativa.
Tempo de uso da NOC na prática profissional	Período de tempo medido em anos (completos) de uso da NOC na prática profissional. Indicado por qualquer número ≥ 0 . Variável quantitativa.
Tempo de uso da NIC na prática profissional	Período de tempo medido em anos (completos) de uso da NIC na prática profissional. Indicado por qualquer número ≥ 0 . Variável quantitativa.
Tempo de uso da CIPE® na prática profissional	Período de tempo medido em anos (completos) de uso da CIPE® na prática profissional. Indicado por qualquer número ≥ 0 . Variável quantitativa.
Auto avaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados	Avaliação feita pelo próprio enfermeiro quanto a sua habilidade para formular diagnóstico de enfermagem. Indicado por uma das seguintes categorias: 85 a 100% acurada; 70 a 84% acurada; 55 a 69% acurada; 40 a 54% acurada; 25 a 39% acurada, ou 0 a 24 acurada. Variável qualitativa.
Variáveis dos Diagnósticos de Enfermagem	
Diagnósticos de enfermagem	Referem-se aos elementos dos diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros participantes: rótulo, característica definidora; fator relacionado ou fator de risco
Variáveis do Resultado de Enfermagem	
Resultado de enfermagem	Refere-se ao rótulo dos resultados de enfermagem identificados para cada diagnóstico de enfermagem. O resultado de enfermagem pode ser apresentado pela NOC e pela CIPE®
Variáveis das Intervenções de Enfermagem	
Intervenções de enfermagem	Referem-se ao rótulo das intervenções de enfermagem identificados para cada diagnóstico do estudo de caso; podem ser apresentadas pela taxonomia da NIC e pela CIPE®
Rótulo intervenção de enfermagem	A inferência do raciocínio terapêutico

Quadro 4 – Descrição das diferentes variáveis de interesse do estudo.

4.4.4 Análise dos dados

4.4.4.1 Análise das variáveis relacionadas ao profissional - Os dados obtidos das variáveis do perfil profissional (sexo; idade; tempo de graduado e de experiência clínica; local de trabalho; e titulação) e sobre terminologias quanto ao tempo de uso bem como a autoavaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados, foram analisados pela distribuição de frequência.

4.4.4.2 Análise dos fenômenos de enfermagem (diagnósticos de enfermagem; resultados esperados; e prescrições de enfermagem) elaborados pelos participantes, usando as classificações NANDA-I, NOC e NIC ou a CIPE[®], foi dividida em três fases.

4.4.4.2.1 Primeira fase: corresponde à análise dos diagnósticos de enfermagem e envolve a análise da distribuição de frequência dos rótulos de diagnósticos formulados pelos enfermeiros de cada grupo e a aplicação da Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE)-versão 2 (ANEXO C) pela pesquisadora. Os diagnósticos foram categorizados em alta, moderada, baixa e nula acurácia pela pesquisadora e respeitando o modelo padrão (“gabarito”) obtido das duas juízas, na fase anterior.

Diante da classificação da acurácia dos diagnósticos, três passos foram adotados para continuar a análise:

- 1) Comparação da distribuição dos diagnósticos elaborados pelos grupos A e B segundo a categoria de acurácia diagnóstica. Para tanto será observada a homogeneidade da distribuição do grau de acurácia no grupo de enfermeiros que utiliza a NANDA-I e CIPE[®] com a aplicação do teste Qui-quadrado, e nos casos de heterogeneidade com a utilização do teste Exato de Fisher. Foi considerado o nível de significância de 5%;

- 2) Análise da distribuição de frequência dos rótulos diagnósticos por categoria de acurácia pela NANDA I e CIPE, seguida das convergências e divergências entre ambas.
- 3) Seleção dos diagnósticos de alta acurácia nas diferentes terminologias para conduzir a análise dos dados referentes aos resultados esperados e cuidados prescritos redigidos pelos enfermeiros.

4.4.4.2.2 Segunda fase: compreende à análise dos resultados esperados para os diagnósticos de alta acurácia pela NANDA-I e CIPE[®]. Os profissionais elaboraram os possíveis resultados esperados para cada diagnóstico a fim de planejar o cuidado a ser implementado. Ressalta-se que a prática clínica e a docência, assim como o uso da linguagem padronizada pelos profissionais nas instituições pesquisadas ainda é um desafio. Por este motivo para conduzir a análise, a pesquisadora sentiu a necessidade de elaborar, primeiro, quadros ilustrativos com informações sobre os resultados esperados para cada diagnóstico de alta acurácia, oriundos tanto com o emprego da NANDA-I quanto com o emprego da CIPE[®].

A análise dos dados advindos dos profissionais do grupo A buscou identificar as semelhanças entre os resultados esperados elaborados pelos enfermeiros para os diagnósticos de alta acurácia e os resultados previstos na taxonomia da NOC. A taxonomia da NOC fornece 585 resultados com definições, escalas de medidas do tipo Likert ou combinações de escalas, e listas de indicadores associados para o conceito; também apresenta as possíveis ligações dos resultados aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, que possibilita medir o resultado antes e após a intervenção com aplicação de escalas do tipo Likert com uma pontuação até 5 pontos que reflete a condição desejável relativa ao resultado. Essa taxonomia também possibilita; o acompanhamento das mudanças ou a manutenção no estado do paciente dos estados do resultado obtidos ao longo do tempo (MOORHEAD et al., 2013).

Para tal análise de correspondência entre os dados obtidos e os propostos pela NOC, a pesquisadora inicialmente elaborou um quadro informativo

para posterior mapeamento e refinamento; cabe destacar que apenas se consideraram os resultados documentados pelos participantes da pesquisa relativos aos diagnósticos de alta precisão.

Assim, foram identificados os resultados segundo a NOC para: medir o resultado na resolução do diagnóstico; medir os resultados com base nas características definidoras; medir os resultados associados com os fatores relacionados ou resultados intermediários; avaliar e medir a ocorrência do diagnóstico e os resultados associados com os fatores de risco (MOORHEAD et al., 2013).

Em seguida, a pesquisadora baseou-se nos resultados esperados pela NOC, selecionando os indicadores e as respectivas escalas de medida que representassem o resultado esperado redigido pelo profissional.

Dessa forma, o quadro para o mapeamento e refinamento construído continha as seguintes informações: na primeira linha, o diagnóstico de enfermagem; seguido das colunas referentes aos: Resultados de Enfermagem pela NOC; aos indicadores e escala de medida com graduação do resultado selecionada da NOC; Resultado de Enfermagem elaborados pelos participantes; concordância com o fato de que o resultados elaborados pelo enfermeiro representa o resultado esperado pela NOC e respectivos indicadores; discordância de que o resultado elaborado pelo enfermeiro representa o resultado esperado pela NOC e respectivos indicadores; Categorização do Resultado de Enfermagem pela NOC em relação ao Resultado de enfermagem elaborado pelos enfermeiros quanto a ser: igual, similar, mais abrangente; mais restrito e não existe concordância seguido de duas colunas para assinalar se concorda ou não com a abrangência estabelecida para o resultado (APÊNDICE L). Nas situações de divergências, solicitou-se sugestão. Para tal categorização adotou-se semelhança ao estudo de LEAL (2006).

Assim, os Resultados de Enfermagem elaborados pelos enfermeiros estão categorizados quanto: **a) Igual**: quando o termo do resultado pela NOC é igual ao termo usado pelos enfermeiros com concordância de termo e definição; **b) Similar**: quando o termo do resultado pela NOC é similar ao usado pelos enfermeiros, ou seja, não existe concordância de termo, mas a definição é idêntica; **c) Mais abrangente**: quando o termo do resultado pela NOC é mais abrangente que o usado pelos enfermeiros, significando que o termo da classificação é o que mais se aproxima do termo usado pelos enfermeiros sendo de âmbito mais lato, ou

menos específico; **d) Mais restrito**: quando o termo do resultado pela NOC é mais restrito que o termo usado pelos enfermeiros, em virtude o termo da classificação que mais se aproxima do termo usado pelos enfermeiros ser de âmbito mais limitado, ou menos específico; **e) Não existe concordância**: acontece quando não há concordância entre o termo do resultado pela NOC com o usado pelos enfermeiros.

Em seguida, a categorização dos resultados esperados e suas similaridades às linguagens da NOC, elaborados pela pesquisadora a partir dos dados dos enfermeiros, foi submetida a um painel de duas juízas para validação das informações pelo cálculo de índice de concordância ($IC = NC / (NC + ND) \times 100$), em que NC significa o número de concordância e ND, o total de discordância multiplicado por 100 (BATISTA; MATOS, 1984).

Os termos da categorização que atingiram o valor de pelo menos 0,80 foram considerados validados; os demais foram reavaliados pela pesquisadora e modificados conforme as sugestões fornecidas pelas juízas.

Em relação aos resultados esperados para os diagnósticos de alta acurácia elencados pelos profissionais do grupo B, a análise procedeu-se com a localização dos termos em um dos sete eixos constantes na CIPE® 2.0, que são descritos posteriormente.

A seguir, apresenta-se a validação do mapeamento dos dados referentes aos resultados esperados, da qual, participaram duas peritas. O convite foi realizado individualmente e, após aquiescência, ambas, receberam os seguintes impressos: arquivos referentes aos mapeamentos cruzado dos resultados esperados elaborados pelos profissionais com os resultados da NOC (APÊNDICE L; APÊNDICE M; e APÊNDICE N); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE O); formulário com os dados pessoais (APÊNDICE P). Foi orientada a utilização a última versão publicada em português (MOORHEAD et al., 2010).

O material foi encaminhado eletronicamente (via *email*) e conforme a preferência e disponibilidade das peritas uma reunião *online* foi acordada para esclarecimento e agendamento para devolução. Nessa reunião, algumas explicações foram enfatizadas quanto aos apêndices. A devolução do material aconteceu após duas semanas.

O resultado desta comparação mostra que os resultados de enfermagem

formulados pelos enfermeiros para o diagnóstico de Padrão respiratório ineficaz foram representados pelo resultado esperado pela NOC em 87,5%; os demais diagnósticos (Risco de infecção; Padrão respiratório ineficaz; Integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; e Perfusão tissular prejudicada) os resultados esperados redigidos pelos enfermeiros foi representado em 100,0% pela NOC. Quanto à categorização dos termos, apenas o diagnóstico de Padrão respiratório ineficaz obteve o índice abaixo de 0,80, sendo necessária a modificação da categorização. Este é o valor de índice de concordância considerado como ideal na literatura (WALTZ *et al.*, 1991). A síntese do refinamento do mapeamento cruzado é descrita no capítulo seguinte.

4.4.4.2.3 Terceira fase- procedimentos de análise dos cuidados prescritos; igual procedimento da fase anterior foi adotado para conduzir o tratamento das diferentes prescrições de cuidados elaborados, pelos profissionais do Grupo A e do Grupo B, tendo em vista os diagnósticos considerados de alta precisão e dos respectivos resultados esperados.

O desafio já mencionado quanto à adoção de uma linguagem padronizada para nomear os fenômenos de enfermagem nas referidas instituições, não difere quando se considera o emprego da NIC ou da CIPE® para indicar as prescrições de enfermagem relativas aos diagnósticos de alta acurácia.

No Grupo A, para cada um dos diagnósticos elaborados empregando-se a NANDA-I, foram organizados quadros com as prescrições redigidas por esses enfermeiros mapeadas em relação às intervenções da NIC, para permitir a comparação de dados que aparentemente apresentam semelhanças.

Para o cruzamento das informações foram adotados os passos propostos por Coenen, Ryn e Sutton (1997) que compreendem: 1) Proceder do título das intervenções da NIC para as atividades da NIC; 2) Usar o contexto dos diagnósticos de enfermagem; 3) Mapear significados *versus* palavras; 4) Usar a intervenção mais específica da NIC. No estudo proposto, a sequência começa pelo segundo passo, já que o propósito da pesquisa parte do diagnóstico para a intervenção de enfermagem. Pesquisa desenvolvida por Napoleão (2005) aplicou o mapeamento comparativo das atividades indicadas pelos enfermeiros com as atividades

prioritárias e sugeridas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz das vias aéreas”, com base nas orientações de Coenen, Ryn e Sutton (1997), iniciando a partir do contexto do diagnóstico de enfermagem.

Nesse sentido, os dados obtidos das prescrições de enfermagem foram processados pela pesquisadora, iniciando-se pelo registro das informações em quadros ilustrativos que continham na primeira linha, o diagnóstico de enfermagem, seguido das seguintes colunas: Intervenção da NIC e sua respectiva definição; atividades da intervenção da NIC proposta para o diagnóstico (prioritárias, sugeridas e opcionais); prescrições de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros; Concordância que o cuidado prescrito pelo enfermeiro representa a atividade da NIC; discordância de que o cuidado prescrito pelo enfermeiro representa a atividade da NIC; categorização da atividade da intervenção da NIC em relação a prescrição de enfermagem quanto a ser: igual, similar, mais abrangente; mais restrito e não existe concordância (APÊNDICE M) (LEAL, 2006).

Dando continuidade, os dados destes quadros também foram submetidos ao mesmo painel formado por duas juízas para validação, com obtenção de um índice de concordância superior 90,0% comparando a prescrição de enfermagem redigida sobre a atividade da NIC para todos os diagnósticos. Em relação à categorização, apenas os cuidados prescritos para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada obteve um IC de 0,80. As prescrições de enfermagem referentes aos demais diagnósticos foram revisadas e ajustadas conforme sugestões. A consolidação do mapeamento cruzado é apresentada posteriormente.

Em relação aos cuidados prescritos pelos participantes do Grupo B, a análise foi iniciada com elaboração de uma planilha no Programa Excel para Windows e posteriormente, importada para o Programa Access for Windows, para identificação de termos presentes (cuidados de enfermagem prescritos) no estudo e de termos da CIPE[®] (intervenção). No entanto, não foram identificados termos idênticos, o que necessitou do mapeamento cruzado entre a prescrição de enfermagem redigida pelos profissionais para o diagnóstico selecionado e as intervenções publicadas na versão 2.0 da CIPE[®]. Os procedimentos aplicados foram idênticos ao do grupo anterior quanto à elaboração de quadros ilustrativos, com alteração apenas da informação nas colunas em que se liam NIC para CIPE[®] (APÊNDICE N).

Arquivo em pdf da CIPE[®] versão 2.0 e o endereço eletrônico

<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>. foram enviados às peritas, que empregaram a classificação da CIPE®; a última versão em português da NIC foi solicitada para ser empregada quando do mapeamento dos cuidados elaborados pelos enfermeiros que a empregaram (Grupo A).

O material desta etapa foi encaminhado eletronicamente (via *email*) ao mesmo tempo que os da fase anterior e a reunião *online* acordada para esclarecimento e agendamento para devolução deu-se juntamente com a fase anterior. A devolução do material desta etapa deu-se em conjunto com a devolução do material na fase anterior.

Os passos para validação aplicados anteriormente foram também adotados nesta fase, com obtenção do IC acima e 0,80 para os cuidados prescritos nas afirmativas diagnósticas de: Padrão respiratório prejudicado; Perfusão tissular prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Ferida pequena no calcâneo; e Erosão tissular. Quanto ao mapeamento dos cuidados prescritos para as declarações diagnósticas de Risco de infecção e Úlcera pequena, elaborado pela pesquisadora, foi revisado para atender às sugestões das juízas. As prescrições relacionadas a estas declarações diagnósticas obtiveram índices menores do que 0,80. A versão final do mapeamento com as alterações esta apresentada no item resultados.

Em relação à categorização da abrangência estabelecida pela pesquisadora, o resultado da validação das prescrições de enfermagem para os sete diagnósticos estabelecidos, em apenas três deles (Risco de infecção; Perfusão tissular ineficaz; e Erosão tissular), os cuidados de enfermagem prescritos obtiveram o IC acima de 0,80. Os demais cuidados de enfermagem para os diagnósticos Padrão respiratório prejudicado; Integridade da pele prejudicada; Úlcera pequena; e Ferida pequena no calcâneo foram reavaliados segundo a categorização da abrangência proposta pelas juízas.

A seguir estão descritos e discutidos os resultados desta segunda etapa da pesquisa, considerando-se o alcance dos objetivos e os passos metodológicos já descritos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados estão organizados em duas partes. Inicialmente, são apresentadas as características dos participantes da pesquisa (enfermeiros das duas instituições de cada cidade) quanto ao sexo; idade; tempo de graduado e de experiência na área clínica; titulação; auto avaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados; e o tempo de uso da NANDA-I, NOC, NIC e da CIPE® na prática profissional.

Os dados apresentados na sequencia são referentes aos fenômenos de enfermagem elaborados por enfermeiros em uma situação de caso clínico simulado, usando as classificações NANDA-I, NOC e NIC ou a CIPE®; estão parte descritos os tipos, rótulos, frequência, convergências e divergências dos diagnósticos; mapeamento cruzado dos resultados e prescrições de enfermagem eleitos pelo profissional para cada diagnóstico de alta acurácia e sua correspondência com a NOC, NIC e CIPE®.

5.1 Características do perfil profissional

Participaram do estudo 24 enfermeiros. Sua distribuição, segundo as variáveis: sexo; idade; tempo de graduado e de experiência clínica; local de trabalho e titulação do enfermeiro consta na Tabela 1.

Dentre os 24 enfermeiros, predomina o sexo feminino (91,7%) em idade na faixa etária de 36 a 50 anos; tempo de formação expresso em mais de 10 anos e, representativa percentagem de enfermeiros com tempo de experiência clínica de mais de 20 anos (Tabela 1). Ainda que a inserção masculina na enfermagem tenha aumentado, no espaço de cuidado desta profissão, permanece predominante o gênero feminino (AMORIM, 2008).

Os 24 sujeitos foram reunidos para análise em grupos A e B, segundo a origem geográfica. Em ambos, os enfermeiros desenvolvem suas atividades em instituições públicas de ensino e de assistência no âmbito hospitalar, em número de participantes equitativo para ambos os grupos, ou seja, com 7 docentes e 5 enfermeiros assistencialistas (Tabela 1).

Em relação à titulação, todos apresentam pós-graduação, *estricto sensu* ou *lato sensu*. Destes, 13 (54,2%) são doutores ou mestres, 8 (33,3%) especialistas

e apenas 3 (12,5%) fizeram somente o curso de residência após a formação (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva do perfil profissional dos enfermeiros, 2014.

Fator avaliado	N	%
Sexo		
Feminino	22	91,7
Masculino	2	8,3
Idade		
Até 35 anos	6	25,0
36 a 50 anos	11	45,8
51 anos ou mais	7	29,2%
Anos de formação		
Menos de 10 anos	6	25,0%
10 a 20 anos	9	37,5%
Mais de 20 anos	9	37,5%
Anos de experiência clínica		
Menos de 10 anos	7	29,2%
10 a 20 anos	7	29,2%
Mais de 20 anos	10	41,6%
Local de trabalho		
A ₁	7	29,2%
A ₂	5	20,8%
B ₁	7	29,2%
B ₂	5	20,8%
Maior titulação		
Doutorado	7	29,2%
Especialização	6	25,0%
Mestrado	5	20,8%
Residência	3	12,5%
Especialização e Residência	2	8,3%
Residência e Mestrado	1	4,2%

Percebe-se que os enfermeiros têm buscado a educação continuada por meio da pós-graduação stricto sensu e lato sensu aprimorando-se ora na prática assistencial ou na atividade docente. Nesse sentido, pode-se deduzir a respeito da valorização da educação permanente e da educação continuada por potencializar a

capacitação técnica específica e a aquisição de novos conhecimentos como toda ação desenvolvida após a profissionalização com a finalidade de atualização de conhecimento e a aquisição de novos saberes (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉLER, 2007).

Na Tabela 2 são apresentadas as demais variáveis dos enfermeiros dos grupos A e B e compreendem: tempo em anos do uso das terminologias NANDA-I, NOC, NIC e CIPE®; e autoavaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados.

Tabela 2 - Análise descritiva do perfil profissional dos enfermeiros do Grupo A e Grupo B, 2014.

Fator avaliado	Grupo A		Grupo B	
	N	%	N	%
Tempo em anos do uso da NANDA-I				
0 a 5 anos	7	58,3%		
6 a 10 anos	5	41,7%		
Mais de 10 anos	-	-		
Tempo em anos do uso da NOC				
0 a 5 anos	10	83,4%		
6 a 10 anos	2	16,7%		
Mais de 10 anos	-	-		
Tempo em anos do uso da NIC				
0 a 5 anos	10	83,4%		
6 a 10 anos	2	16,7%		
Mais de 10 anos	-	-		
Tempo em anos do uso da CIPE®				
0 a 5 anos			5	41,7%
6 a 10 anos			6	50,0%
Mais de 10 anos			1	8,3%
Autoavaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados				
85 a 100% acurada	4	33,3%	3	25,0%
70 a 84% acurada	4	33,3%	4	33,3%
55 a 69% acurada	3	25,0%	1	8,3%
40 a 54% acurada	1	8,3%	2	16,7%
25 a 39% acurada	-	-	1	8,3%
0 a 24% acurada	-	-	1	8,3%

Observa-se na Tabela 2 que o grupo A foi composto por sete profissionais (58,3%) com tempo de uso da taxonomia da NANDA-I de zero a cinco anos (sendo que três têm menos de um ano) e por cinco enfermeiros com uso dessas linguagens

entre seis a 10 anos de experiência. Quanto ao emprego da NOC e NIC, para ambas as taxonomias, o tempo de uso de zero a cinco anos foi informado por dez participantes (83,4%). No grupo B, verifica-se que sete (58,3%) participantes têm experiência com o uso da CIPE[®] de 6 anos ou mais; dos cinco que relataram terem até cinco anos de uso desta linguagem, três relatam ter menos de um ano. Os dados evidenciam que a utilização das linguagens padronizadas para nomear os fenômenos de enfermagem, sobretudo resultados e intervenções, para a maioria destes profissionais, ainda é recente.

Em relação à autoavaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados do grupo A, constata-se uma concentração de oito (66,7%) enfermeiros com 70% a 100% de acurácia e no grupo B, 7 (58,3%) também relatam acurácia entre 70% a 100%. Ainda, na análise deste grupo, há relatos de dois (16,7%) que se classificaram com acurácia diagnóstica entre 0 a 39%.

Ainda que se considerem o tempo de aplicação das terminologias e o fato de alguns profissionais (nº 15) referirem ter habilidade para elaborar diagnósticos acurados (70% ou mais de acurácia) destacam-se os índices de acurácia obtidos na elaboração dos diagnósticos, objeto de descrição no item seguinte.

5.2 Diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I e CIPE[®].

Como já descrito, no estudo de caso fornecido aos enfermeiros, às manifestações clínicas presentes estão relacionadas principalmente aos sistemas respiratório, circulatório e tegumentar. Para tal situação foram nomeados 20 rótulos distintos de diagnósticos de enfermagem pelo grupo de participantes que empregou a taxonomia da NANDA-I e 30 enunciados diagnósticos pelos profissionais que usaram a CIPE[®].

Ainda que o número de enfermeiro seja o mesmo em cada grupo, a análise da variação do número de rótulos distintos dos diagnósticos de enfermagem merecem consideração o número de diagnóstico por participante e a acurácia destes diagnósticos, considerando-se a taxonomia empregada.

5.2.1 Diagnósticos de enfermagem elaborados empregando a taxonomia da NANDA-I e a acurácia diagnóstica

As Tabelas 3 e 4 apresentam a frequência dos rótulos diagnósticos formulados pelos enfermeiros de cada grupo.

Dos 20 rótulos arrolados pelos enfermeiros, 13 diagnósticos são padronizados pela NANDA-I. Esses rótulos foram empregados na formulação de 51 diagnósticos pelos 12 enfermeiros deste grupo. Os diagnósticos mais frequentes foram: Padrão respiratório ineficaz (15,7%); Risco de infecção (13,7%); Integridade da pele prejudicada (11,8%); Troca de gases prejudicada (9,8%); Perfusão tissular prejudicada (7,8%) e Dor aguda (5,9%).

Cada diagnóstico apresenta os respectivos grau e categoria de acurácia, considerando-se os dados contidos no estudo de caso. Tal classificação foi elaborada pela pesquisadora e validada por um painel de juízes, conforme descrito no método. Quatro deles apresentaram alta acurácia, dois moderada acurácia, três baixa acurácia e 10 acurácia nula. (Tabela 3).

Os diagnósticos de enfermagem classificados com alta acurácia foram: Padrão respiratório ineficaz; Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; e Perfusão tissular prejudicada.

Os diagnósticos de enfermagem incluídos na categoria de acurácia moderada foram: Débito cardíaco diminuído e Risco de intolerância à atividade. Na acurácia baixa, foram classificados dois diagnósticos de enfermagem: Troca de gases prejudicada e Dor aguda. Já na acurácia nula são 11 diagnósticos de enfermagem: Volume de líquidos excessivos; Dor; Intolerância a atividade; Risco de disfunção neurovascular; Perfusão tissular ineficaz; Conforto prejudicado; Déficit de autocuidado; Potencial para temperatura elevada; Risco de função respiratória ineficaz; Risco de hipertermia e Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz.

Destes, os títulos padronizados pela NANDA-I totalizam quatro: Volume de líquidos excessivos; Risco de disfunção neurovascular periférica; Intolerância à atividade; e Conforto prejudicado. Ainda foram identificados quatro diagnósticos que não são mencionados pela taxonomia: Potencial para temperatura elevada; Risco de função respiratória ineficaz; Risco de hipertermia e Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz; e os outros três diagnósticos não nomearam corretamente os termos

contidos na taxonomia da NANDA: um por não especificar a duração do conceito diagnóstico (Dor); outro faltou determinar o tipo de déficit de autocuidado; e o último omitiu a localização do diagnóstico (Perfusão tissular ineficaz).

Tabela 3 - Frequência dos rótulos diagnósticos identificados pelos enfermeiros do Grupo A que empregaram a NANDA-I, seguido do grau e da categoria de acurácia diagnóstica, 2014.

	Rótulo Diagnóstico	N	%	Grau de acurácia	Categoria de acurácia
1	Padrão respiratório ineficaz	8	15,7%	13,5	Alta
2	Risco de infecção	7	13,7%	13,5	Alta
3	Integridade da pele prejudicada	6	11,8%	13,5	Alta
4	Troca de gases prejudicada	5	9,8%	1	Baixa
5	Perfusão tissular periférica ineficaz	4	7,8%	10,0	Alta
6	Dor aguda	3	5,9%	1	Baixa
7	Integridade Tissular prejudicada	3	5,9%	13,5	Alta
8	Débito cardíaco diminuído	2	3,7%	2	Moderada
9	Volume de líquidos excessivo	2	3,7%	0	Nula
10	Conforto prejudicado	1	2,0%	1	Nula
11	Intolerância a atividade	1	2,0%	0	Nula
12	Risco de disfunção neurovascular	1	2,0%	0	Nula
13	Risco de intolerância a atividade	1	2,0%	2	Moderada
14	Perfusão tissular ineficaz	1	2,0%	0	Nula
15	Dor	1	2,0%	0	Nula
16	Déficit de autocuidado	1	2,0%	0	Nula
17	Potencial para temperatura elevada	1	2,0%	0	Nula
18	Risco de função respiratória ineficaz	1	2,0%	0	Nula
19	Risco de hipertermia	1	2,0%	0	Nula
20	Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz	1	2,0%	0	Nula
	TOTAL	51	100,0%	-	-

Nota-se, na Tabela 3, a diversidade de interpretações dos dados clínicos pelos profissionais que empregaram a taxonomia da NANDA-I. A decisão diagnóstica envolve um processo de inferência, ou seja, de probabilidade de um diagnóstico de enfermagem estar presente em face de um conjunto de pistas. Dentre as possibilidades de diferença diagnóstica, a literatura aponta possível ocorrência de desacordos clínicos, pela divergência entre a situação real e a inferência feita pelo profissional sobre a condição clínica do paciente (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009). Outro enfoque é a dificuldade que os profissionais sentem na realização do diagnóstico de enfermagem. Pesquisa desenvolvida com 111 enfermeiros de um hospital escola da região sudeste do país demonstra que 58,5% desses profissionais relatam ter dificuldade na etapa diagnóstica pela insuficiência de conhecimentos

teóricos básicos e específicos sobre a taxonomia (TAKAHASHI; BARROS; LILIANE, 2008). Ainda, a própria complexidade das terminologias tem sido apontada (CARVALHO; ROSSI; DALRI, 2008).

5.2.1.1 Diagnósticos de enfermagem pela CIPE® e acurácia diagnóstica

Pela classificação CIPE®, 30 enunciados diagnósticos distintas foram apontadas pelos enfermeiros. Essas enunciados diagnósticos totalizaram 43 diagnósticos feitos pelos 12 enfermeiros.

Na Tabela 4 estão apresentados a frequência dos rótulos diagnósticos, o grau e a categoria de acurácia relativos a cada enunciado diagnóstico.

As 30 declarações diagnósticas mais frequentes identificados pelo grupo B utilizando a CIPE® foram: Integridade da pele prejudicada (8,6%); Risco de infecção (8,6%); decrescendo para 6,4%, os rótulos de Padrão respiratório prejudicado e Dispneia severa; com 4,3% enunciados diagnósticos foram: Dispneia; Úlcera pequena no calcanhar; Tosse produtiva; Mobilidade física prejudicada; Mobilidade prejudicada; Ferida pequena no calcâneo e Processo circulatório prejudicado.

As declarações diagnósticas com alta acurácia totalizam 7 diagnósticos: Integridade da pele prejudicada; Risco de infecção; Padrão respiratório prejudicado; Úlcera pequena no calcanhar; Ferida pequena no calcâneo; Erosão tissular e Perfusão tissular ineficaz.

Em relação aos rótulos de baixa acurácia um número de seis afirmativas diagnósticas: Tosse produtiva; Edema periférico; Edema no membro inferior direito; Edema; Troca de gases prejudicada; e Dor.

Os diagnósticos de acurácia nula perfazem um total de 17: Dispneia severa; Mobilidade física prejudicada; Mobilidade prejudicada; Dispneia; Processo respiratório prejudicado (dispneia); Dispneia de repouso; Risco de infecção pulmonar; Ferida infectada; Dor na ferida; Dor isquêmica; Perfusão tissular cardíaca alterada; Capacidade de autocuidado prejudicado; Risco de pneumonia; Insuficiência respiratória; Atividade física prejudicada; Acesso venoso periférico; Oxigenoterapia.

Tabela 4 - Frequência dos rótulos diagnósticos identificados pelos enfermeiros de acordo com a CIPE[®], seguida do grau e da categoria de acurácia diagnóstica, 2014.

Rótulo Diagnóstico	N	%	Grau de acurácia	Categoria de acurácia
1 Integridade da pele prejudicado	4	8,6%	13,5	Alta
2 Risco de infecção	4	8,6%	13,5	Alta
3 Padrão respiratório prejudicado	3	6,4%	13,5	Alta
4 Dispneia severa	3	6,4%	0	Nula
5 Úlcera pequena no calcanhar	2	4,3%	13,5	Alta
6 Tosse produtiva	2	4,3%	1	Baixa
7 Ferida pequena no calcâneo	2	4,3%	13,5	Alta
8 Mobilidade física prejudicada	1	2,1%	0	Nula
9 Mobilidade prejudicada	1	2,1%	0	Nula
10 Dispneia	1	2,1%	0	Nula
11 Processo respiratório prejudicado- dispneia	1	2,1%	0	Nula
12 Dispneia de repouso	1	2,1%	0	Nula
12 Risco de infecção pulmonar	1	2,1%	0	Nula
14 Edema periférico	1	2,1%	1	Baixa
15 Edema no membro inferior direito	1	2,1%	1	Baixa
16 Edema	1	2,1%	1	Baixa
17 Erosão tissular	1	2,1%	13,5	Alta
18 Troca de gases prejudicada	1	2,1%	1	Baixa
19 Ferida infectada	1	2,1%	0	Nula
20 Dor na ferida	1	2,1%	0	Nula
21 Dor	1	2,1%	1	Baixa
22 Dor isquêmica	1	2,1%	0	Nula
23 Perfusão tissular ineficaz	1	2,1%	10	Alta
24 Perfusão tissular cardíaca alterada	1	2,1%	0	Nula
25 Capacidade de autocuidado prejudicado	1	2,1%	0	Nula
26 Risco para pneumonia	1	2,1%	0	Nula
27 Insuficiência respiratória	1	2,1%	0	Nula
28 Atividade física prejudicada	1	2,1%	0	Nula
29 Manter acesso venoso periférico	1	2,1%	0	Nula
30 Manter oxigenoterapia	1	2,1%	0	Nula
Total	43	100,0%		

Ao comparar as 30 declarações diagnósticas baseadas na CIPE[®] versões 1.0 e 2.0, percebeu-se que 1 enunciado utilizou o eixo *foco* e *juízo* disponível na versão 1.0: dispnéia severa. Em outras afirmativas, foi utilizado o termo primitivo do eixo *foco*, a exemplo dos diagnósticos elaborados de Tosse produtiva e Ferida

infectada, no entanto, os termos do julgamento adotados (produtivo; infectado) não constam na CIPE[®]. Constata-se também a associação do eixo *foco, julgamento e localização*: Risco de infecção pulmonar; Perfusão tissular cardíaca alterada. No caso da Atividade física prejudicada e Capacidade de autocuidado prejudicado, em ambos enunciados diagnósticos, os focos com conotação similar pela CIPE[®], seriam: Exercício e Autocuidado deficitário. Em outros enunciados diagnósticos (03), foi aplicado um único descritor com eixo *foco e julgamento* implícito: Dor isquêmica; Edema; Erosão tissular. Ainda em três (03) enunciados diagnósticos há associação do eixo *foco e julgamento implícito* ao eixo *localização* (Dor na ferida, Edema no membro inferior direito e Úlcera pequena no calcâneo).

Na CIPE[®] versão 2.0, constatou-se que dez (10) enunciados estão contemplados nos diagnósticos negativos pré-coordenados: Integridade da pele prejudicada; Risco de infecção; Dispneia; Dispneia de repouso; Padrão respiratório prejudicado; Mobilidade prejudicada; Edema periférico; Dor; Troca de gases prejudicada; e Perfusão tissular ineficaz.

Os demais rótulos diagnósticos de: Mobilidade física prejudicada; Processo respiratório comprometido (dispneia); Insuficiência respiratória; e Risco de pneumonia, não foram localizados em nenhuma das versões da CIPE[®]. Em duas situações os enunciados diagnósticos foram elaborados com a adoção de um termo localizado no eixo *ação*: manter oxigenoterapia e manter acesso venoso periférico, o que não se configuram como diagnósticos de enfermagem, pois não atendem as diretrizes do CIE nem a Norma ISO 18.104. Esses foram excluídos da análise dos dados.

Na Tabela 4, observa-se que as declarações diagnósticas encontradas na versão 1.0 e na versão 2.0 da CIPE[®], utilizaram termos dos eixos *foco, julgamento e localização*, proporcionando uma diversidade de rótulos. Pfeilsticker, Cadê (2008), apontam que a CIPE[®], por ter uma abrangência maior possibilita a formulação de diagnósticos em relação à Taxonomia da NANDA-I. O relato de experiência de Oliveira, Rocha e Bachion (2013), com a adoção da CIPE[®] no ensino da consulta de enfermagem na disciplina de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, também referencia como ponto positivo desta classificação, uma maior liberdade para a formulação dos títulos diagnósticos comparada à taxonomia da NANDA-I.

5.2.2 Diagnósticos elaborados segundo a categoria de acurácia diagnóstica: comparação entre grupos

Para o estudo de caso selecionado os participantes da pesquisa elaboraram 94 diagnósticos, distribuídos em diferentes categorias de acurácia diagnóstica (Tabela 5). Nota-se predomínio dos diagnósticos de alta acurácia no grupo A e de acurácia nula no grupo B, ainda que a diferença entre tais dados não sejam estatisticamente significativa ($p=0,056$).

Há que se verificar, em estudos futuros, os processos de pensamento que conduzem o raciocínio de diagnóstico ao se empregar as distintas taxonomias, na busca de identificação de possíveis fatores que conduzem à formulação diagnóstica.

Tabela 5 – Distribuição dos diagnósticos elaborados pelos Grupos A e B segundo a categoria de acurácia diagnóstica, 2014.

Diagnóstico de enfermagem	Categoria de Acurácia diagnóstica				Total
	Alta	Moderada	Baixa	Nula	
Grupo A	28	03	08	11	51
NANDA-I	(54,9%)	(5,9%)	(15,7%)	(23,5%)	(54,3%)
Grupo B	17	00	07	19	43
CIPE	(39,5%)	(0,0%)	(16,3%)	(44,2%)	(45,7%)

Com a finalidade de uma análise das semelhanças entre as formulações diagnósticas, passa-se a descrever a frequência de cada diagnóstico, segundo os participantes dos grupos A e B e as categorias de acurácia diagnóstica.

5.2.2.1 Diagnósticos de alta acurácia

Todos os enfermeiros do grupo A que empregaram a taxonomia da NANDA-I elaboraram diagnósticos de alta acurácia. No grupo B, enfermeiros que empregaram a CIPE®, só um dos profissionais (16) não fez diagnósticos nessa categoria. Ainda que o estudo de caso apresentasse 4 possibilidades de

diagnósticos de alta acurácia para ambas as terminologias, apenas um sujeito de cada grupo elaborou todos os diagnósticos.

O número médio de diagnósticos de alta acurácia para os sujeitos do grupo A foi igual a 2,3 e para o grupo B um total de 1,3. No Quadro 5, apresenta-se a distribuição dos diagnósticos de alta acurácia por enfermeiro de cada grupo.

Observam-se no grupo A, os diagnósticos de alta acurácia, por profissional, com uma variação de um a três rótulos. Percebe-se que dos 12 participantes, oito (66,7%) identificaram os diagnósticos de Padrão respiratório ineficaz ; sete (58,3%) rotularam o diagnóstico de Risco de infecção; seis (50,0%) elaboram o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada; quatro (33,3%) levantaram Perfusão tissular periférica ineficaz e três (25,0%) evidenciaram a Integridade tissular prejudicada.

Para um diagnóstico ser classificado na categoria de alta acurácia precisa ter pistas obtidas nos dados da avaliação altamente ou moderadamente coerentes, relevantes e específicos para o diagnóstico de enfermagem Entende-se por pistas, as manifestações que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado (MATOS; CRUZ, 2010). Assim para cada diagnóstico de alta acurácia, são descritas as pistas presentes no estudo de caso em conformidade com as características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico segundo a taxonomia da NANDA-I.

O diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz (00032) retrata a situação de “Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada” (NANDA-I, 2013 p. 294). Dentre as características definidoras citadas pela NANDA-I (2012-2014) para este diagnóstico encontram-se no estudo clínico analisado as que se seguem: dispneia, taquipneia, batimento de asa do nariz e utilização dos músculos acessórios.

No diagnóstico de enfermagem Risco de infecção (00004), conceituado como “risco de ser invadido por organismos patogênicos” (NANDA-I, 2013 p. 485), os fatores de risco apresentados no estudo de caso em consonância ao diagnóstico são: defesas primárias inadequadas (pele rompida; procedimento invasivo na terapia endovenosa e presença de ferida).

Ainda que o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada tenha sido identificado por 50,0% dos enfermeiros em contraste com o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada por 25,0% dos profissionais, em ambos, as pistas

justificam a alta acurácia dos diagnósticos.

A possibilidade de rotular um ou outro se pauta na própria definição do diagnóstico pela taxonomia da NANDA-I, ao conceituar a Integridade da pele prejudicada (00046) (NANDA-I, 2013 p.494) como: “Epiderme e/ou derme alteradas” e a Integridade Tissular prejudicada (00044) (NANDA-I, 2013 p.496), quando há “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”. A afirmativa baseia-se no conceito da histologia da pele humana, constituída de epiderme (camada externa) e derme (camada interna) (DOMANSKY; BORGES, 2012). Desse modo, com base na definição de pele, é possível para o enfermeiro arrolar os dois rótulos diagnósticos. Acrescentam-se outros elementos, como os sinais presentes no estudo de caso, que estão de acordo com características definidoras em ambos os diagnósticos: na Integridade da pele prejudicada (00046), inclui-se: rompimento da superfície da pele e como fator interno, a circulação prejudicada que é evidenciada pela presença de pulso tibial diminuído. Na Integridade tissular prejudicada (00044) a característica definidora é o tecido lesado (mucosas, pele ou tecido subcutâneo) e o fator relacionado, a circulação alterada.

Quadro 5 - Distribuição dos diagnósticos da categoria de alta acurácia diagnóstica, segundo os participantes, 2014.

Enfermeiros do Grupo A												Enfermeiros do Grupo B																				
Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Diagnóstico de Enfermagem CIPE®	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24							
Padrão respiratório ineficaz	x	x		x		x	x		x	x	x		Padrão respiratório prejudicado						x	x			x									
Risco de infecção	x		x	x		x	x	x			x		Risco de infecção					x		x	x	x										
Integridade da pele prejudicada	x		x	x	x	x	x						Integridade da pele prejudicada		x				x	x		x										
Integridade tissular prejudicada		x							x			x	Úlcera pequena no calcanhar	x					x													
													Ferida pequena no calcâneo																		x	x
													Erosão tissular				x															
Perfusão tissular periférica ineficaz		x		x	x			x					Perfusão tissular ineficaz							x												
Total	03	03	02	04	02	03	03	02	02	01	02	01	Total	01	01	01	00	02	02	04	01	02	01	01	01							

Desta maneira, o conceito de tecido lesado é caracterizado pelas alterações morfológicas e funcionais reversíveis, com perdas teciduais ou não e, na ocorrência de perdas, a lesão é classificada quanto à profundidade: em superficial, profunda parcial e profunda total (BRYANT, 2000). Assim, entende-se que a característica definidora de rompimento da superfície da pele, do diagnóstico de Integridade da pele prejudicada, encontra-se nesta classificação quanto à profundidade do tecido lesado. Desse modo, os dois diagnósticos podem ser rotulados para denominar uma necessidade de cuidado de enfermagem na pele.

Tal sobreposição leva à revisão do diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada, por Barros (2012), que propõe a seguinte alteração do enunciado e da definição deste diagnóstico: Integridade tecidual prejudicada, definida como: “Danos em membranas mucosas, córnea, pele, tecido subcutâneo, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, articulação, cápsula e/ou ligamento” (BARROS, 2012 p.98). Ainda, sugere a retirada do diagnóstico Integridade da pele prejudicada da taxonomia da NANDA-I, tendo em vista que a pele é uma estrutura tecidual contemplada no diagnóstico Integridade Tissular prejudicada (00044) da taxonomia da NANDA-I (2012-2014).

O diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) significa, “redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde” (NANDA-I 2012-2014, p.300). Das 17 características definidoras para este diagnóstico, quatro são citadas no estudo de caso: edema, pulso diminuído, dor em extremidade; e temperatura da pele (pele fria).

Retomando a descrição da frequência dos diagnósticos de alta acurácia por enfermeiro, verifica-se que no Grupo B, variou de um a três rótulos. Dos 12 profissionais, quatro (33,3 %) levantaram os diagnósticos de Risco de infecção e Integridade da pele prejudicada; 3 (25,0%), identificaram o diagnóstico Padrão respiratório prejudicado; dois (16,7%) elaboraram as afirmativas diagnósticas: Úlcera pequena no calcanhar e Ferida pequena no calcâneo. Apenas um (8,3%) enfermeiro elaborou os enunciados Erosão tissular e Perfusão tissular ineficaz.

De acordo com a CIPE[®], a definição para Risco de infecção (10015133) compreende “o risco de invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo” (CIPE[®], 2011). Na situação clínica analisada, os fatores de risco presentes são: acesso venoso periférico no membro superior

direito e a presença de ferida com exsudato moderado.

Tratando-se da existência de um problema no sistema tegumentar, as possibilidades de enunciados diagnósticos de alta acurácia elaboradas pelos enfermeiros foram: Integridade da pele prejudicada (10001290), significando que a condição da pele pode não estar íntegra, intacta ou diminuída; Úlcera pequena no calcanhar, com a definição do termo *Úlcera* (10020237) como uma ferida aberta ou lesão; perda da camada profunda do tecido; cratera circunscrita como lesão; diminuição do suprimento de sangue na área; tecido avermelhado de granulação; necrose gordurosa amarela; ferida com odor; inflamação ao redor da ferida; dores; desprendimento de tecido necrosado e inflamado associado a processo inflamatório, infeccioso ou maligno (CIE, 2011).

Na afirmativa diagnóstica Ferida pequena no calcâneo (10021178), conceitua-se o termo *Ferida* como: Lesão de tecido, normalmente associada a trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor. O diagnóstico de Erosão tissular (10019732), compreende na perda de epiderme, expondo papila dérmica (CIE, 2011). Assim, no estudo de caso, as informações relativas à presença de ferida de tamanho pequeno e arredondada na região do calcâneo, com exsudato moderado e pontos de granulação são pistas consistentes que possibilitam ao enfermeiro elencar uma dessas afirmativas diagnósticas apresentadas.

Quanto ao diagnóstico Padrão respiratório prejudicado (10001108), a definição é a atividade de autodesempenho prejudicada e na Perfusão tissular ineficaz (10001344), o conceito do termo *Perfusão tissular* do eixo foco, compreende: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, fluidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo (CIE, 2011). Chama-se atenção, que nem todos os termos do *foco* nem do *julgamento* estão descritos nesta classificação, o que dá liberdade ao enfermeiro de identificar outras características específicas que definam ou determinem a presença deste fenômeno.

5.2.2.1.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de alta acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®

Ao se considerar as correspondências dos diagnósticos de enfermagem rotulados por diferentes taxonomias, conclui-se que existem semelhanças de títulos de diagnóstico para as necessidades de cuidados de enfermagem citadas no estudo de caso referentes ao sistema respiratório, em especial na identificação dos diagnósticos Padrão respiratório ineficaz (00032) (NANDA-I, 2013) e Padrão respiratório prejudicado (10001108) (CIE, 2011).

Ao se analisar a pele como foco de cuidado, verifica-se a presença de diagnósticos de enfermagem real e diagnósticos de enfermagem de risco nas duas terminologias adotadas. Nas taxonomias da NANDA-I e CIPE®, o diagnóstico de risco identificado pelos enfermeiros é convergente entre as classificações quanto ao enunciado: Risco de infecção (00004) (NANDA-I, 2013) e Risco de infecção (10015133) (CIE, 2011). Todavia, o diagnóstico real que retrada alterações na pele aborda aspectos diferentes em cada terminologia. Pela taxonomia da NANDA-I, há duas possibilidades para elencar os diagnósticos: Integridade da pele prejudicada (00046) e Integridade tissular prejudicada (00044), como já exposto. Na CIPE®, ao adotar-se as combinações dos eixos *foco*, *juízo* e *localização*, as possibilidades de elaboração de enunciados diagnósticos aumentam: Integridade da pele prejudicada (10001290); Úlcera (10020237) pequena no calcanhar; Ferida (10021178) pequena no calcâneo; e Erosão tissular (10019732).

Já em relação ao conceito do diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) pela NANDA-I e Perfusão tissular ineficaz (10001344) na CIPE® há uma concordância na definição quando se refere à redução da circulação sanguínea periférica, em ambas as terminologias. Acrescenta-se que na CIPE® o conceito do diagnóstico Perfusão tissular ineficaz (10001344) cita sinais que são contemplados pela NANDA-I nas características definidoras do diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204).

Embasa essa análise a inserção desses diagnósticos nas respectivas taxonomias, conforme figuras a seguir (Figura 1 relativa à NANDA-I e Figura 2 referente à CIPE®). A Figura 1 apresenta, à guisa de ilustração, a localização nos

dois níveis da Taxonomia II: domínios e classes dos diagnósticos da categoria alta acurácia, uma vez que estes serão objeto de análise em relação à formulação das intervenções e resultados de enfermagem, posteriormente. Na Figura 2, visualiza-se a localização dos termos na árvore conceitual do eixo *foco* na CIPE® versão 2.0.

Figura 1 - Inserção dos diagnósticos de alta acurácia identificados pelo Grupo A na Taxonomia da NANDA-I.

A Figura 1 mostra os cinco diagnósticos de alta acurácia, localizados em dois dos treze domínios previstos na Taxonomia II da NANDA-I: Atividade/Repouso e Segurança/Proteção

No Domínio 4, a esfera de interesse é Atividade/Repouso, subdividida em cinco classes, destas, na quarta, que se trata de Respostas cardiovasculares/pulmonares, encontram-se os diagnósticos de Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) e Padrão respiratório ineficaz (00032).

Quanto ao Domínio 11, aborda a Segurança/proteção com uma subdivisão de seis classes. Na primeira Classe: Infecção, localiza-se o diagnóstico

de Risco de infecção (00004) e na Classe 2: Lesão física, os diagnósticos de Integridade da pele prejudicada (00046) e Integridade tissular prejudicada (00044).

Analisando a Figura 2, as sete declarações diagnósticas de alta acurácia elaboradas pelos participantes do Grupo B utilizaram os termos primitivos do eixo *foco*, localizados em um número de dois termos para os conceitos: STATUS; AÇÃO PROBLEMÁTICA; PROCESSO; e apenas um termo no conceito de FENÔMENO DE DIAGNÓSTICO E RESULTADO .

A definição do termo STATUS pelo (CIE, 2011 p.42) significa “condição de uma pessoa em relação aos outros; relativo à posição de uma pessoa”. Quanto ao conceito FENÔMENO DE DIAGNÓSTICO E RESULTADO, consiste em “fenômeno” (CIE, 2011 p.53). O conceito de AÇÃO PROBLEMÁTICA é definida como “ação” (CIE, 2011 p.73) e o conceito de PROCESSO, “uma série de funções ou ações para atingir um resultado” (CIE, 2011 p.80).

Diante do exposto, nota-se que há divergências entre as classificações quanto à possibilidade de declarações diagnósticas para arrolar problemas da pele. Fato este, justificado pela própria classificação da CIPE[®] por ser um sistema de terminologia combinatória com uma estrutura multiaxial. Por outro lado, evidenciam-se semelhanças na relação das declarações diagnósticas, pois ambas as classificações seguem a norma ISO 18104:2003. Para a construção de diagnósticos de enfermagem, uma vez que a estrutura diagnóstica proposta nas duas classificações é composta por descritores dos eixos *foco* e *julgamento* (MATA et al., 2012).

Figura 2. Localização dos termos na árvore conceitual do eixo Foco na CIPE® versão 2.0 dos diagnósticos de alta acurácia.

5.2.2.2 Diagnósticos de moderada acurácia

Esta categoria de acurácia diagnóstica foi observada apenas em três diagnósticos elaborados por participantes do grupo A, cuja distribuição está apresentada no Quadro 6. Observa-se que dois participantes rotularam o diagnóstico de Débito cardíaco diminuído e apenas um, o diagnóstico de Risco de intolerância.

Um diagnóstico de enfermagem é classificado na categoria de moderada acurácia quando as pistas presentes ou os sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem têm uma coerência baixa com os dados da avaliação; contudo, as pistas são altamente/moderadamente específicas para o diagnóstico em questão (MATOS; CRUZ, 2013).

Enfermeiros do Grupo A												
Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Débito cardíaco diminuído						x		x				
Risco de intolerância				x								
Total	00	00	00	01	00	01	00	01	00	00	00	00

Quadro 6 - Frequência dos participantes do Grupo A na categoria de moderada acurácia diagnóstica, 2014.

No estudo de caso 2, as evidências clínicas de pele fria, pulso periférico diminuído e edema foram classificadas como pistas moderadas e estas manifestações são características definidoras para o diagnóstico Débito cardíaco diminuído (00029) que significa: quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais (NANDA-I 2012-2014, p.290).

Pela presença de problemas respiratórios e circulatórios, ambas as pistas, são vistas como elementos fisiológicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo

para o diagnóstico de Risco de intolerância à atividade (00094), definido como: risco de ter energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas. (NANDA-I 2012-2014, p.293).

5.2.2.2.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de moderada acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®

Destaca-se que não foi possível realizar as convergências entre as terminologias nesta categoria de acurácia. Quanto ao ponto de divergência entre a NANDA-I e CIPE®, atenta-se para a taxonomia da NANDA-I, que parece facilitar aos enfermeiros a elaboração dos diagnósticos em virtude da comparação das pistas presentes no estudo de caso com as características definidoras do diagnóstico Débito cardíaco diminuído (00029) e com os fatores de risco, do diagnóstico de Risco de intolerância à atividade (00094). Possivelmente a taxonomia pode influenciar na elaboração de diagnósticos dessa categoria de acurácia.

5.2.2.3 Diagnósticos de baixa acurácia

Foram identificados dois diagnósticos construídos pelos enfermeiros que utilizaram a taxonomia da NANDA-I e seis afirmativas diagnósticas pela CIPE®. No grupo A o número de diagnósticos foi igual a oito (8) e no grupo B, um total de sete (7). Dos 12 profissionais do Grupo A, seis (50,0%) levantaram diagnósticos de baixa acurácia e no grupo B, um total de quatro (33,3%). A distribuição dos diagnósticos de baixa acurácia por participante de cada grupo é apresentada no Quadro 7.

Na categoria de baixa acurácia, as pistas existentes têm a relevância, a especificidade e a coerência baixas (MATOS; CRUZ, 2013).

Enfermeiros do Grupo A													Enfermeiros do Grupo B												
Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Diagnóstico de Enfermagem CIPE®	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Troca de gases prejudicada			x		x		x	x			x		Tosse produtiva				x						x		
Dor aguda			x	x				x					Edema periférico		x										
													Edema no membro inferior direito				x								
													Edema					x							
													Troca de gases prejudicada				x								
													Dor					x							
Total	00	00	02	01	01	00	01	02	00	00	01	00	Total	00	01	00	04	01	00	00	00	00	01	00	00

Quadro 7 - Frequência dos participantes dos grupos A e B na categoria de baixa acurácia diagnóstica

Assim, entende-se que o diagnóstico Troca de gases prejudicada rotuladas pelos enfermeiros tenha sido identificado pela presença de manifestações clínicas referentes ao sistema respiratório. Contudo, foi considerado de baixa acurácia porque as pistas presentes no estudo de caso não confirmam este diagnóstico.

De acordo com a NANDA-I (2012-2014, p. 270) o diagnóstico Troca de gases prejudicada (00030), é definido como: “excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar”. Alguns sinais das características definidoras deste diagnóstico estão presentes no estudo de caso: dispneia, respiração anormal (taquipnéia) e batimento de asa do nariz. No entanto, ainda nas características definidoras, inclui-se a presença de gases sanguíneos arteriais anormais, o que não se confirma com os resultados laboratoriais apresentados no estudo de caso ($\text{PaO}_2=90\text{mmHg}$ e $\text{PaCO}_2=40\text{mmHg}$).

Os valores laboratoriais da quantidade de oxigênio que os pulmões liberam no sangue (PaO_2) e do grau de eficiência com que os pulmões eliminam dióxido de carbono (PaCO_2) são obtidos pela gasometria e interpretados como normais quando os valores se encontram: PaO_2 : 80 a 100mmHg e PaCO_2 : 35 a 45mmHg (LEE ABRAMO et al. 2007). Nesse sentido, a partir da gasometria (determinação das pressões parciais de O_2 e CO_2) informa a adequação da ventilação alveolar e oxigenação do indivíduo (KANUNFRE, 2009).

Quanto ao diagnóstico Dor aguda (00132), este é conceituado como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (NANDA- I 2012-2014 p. 548). Acrescenta-se ainda que o início possa ser súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses. Com relação às características definidoras, apenas uma é citada no estudo de caso; o relato de dor ao elevar as pernas, que é verbalizado em um único momento.

A dor é uma experiência multidimensional compreendida nos aspectos cognitivos, emocionais e sensoriais, avaliada pela intensidade/gravidade; quantidade; manifestação e duração dos sintomas da dor; localização e consequências de longo prazo. Classifica-se em dois tipos: dor fisiológica ou nociceptiva e dor patológica. No caso da dor fisiológica, esta é ativada pelo dano tecidual potencial ou presente, que diminuirá conforme cicatrização da área danificada. Já na dor patológica, conhecida como dor neuropática, esta é

caracterizada pela ausência de necessidade de estímulos nocivos que produzem a sensação dolorosa (HERDMAN, 2013).

Outra definição fisiológica da dor considera ser numa percepção relatada pela experiência sensorial e emocional, descrita pela sua intensidade, pela agressão ou danos sofridos no tecido onde foi gerada. Tratando-se da intensidade da dor classifica-se em aguda, rápida ou primária sendo ativada quando o tecido é cortado, golpeado, excessivamente resfriado ou aquecido. Na dor crônica ou lenta, também denominada de dor pulsante (ou latejante), em queimação ou nauseante, é resultado da liberação de elementos químicos pelo tecido lesado ou por agentes pró-inflamatórios nas terminações receptoras. Ressalta-se que a dor lenta não é precisamente localizada no corpo (GASPAROTTO, 2009).

Na ocorrência de destruição tecidual, há o desencadeamento da reação inflamatória neurogênica acompanhada da reação inflamatória primária, com liberação de peptídeos (substância P- SP e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina-CGRP), que produzem vasodilatação, aumento da permeabilidade vascular, induzindo um processo inflamatório e edema local (GASPAROTTO, 2009).

Diante do exposto, o relato verbal de dor ao elevar as pernas presente no estudo de caso, foi considerado uma pista de baixa relevância, especificidade e coerência, por se entender que o sintoma faz parte do processo inflamatório e cicatricial de um tecido lesado, sendo contemplado pelo diagnóstico de Integridade da pele prejudicada ou Integridade tissular prejudicada. Outra justificativa para a baixa relevância é possível, por se tratar de um único relato da presença de dor, o qual não é investigado ao longo do exame físico.

Retomando a descrição do número de diagnóstico por enfermeiro, no grupo B, observa-se que um participante elaborou quatro afirmativas diagnósticas: Tosse produtiva; Edema do membro inferior direito; Troca de gases prejudicada; e Dor. Os demais profissionais identificaram um diagnóstico de baixa acurácia cada: Tosse produtiva ; Edema periférico ; Edema .

Pela CIPE[®], Tosse produtiva apresenta como definição do termo Tosse (10005249) um processo do sistema respiratório prejudicado em que ocorre a expulsão súbita do ar dos pulmões para as vias aéreas. Esse diagnóstico foi considerado de baixa acurácia por ter apenas uma pista no estudo de caso, obtida no histórico pelo relato do paciente.

No caso das declarações diagnósticas Edema periférico, Edema do

membro inferior direito e Edema, o conceito advém do termo Edema (10013627) do eixo foco, que consiste em retenção hídrica, no acúmulo excessivo de líquidos corporais em espaços tissulares, retenção de líquidos corporais, inchaço do tecido periférico das extremidades inferiores na posição vertical, inchaço do tecido renal na posição supina; o edema central acompanhado por respiração curta, alterações no padrão respiratório ou ruídos respiratórios anormais (CIE, 2011). Tratando-se do sinal de edema no membro inferior descrito no estudo de caso, nesta situação, a evidência clínica é em decorrência da fisiologia do reparo tissular da fase inflamatória caracterizada por sinais típicos do processo inflamatório localizado (dor, rubor, calor, tumor-edema) (GASPAROTTO, 2009; MENEGHIN; VATTIMO, 2003).

Para o diagnóstico Troca de gases prejudicada (10001177), o termo Troca de gases (10008309) do eixo *foco*, é definido como: troca alveolar de oxigênio e dióxido de carbono; equilíbrio na perfusão ventilatória, associado à eficácia da respiração, coloração da pele e nível de energia. Na associação do termo “prejudicada” do eixo julgamento ao *termo troca de gases*, a declaração diagnóstica emite o significado de um comprometimento na troca alveolar de oxigênio e dióxido de carbono.

Na afirmativa de diagnóstico Dor (10023130), a definição deste termo no eixo *foco* (10013950) compreende em percepção prejudicada em relação ao aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.

Nos diagnósticos Troca de gases prejudicada (10001177) e de Dor (10023130), as justificativas de classificá-los na categoria de baixa acurácia foram esplanadas anteriormente.

5.2.2.3.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de baixa acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®

As convergências entre as terminologias verificam-se na definição dos diagnósticos Troca de gases prejudicada (00030) pela NANDA-I e Troca de gases prejudicada (10001177) utilizando a CIPE®. Ao comparar o conceito do diagnóstico Dor aguda (00132) associado às características definidoras em relação ao diagnóstico Dor (10023130) pela CIPE®, há pontos de convergência entre os conceitos; o que os diferencia é o aspecto do tempo em que ocorre este diagnóstico com duração menos de seis meses.

O ponto de divergência atrela-se ao título do diagnóstico pela NANDA-I, que classifica o diagnóstico em Dor aguda e a CIPE®, o próprio termo Dor tem a conotação implícita de *foco* e *juízo*, podendo ainda ser acrescido de outros termos do eixo tempo para classificar quanto à duração; frequência; início; situação; momento ou intervalo de tempo e sequência do tempo.

5.2.2.4 Diagnósticos de acurácia nula

Verifica-se no (grupo A) que sete (58,33%) dos enfermeiros construíram um a dois diagnósticos de acurácia nula; já no grupo B, observa-se que um único participante (8,3%) não elaborou afirmativa(s) diagnóstica(s) de acurácia nula (Quadro 8).

De acordo com Matos e Cruz (2013), um diagnóstico é considerado com uma acurácia nula quando não há pistas que indiquem o diagnóstico analisado.

Dos 11 títulos de diagnósticos elaborados pelos enfermeiros do grupo A na categoria nula acurácia, apenas quatro , diagnósticos padronizados pela NANDA-I são definidos: Volume de líquidos excessivos; Risco de disfunção neurovascular periférica; Intolerância à atividade; e Conforto prejudicado.

Os sinais de edema e dispneia das características definidoras do diagnóstico Volume de líquidos excessivos (00026), que significa retenção

aumentada de líquido isotônicos, não foram considerados pertinentes para este diagnóstico (NANDA-I 2012-2014), sendo um sinal presente em razão não apenas do problema encontrado no sistema respiratório como do processo inflamatório da ferida, no membro inferior direito.

Já o Risco de disfunção neurovascular periférica (00086) (NANDA-I 2012-2014), trata-se do risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade. Neste diagnóstico, o fator de risco quanto à compressão mecânica (curativo), não poderia ser identificado porque no estudo de caso não consta o tipo de cobertura adotada.

Em relação ao diagnósticos Intolerância à atividade (00092), que diz respeito à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades requeridas ou desejadas, e Conforto prejudicado (00214), que compreende a falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social (NANDA-I 2012-2014), ambos foram refutados por apresentarem evidência da capacidade de desempenhar atividades motoras, no estudo de caso 2.

Enfermeiros do Grupo A													Enfermeiros do Grupo B												
Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Diagnóstico de Enfermagem CIPE®	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Volume de líquidos excessivos;								x	x				Dispneia severa;									x		x	x
Intolerância a atividade								x					Dispneia		x										
Risco de disfunção neurovascular;				x									Dispneia de repouso	x											
Perfusão tissular ineficaz;							x						Mobilidade física prejudicada							x					
Conforto prejudicado;				x									Mobilidade prejudicada								x				
Déficit de autocuidado;							x						Dor na ferida	x											
Potencial para temperatura elevada;									x				Risco de infecção pulmonar	x											
Risco de função respiratória ineficaz;												x	Ferida infectada				x								
Risco de hipertermia Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz.											x	x	Dor isquêmica Perfusão tissular cardíaca alterada					x			x				

continua...

Enfermeiros do Grupo A														Enfermeiros do Grupo B											
Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Diagnóstico de Enfermagem CIPE®	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dor						x							Atividade física prejudicada							x					
													Oxigenoterapia								x				
													Acesso venoso periférico								x				
													Insuficiência respiratória									x			
													Capacidade de autocuidado prejudicado												
													Risco de pneumonia								x		x		
													Processo respiratório prejudicado (dispneia)					x							
Total	00	00	00	02	00	01	02	02	02	00	01	02	Total	03	01	00	01	02	01	01	04	03	01	01	01

conclusão.

Quadro 8-Frequência dos participantes dos grupos A e B na categoria nula acurácia diagnóstica.

No grupo B os enfermeiros totalizam a elaboração de 17 diagnósticos; destes, cinco estão presentes na CIPE®: dispnéia; dor na ferida; dispneia de repouso; dor isquêmica; e perfusão tissular cardíaca alterada.

A justificativa para contrapor o diagnóstico de Dispneia (10029433) conceituado como um movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade à afirmativa diagnóstica Dispneia de Repouso (10029422) definida como respiração curta durante o repouso e em posições confortáveis, baseia-se no fato de que a pista apresentada no estudo de caso 2 em relação à dispneia é, uma evidência que faz parte do diagnóstico de Padrão respiratório prejudicado. Acrescenta-se ainda, que o estudo de caso não menciona o grau de oxigenação, verificado pela oximetria de pulso ou de dedo. A oximetria consiste em um método indireto, não invasivo, que fornece uma leitura digital da saturação da hemoglobina arterial (KANUNFRE, 2009).

No caso do diagnóstico Dor na ferida, assim como do diagnóstico Dor (10023130), ambos foram abordados anteriormente, tendo sido categorizados como acurácia nula por não ter relato no estudo de caso 2 da presença de dor na ferida: apenas a queixa de dor ao elevar as pernas. Tratando-se da Dor isquêmica (10010896), esta é definida como uma dor vascular originada por suprimento reduzido de sangue periférico, associada à doença vascular periférica e, à diminuição da corrente sanguínea, e associada, também a aparelhos ortopédicos ou outros objetos apertados, suprimento sanguíneo insuficiente, tal como em doenças arteriais oclusivas e trauma cirúrgico; a dor isquêmica é muitas vezes descrita como intensa e excruciante (CIE, 2011). Por meio do conceito do enunciado diagnóstico, o estudo de caso não apresenta indícios para comprovar a existência deste diagnóstico de enfermagem.

Quanto ao diagnóstico Perfusão tissular cardíaca alterada, o termo Perfusão tissular (10019745) do eixo *foco* é definido como: circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, fluidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo. Como a localização deste problema se refere ao funcionamento cardíaco, não há pistas descritas no estudo de caso 2 que apontem uma redução da circulação nesta área.

5.2.2.4.1 Convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem de nula acurácia elaborados por enfermeiros empregando as taxonomias NANDA-I e CIPE®

Na análise dos títulos dos diagnósticos em conformidade a NANDA-I ou a CIPE®, atenta-se para a diversidade de rótulos elaborados nessa categoria de acurácia diagnóstica, sobretudo na CIPE®. Notam-se, em ambas as terminologias, o número de diagnósticos elaborados pelos participantes que não estão registrados literalmente como formulados, o que faz refletir se os participantes têm dificuldade para aplicar a terminologia, se há um desconhecimento dessas classificações de enfermagem, ou ainda se estão adotando mais de uma terminologia.

As possibilidades de se construir afirmativas diagnósticas pela CIPE® constituem um aspecto a ser refletido, no sentido de se ter cautela ao analisar se o(s) termo(s) do eixo *foco*, são representativos de um diagnóstico de enfermagem ou são um sinal ou sintoma de que podem ser contemplados em uma declaração diagnóstica com maior exatidão de acurácia diagnóstica.

5.2.3 Convergências e divergências dos rótulos de diagnósticos elaborados pelos enfermeiros mediante a utilização das taxonomias da NANDA-I e da CIPE®

A análise das convergências e divergências das declarações diagnósticas elaboradas por enfermeiros dos grupos A e B, por meio da NANDA-I e CIPE® foi possível pela aplicação do estudo de caso, quando este estudo forneceu as informações padronizadas para todos os participantes.

Outro fator que contribuiu para a comparação das semelhanças e diferenças dos rótulos de diagnósticos, por meio da adoção de terminologias diferentes para uma mesma situação clínica, foi a aplicação de uma escala para classificar as declarações em alta, moderadas, baixas e nulas de acurácia diagnóstica. Encontrou-se, no grupo que empregou a classificação da NANDA-I, predomínio dos diagnósticos de alta acurácia (54,9%), seguindo-se os de acurácia

nula (23,5%), baixa acurácia (15,7%) e moderada acurácia (5,9%); já no grupo que empregou a CIPE® houve predomínio dos diagnósticos de nula acurácia (44,2%) seguindo-se os de alta acurácia (39,5%), baixa acurácia (16,5%) e nenhum de moderada acurácia.

Assim, as convergências nas declarações diagnósticas entre a NANDA-I e CIPE® estiveram presentes, principalmente na categoria de alta acurácia ao identificarem necessidades de cuidados de enfermagem para o sistema respiratório, tegumentar e circulatório. Nota-se que a redação dos rótulos pelas terminologias adotadas tem similaridade no enunciado e no conceito. A precisão dos diagnósticos arrolados pelos profissionais de ambos os grupos é confirmada pela presença de evidências clínicas que confirma a exatidão dos diagnósticos identificados.

Para Lunney (2004), o processo diagnóstico de enfermagem envolve desde o reconhecimento da existência de evidência e da análise mental dos possíveis diagnósticos. Neste sentido, para esta categoria de acurácia, os resultados mostram que os profissionais reconheceram mentalmente as evidências definidoras de uma(s) unidade(s) de dado(s), exploraram e identificaram, dentre um conjunto de sinais e sintomas, um único diagnóstico plausível para as evidências apresentadas para cada sistema corporal.

Ainda nesta categoria, o que difere entre as terminologias para nomear problemas de saúde relacionados à pele é a, possibilidade maior apresentada pela CIPE® de elaboração de afirmativas diagnósticas em relação à NANDA-I, justificada pela diversidade de termos primitivos no eixo *foco* que pode ser adotado para representar esta área que necessita de cuidados de enfermagem.

Nas demais categorias, exceto a moderada, o número expressivo de rótulos identificados com baixa e nula acurácia diagnóstica foi arrolado pelos profissionais, principalmente pelos participantes do grupo B. De acordo com Lunney (2004), desde a metade dos anos de 1960, pesquisadores têm mostrado que as interpretações de casos clínicos podem variar amplamente entre os enfermeiros com as mesmas informações. Em outro estudo, Lunney (2008) analisou as publicações efetuadas no período de 1966 e 2006 e verificou percentuais significativos de diagnósticos de enfermagem de baixa acurácia entre os enfermeiros, em razão da diversidade de interpretações dos dados clínicos.

Segundo Carvalho e Jesus (2010), o processo diagnóstico é uma atividade complexa, que é concluída com a denominação da inferência realizada

pelo profissional ou pelo aluno sobre uma dada situação clínica. A inferência diagnóstica pode apresentar acurácia diferentes entre os profissionais, e isso pode estar associado às encontradas no processo de ensino, nas instituições formadoras, como na falta de exigência por parte das instituições de saúde. Diante da quantidade de afirmativas diagnósticas pela CIPE® nas categorias de baixa e nula acurácia, pressupõe-se que no momento do pensamento produtivo divergente, ao reconhecer a existência de evidências clínicas no estudo de caso e ao analisar mentalmente os possíveis diagnósticos, a terminologia possa ter favorecido um número maior de declarações diagnósticas elaboradas, pela combinação de um termo primitivo do eixo *foco* associado a um termo do eixo *julgamento* ou um descritor com função implícita no eixo *foco* e *julgamento*, ao considerarem os sinais clínicos presentes no estudo de caso como possíveis diagnósticos.

Cabe lembrar que o pensamento produtivo divergente tem a finalidade de realizar uma ampla procura de hipóteses diagnósticas; e o pensamento produtivo convergente procura a possível explicação quando os dados forem suficientes para fazê-lo (LUNNEY, 2004). Nesse sentido, acredita-se que a utilização da taxonomia da NANDA-I venha contribuir na precisão diagnóstica pelo pensamento produtivo convergente, ao considerar as características definidoras plausíveis para nomear um diagnóstico.

5.2.4 Considerações sobre os rótulos diagnósticos elaborados pelos participantes dos grupos A e B

No presente estudo, apontam-se alguns pontos de reflexão para o aprofundamento e aprimoramento do uso das taxonomias para documentar uma das etapas do Processo de Enfermagem que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem.

Oito deles, fez referência ao fato 66,6% dos profissionais do Grupo A e 58,3% enfermeiros do Grupo B se autoavaliaram na habilidade de fazer diagnóstico acurado em 70% ou mais, fato este, que deve ser analisado considerando os dados do estudo, que mostra uma diversidade de rótulos elaborados pelos profissionais dos grupos, que elucida as diferentes inferências diagnósticas para os problemas

apresentados no estudo de caso, bem como demonstra a presença de baixa precisão dos diagnósticos em ambos os grupos.

A reflexão parte do princípio de que os profissionais se classificam como diagnosticadores de excelência e esta autoconfiança precisa ser discutida entre os pares em reuniões científicas ou encontros de educação na própria instituição de ensino ou de saúde com a finalidade de proporcionar um automonitoramento sobre a capacidade de estabelecer diagnósticos precisos. Outro aspecto a ser considerado é que os participantes da pesquisa têm um papel formador na instituição de ensino, do mesmo modo como ocorre ao receberem o graduando em Enfermagem no serviço em saúde. Talvez, esse dado do estudo sobre a baixa precisão diagnóstica seja uma realidade ainda velada em outros cenários de cuidado e de formação profissional.

Cale ressaltar também que os participantes da pesquisa apresentaram nos rótulos diagnósticos uma linguagem coloquial, ainda que as instituições de ensino ou de saúde tenham uma padronização de uma linguagem implementada seja com a NANDA-I ou a CIPE®, revelando a dificuldade que os profissionais têm no uso dessas terminologias. Dessa forma, percebe-se a necessidade de atualização quanto ao raciocínio diagnóstico e ao emprego das taxonomias para nomear os diagnósticos com uma alta precisão. Para Herdman (2013), não basta adotar uma linguagem padronizada para se obter uma comunicação segura e concisa; é preciso ter o entendimento dos principais conceitos da prática de enfermagem, como o diagnóstico de enfermagem e as teorias/modelos subjacentes.

Diante disso, a reflexão também transita na Resolução nº358/2009, que dispõe acerca da obrigatoriedade da implementação do Processo de Enfermagem nos ambientes públicos e privados. Tal obrigatoriedade, não garante uma documentação com as reais necessidades do indivíduo, podendo levar a um conjunto de informações que não sejam representativos das especificidades de cuidado de uma unidade, de uma região ou de um país.

Desta forma, algumas estratégias são sugeridas para o fortalecimento do conhecimento de enfermagem: a inserção dos conteúdos sobre raciocínio diagnóstico, estratégias de pensamento para desenvolvimento da habilidade diagnóstica e utilização das taxonomias NANDA-I e CIPE® para rotular diagnóstico de enfermagem, no âmbito da graduação e pós-graduação; promover discussões científicas; e fomentar pesquisas utilizando o método de estudo de caso para desenvolver as habilidades diagnósticas.

5.3 Resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros

Os enfermeiros do grupo A e do grupo B selecionaram um resultado de enfermagem esperado para cada diagnóstico de enfermagem. Para o presente relato analisaram-se apenas os resultados esperados, arrolados para os diagnósticos de alta acurácia. Estão sendo considerados 25 diagnósticos de enfermagem do Grupo A e do Grupo B.

Portanto, no grupo A foram elaborados 25 resultados de enfermagem e no grupo B oito declarações; os grupos não adotaram a terminologia solicitada; e o resultado identificado foi mapeado com base nos diagnósticos da NANDA-I ou da CIPE[®], segundo o grupo dos participantes, conforme descrito no método.

Cabe lembrar que, no Brasil, o uso desta etapa (identificação de resultados esperados) no planejamento do cuidado de enfermagem tem sido ensinado nas escolas associando-se às metas e objetivos, com redação livre, como uma das etapas do Processo de Enfermagem. É recente e ainda restrito o uso das terminologias de resultados esperados. Uma revisão integrativa realizada por Luzia, Costa e Lucena (2013), em relação à produção científica no âmbito nacional sobre o ensino das etapas do processo de enfermagem, mostra que no período entre 1993 e 2011 não foram encontradas publicações específicas das etapas de planejamento e avaliação de resultados.

5.3.1 Resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros do grupo A

Com base no mapeamento e refinamento dos dados, apresenta-se em quadros ilustrativos a correspondência dos resultados de enfermagem propostos na NOC os resultados de enfermagem identificados pelos enfermeiros do grupo A, seguido do conceito, indicadores, escores e categorização dos termos.

5.3.1.1 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem elegidos pelos enfermeiros para o diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz (00032) da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC

Para o diagnóstico o Padrão respiratório ineficaz (00032), os termos mencionados pelo grupo A arrolavam sete enunciados de resultados esperados. Esses resultados apresentam correspondência ao Resultado da NOC (0415) Estado Respiratório.

O Estado Respiratório (0415) compreende o movimento de ar que entra nos pulmões, sai, e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível de alvéolos. Encontra-se no Domínio: Saúde Fisiológico (II), Classe: Cardiopulmonar (E), com duas escalas graduadas em: Desvio grave da variação normal (escala b) e Grave a Nenhum (escala n).

Os resultados informados pelos enfermeiros podem ser mapeados sob seis diferentes indicadores (Quadro 9) com aplicação de escores que podem variar no valor de 1 a 5, significando que o quinto ponto reflete a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado: Frequência Respiratória (041501); Ritmo Respiratório (041502); Profundidade da Inspiração (041403); Ausculta de sons respiratórios (041504); Uso de músculos acessórios (041510); Sons respiratórios adventícios (041522).

O indicador Frequência Respiratória (041501) com escore 5 foi categorizado como similar ao resultado de enfermagem formulado pelo profissional ("Paciente retornará à frequência respiratória normal"). Os indicadores Frequência Respiratória (041501), com escore 5, Ritmo Respiratório (041502) e Profundidade da Inspiração (041403) com os escores de 3 a 5 têm um caráter mais abrangente em relação aos resultados de enfermagem rotulados pelos enfermeiros ("Estabelecer um padrão respiratório eficaz; Paciente deverá apresentar frequência respiratória dentro dos parâmetros normais; Melhora do padrão respiratório e Estabelecerá um padrão respiratório normal e eficaz").

O indicador Ausculta de sons respiratórios (041504), com escore 5 (Nenhum desvio da variação normal) e Sons respiratórios adventícios (041522), com escore 5 (Nenhum), foram considerados similares ao resultado elaborado pelos

participantes (“Ausculta sem alteração de ruídos adventícios”). Os indicadores Uso de músculos acessórios (041510) e Sons respiratórios adventícios (041522) com escore igual a 5 têm um sentido mais restrito em relação ao que foi elaborado pelo enfermeiro (“Evidenciado por dispnéia, taquipneia e batimento da asa do nariz e utilização dos músculos acessórios”).

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz (00032): Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA- I, 2012-2014, p.294)		
Resultados de Enfermagem pela NOC	Indicador	Resultado de Enfermagem formulado pelo enfermeiro
Estado respiratório (0415)	Frequência respiratória (041501)	Paciente retornará a FR normal
	Frequência respiratória (041501)	Estabelecer um padrão respiratório eficaz
	Ritmo Respiratório (041502)	Paciente deverá apresentar frequência respiratória dentro dos parâmetros normais
	Profundidade da Inspiração (041403)	Melhora do padrão respiratório
		Estabelecerá um padrão respiratório normal e eficaz
		Paciente referirá conforto respiratório
	Ausculta de sons respiratórios (041504)	Ausculta sem alteração de ruídos adventícios
	Sons respiratórios adventícios (041522)	
	Uso de músculos acessórios (041510)	Evidenciado por dispnéia, taquipnéia e batimento da asa do nariz e utilização dos músculos acessórios.
	Sons respiratórios adventícios (041522)	

Quadro 9 - Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros de acordo com os resultados propostos pela NOC, para o Diagnóstico Padrão respiratório ineficaz (00032).

Vale relembrar as manifestações clínicas relacionadas ao sistema respiratório evidenciadas no estudo de caso que compreendem: presença de estertores no hemitórax direito, dispneia, taquipneia, batimento da asa do nariz e utilização dos músculos acessórios. Diante dos sinais apresentados, considera-se que para se obter os resultados eleitos pelos enfermeiros, o profissional precisa

realizar o exame físico para avaliar a condição respiratória pela técnica de inspeção e ausculta.

Pela inspeção verificam-se as incursões respiratórias por minuto, a amplitude ou profundidade de expansão e ritmo. Já na ausculta avalia-se o fluxo aéreo pela árvore traqueobrônquica atentando-se para ausculta de ruídos adventícios (BOTURA, 2010). Realizar o acompanhamento do indivíduo pelo exame físico associado ao uso de indicadores possibilita uma avaliação mais criteriosa acerca do problema tornando visíveis os efeitos das ações de cuidado para o alcance dos melhores resultados.

5.3.1.2 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos pelos enfermeiros para o diagnóstico Risco de infecção (00004), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC

Para o diagnóstico Risco de infecção (00004), 5 resultados eleitos pelos enfermeiros foram correspondentes a 4 resultados associados aos fatores de risco sugeridos pela NOC: Estado imunológico (0702), Detecção de risco (1908), Integridade tissular: pele e mucosas (1101), Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) descritos no Quadro 10.

O Estado imunológico (0702) compreende a resistência natural e adquirida, adequadamente voltada a antígenos internos e externos. Na taxonomia da NOC encontra-se no Domínio: Saúde Fisiológica (II), na Classe: Resposta Imunológica (H), com duas escalas. Apenas a primeira escala com mensuração de escore que varia de 1 (Gravemente comprometido) a 5 (Não comprometido) contemplava o estudo. Dentre os 16 indicadores uma foi correspondente: Temperatura Corporal (70207) (MOORHEAD et al., 2013; MOORHEAD, 2010).

O indicador Temperatura Corporal (70207) foi categorizado como similar ao do resultado esperado redigido pelo profissional (“Não apresentará febre”) quando o escore obtido corresponder ao valor 5. O resultado Detecção do Risco (1908) refere-se ações pessoais para identificar ameaças pessoais à saúde. Na NOC, localiza-se no Domínio: Conhecimento e Comportamento de Saúde (IV), na

Classe: Controle de Risco e Segurança (T) com uma escala de 12 indicadores graduada em 1(Nunca demonstrado) a 5 (Consistentemente demonstrado) (MOORHEAD et al., 2013; MOORHEAD, 2010).

Dentre os indicadores, apenas a Identificação de riscos potenciais à saúde (190802) com um escore 5, teve correspondência, com uma denotação similar ao resultado elaborado pelo enfermeiro (“O paciente irá verbalizar que compreende os fatores causadores de risco pessoais e identificará as intervenções para reduzir o risco de infecção”).

No resultado sugerido pela NOC, Integridade Tissular: pele e mucosas (1101), o termo é definido como a integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas. Encontra-se na NOC, no Domínio: Saúde Fisiológica (II), Classe: Integridade Tissular (L), com duas escalas que variam de 10 a 12 indicadores respectivamente. Foi mapeado um indicador Tecido Cicatricial (110117). Este teve a conotação de ser mais abrangente em relação ao resultado redigido pelo enfermeiro (“Apresentará cicatrização da ferida em calcâneo direito dentro do prazo previsto”), quando a graduação tem um escore de 2 (Substancial), 3 (Moderado) e 4 (Leve).

Quando o participante da pesquisa elaborou o resultado de enfermagem: “Cicatrização da ferida dentro do previsto, sem secreção purulenta e febre” foram necessários dois resultados sugeridos pela NOC para o mapeamento: Integridade Tissular: pele e mucosas (1101) e Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103).

Os indicadores: Integridade Tissular: pele e mucosas (1101) ao empregar o indicador Tecido Cicatricial (110117) com os escores 2(Substancial), 3 (Moderado) e 4 (Leve); e Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) ao utilizar o indicador Drenagem purulenta (110303) com os escores 2 (Substancial), 3 (Moderado), 4 (Limitado) e 5 (Nenhum), foram categorizados com um sentido mais abrangente do que o resultado eleito pelo profissional.

O resultado elaborado pelos enfermeiros que versa sobre a “Cicatrização da ferida dentro do previsto, sem secreção purulenta e nem eritema” foi correspondente ao resultado sugerido pela NOC, Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) ao utilizar os indicadores Drenagem purulenta (110303) e Eritema do tecido ao redor da ferida (110307) com os escores 2 (Substancial), 3 (Moderado), 4 (Limitado) e 5 (Nenhum). Em ambos os indicadores foram classificados como um termo mais abrangente do que o que foi usado pelos profissionais.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção (00004): Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA- I, 2012-2014, p.485)		
Resultados de Enfermagem pela NOC	Indicador	Resultado de Enfermagem formulado pelo enfermeiro
Estado imunológico (0702)	Temperatura corporal (070207)	Não apresentará febre
Detecção de risco (1908)	Identificar riscos potenciais à saúde (190802)	O paciente irá verbalizar que compreende os fatores causadores de riscos pessoais e identificará as intervenções para reduzir o risco de infecção.
Integridade tissular: pele e mucosas (1101)	Tecido cicatricial (110117)	Apresentará cicatrização da ferida em calcâneo direito dentro do prazo previsto.
		Apresentará cicatrização da ferida dentro do previsto, não terá secreção purulenta e não apresentará febre.
Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103)	Drenagem purulenta (110303)	
Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103)	Drenagem purulenta (110303) Eritema no tecido ao redor da ferida (110307)	Não terá secreção purulenta nem eritema.

Quadro 10 - Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros de acordo com a NOC, para o Diagnóstico de Risco de infecção (00004).

A atuação do enfermeiro na prevenção de infecção é alicerçada no exame físico, ao avaliar o estado geral do indivíduo pela identificação dos fatores de risco. No estudo de caso, os fatores de risco abrangem a pele, incluindo tanto o rompimento da integridade como a inserção de cateter intravenoso e a presença de ferida. Desse modo, os resultados esperados redigidos pelos profissionais versam sobre um resultado positivo em relação ao reparo do tecido cicatricial.

Assim, para minimizar o tempo de cicatrização da ferida é preciso estabelecer algumas medidas, dentre elas, o processo de limpeza para remover fragmentos de tecido necrosado, excesso de exsudato e, remoção de todos os agentes inflamatórios com a finalidade de promover um ambiente favorável à cicatrização (CARMO et al., 2007; YAMADA, 2003).

Vale ressaltar a importância da palpação para identificar alterações na temperatura corporal e presença de sinais sugestivos de um processo inflamatório

como rubor, tumor, dor e calor (GUIMARÃES et al., 2010). Outra abordagem a ser considerada é explicar ao paciente o tratamento a ser implementado, a fim de garantir a adesão do mesmo.

Diante do exposto, verifica-se que os resultados sugeridos pela NOC mapeados com os resultados esperados elaborados pelos participantes são justificados pela literatura.

5.3.1.3 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC

Para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046), encontram-se seis resultados elaborados pelos enfermeiros, os quais foram mapeados para dois resultados sugeridos pela NOC. Um resultado para resolução do diagnóstico referente à Integridade Tissular: pele e mucosa (1101) e outro para medir os resultados direcionados para as características definidoras (Quadro 11): Cicatrização de Feridas: segunda intenção (1103) (MOORHEAD et al. 2013). Ackley e Ladwing (2014), também propõem o mesmo resultado proposto pela NOC para o diagnóstico citado.

Na Integridade Tissular: pele e mucosa (1101), discutida anteriormente, os indicadores mapeados foram: Integridade da pele (110113); Tecido cicatricial (110117) e Lesões da pele (110115).

O indicador Integridade da pele (110113) tem um caráter mais abrangente em relação ao registrado pelo enfermeiro que elaborou a sentença “Integridade da pele melhorada” quando obtém escores 3 (Moderadamente comprometido) e 4 (Levemente comprometido).

Em relação ao indicador Lesões da pele (110115), este também é mais abrangente, comparado aos resultados elaborados pelos participantes: “Terá cicatrização no tempo oportuno da ferida em calcâneo direito” e “O Cliente deverá apresentar cicatrização da ferida na região do calcâneo no tempo esperado e sem complicações” quando a graduação ocorre no valor de 2(Substancial), 3 (Moderado)

e 4 (Leve). Quanto ao indicador Tecido cicatricial (110117), este é considerado mais abrangente, comparado ao resultado eleito pelo profissional “Que o paciente apresente melhora da lesão na pele” ao obter escore 2(Substancial), 3 (Moderado) e 4 (Leve).

Outro resultado sugerido pela NOC atrela-se na medição das características definidoras: Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103), já descrita anteriormente. Neste resultado pela NOC, o indicador Tamanho reduzido da ferida (110321) é considerado mais abrangente frente ao resultado elaborado pelo participante: “Apresentará a ferida com redução do diâmetro e da profundidade sem sinais de infecção” quando a graduação obtida se apresentar no valor de 2 (Limitado), 3(Moderado) e 4 (Substancial).

Ao se analisar o resultado redigido pelo enfermeiro que se refere ao “Exsudato moderado e pontos de granulação”, encontra-se que este foi correspondente ao resultado apresentado pela NOC, Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) com a seleção de 5 indicadores de caráter mais abrangente: Granulação (110301), com escores 2 (Limitado), 3(Moderado) e 4 (Substancial); quanto ao indicador Drenagem purulenta (110303), Drenagem serosa (110304), Drenagem sanguínea (110305) e Drenagem serossanguinolenta (110306), todos têm a conotação mais abrangente quando o escore se encontra no valor de 4(Limitado) e 5(Nenhum).

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada (00046): Epiderme e/ou derme alteradas (NANDA-I, 2012-2014 p.494)		
Resultados de Enfermagem pela NOC	Indicador	Resultado de Enfermagem formulado pelo enfermeiro
Integridade tissular: pele e mucosas (1101)	Integridade da pele (110113)	Integridade da pele melhorada
	Tecido cicatricial (110117)	Terá cicatrização no tempo oportuno da ferida em calcâneo direito.
		O cliente deverá apresentar cicatrização da ferida na região do calcâneo no tempo esperado e sem complicações.
	Lesão da pele (110115)	Que o paciente apresente melhora da lesão na pele
Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103)	Tamanho reduzido da ferida (110321)	Apresentará a ferida com redução do diâmetro e da profundidade sem sinais de infecção
	Granulação (110301)	Exsudato moderado e pontos de granulação
	Drenagem purulenta (110303)	
	Drenagem serosa (110304)	
	Drenagem sanguínea (110305)	
	Drenagem serossanguinolenta (110306)	

Quadro 11 - Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros, de acordo com os propostos pela NOC, para o Diagnóstico Integridade da pele prejudicada (00046).

Para se alcançar os resultados desejados elaborados pelos profissionais para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada (00046), é preciso que o enfermeiro tenha entendimento da fisiologia do processo cicatricial.

Assim, o reparo tissular, ou a cicatrização significa a cura de uma ferida por reparação ou regeneração dos tecidos evoluindo em três fases distintas. A primeira trata-se da fase inflamatória caracterizada por sinais típicos do processo inflamatório, como a presença de edema, eritema, dor e calor; a segunda corresponde à fase proliferativa, momento em que ocorre a epitelização, a neovascularização e a síntese de colágeno; posteriormente, a fase reparadora ou maturação, caracterizada pela diminuição progressiva da vascularização, dos fibroblastos, pelo aumento da força tênsil e pela reorientação das fibras do colágeno.

Chegar à fase reparadora pressupõe que o enfermeiro planejou cuidados

pautados no exame físico e na avaliação da ferida quanto ao grau de destruição da camada tecidual e na caracterização do leito. Na destruição da camada tecidual avaliam-se: invasão de estruturas do corpo; destruição de camadas da pele; rompimento da superfície; localização anatômica; mensuração; altura; profundidade; e volume. Na caracterização do leito da ferida, observa-se: tecido cicatrizado; tecido epitelial; tecido de granulação; tecido de hipergranulação; tecido de neovascularização; tecido desvitalizado; borda da lesão; sinais de infecção; exsudato (seroso, sanguinolento, serossanguinolento e purulento) (ACKLEY; LADWING, 2014; GUIMARÃES et al., 2010; MENEZHIN; VATTINO, 2003)

Considerando-se a importância do exame físico e a necessidade do entendimento da fisiologia do processo cicatricial, o enfermeiro ao estabelecer os resultados desejados utilizando os indicadores apresentados no Quadro 11 irá proporcionar um acompanhamento do processo de cuidar bem como avaliar os efeitos das intervenções implementadas que proporcionarão melhores resultados para a cicatrização da ferida.

5.3.1.4 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos para o diagnóstico Integridade Tissular prejudicada (00044), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC

O diagnóstico Integridade Tissular prejudicada (00044) e, o resultado esperado pela NOC mapeado em correspondência aos resultados elaborados pelos participantes, encontram-se na NOC como resultados para medir as características definidoras que se referem à Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) MOORHEAD et al. 2013). O mesmo resultado é elencado por Ackley e Ladwing (2014) para este diagnóstico. O referido resultado pela NOC já foi abordado anteriormente, diferenciando no momento a seleção de outro indicador que diz respeito à Formação de cicatriz (110320) (Quadro 12). Este indicador encontra-se na primeira escala com escore de 1 (Nenhum) ao 5 (Extenso). Assim, no escore 5, o indicador obteve uma conotação similar para dois resultados distintos elaborados pelos enfermeiros: “Paciente deverá apresentar ferida do calcâneo cicatrizada” e “Cicatrização da lesão do membro inferior direito”.

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade Tissular prejudicada (00044): Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos (NANDA-I, 2012-2014 p.496)		
Resultados de Enfermagem pela NOC	Indicador	Resultado de Enfermagem formulado pelo enfermeiro
Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103)	Formação de cicatriz (110320)	Paciente deverá apresentar ferida do calcâneo cicatrizada
		Cicatrização da lesão do membro inferior direito

Quadro 12 - Mapeamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com os propostos pela NOC para o Diagnóstico Integridade Tissular prejudicada (00044).

Retomando ao assunto anterior sobre o processo cicatricial abordado no diagnóstico Integridade da pele prejudicada (00046), destaca-se a necessidade de entendimento do reparo tissular e da importância da avaliação da ferida. Dessa forma, o acompanhamento pelo profissional na fase reparadora da lesão tecidual poderá ser mais eficiente ao se utilizar o indicador Formação de cicatriz (110320) para medir no decorrer do plano de cuidado, em que a fase de cicatrização se encontra aquela lesão tecidual, podendo evoluir para a seguinte graduação: 1(Nenhum); 2 (Limitado); 3 (Moderado); 4 (Substancial); e 5(Extenso) (MOORHEAD et al. 2013).

5.3.1.5 Mapeamento cruzado: resultados de enfermagem eleitos para o diagnóstico Perfusão Tissular periférica ineficaz (00204), da NANDA-I e sua correspondência aos Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC

Em relação ao diagnóstico Perfusão Tissular periférica ineficaz (00204), 3 resultados sugeridos pela NOC tiveram correspondência nos 5 resultados elaborados pelos enfermeiros (MOORHEAD et al., 2013). Um indicador foi para resolução do diagnóstico: Perfusão Tissular: periférica (0407), que também é listado

por Ackley e Ladwing (2014) e mais dois resultados relacionados às características definidoras: Integridade Tissular: pele e membrana mucosas (1101) e Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) (Quadro 13) (MOORHEAD et al., 2013).

A Perfusão Tissular: periférica (0407) é, definida como adequação do fluxo de sangue por meio dos pequenos vasos das extremidades para manter a função dos tecidos. Localiza-se na taxonomia no Domínio: Saúde Fisiológica (II), Classe: Cardiopulmonar com duas escalas de graduação (escala b; escala n). Foram selecionados dois indicadores da segunda escala (n): Edema periférico (040712) e Dor localizada em extremidade (040713) para representar o resultado esperado elaborado pelo profissional. Os escores desta escala (n) têm uma graduação que varia de 1 (Grave); 2 (Substancial); 3 (Moderado); 4 (Leve); a 5 (Nenhum).

Assim, o resultado esperado redigido pelo profissional “Apresentará melhora da perfusão - ausência ou diminuição do edema, dor e desconforto ao elevar o membro inferior e pulsos periféricos palpáveis e fortes” foi representado pelos indicadores Edema periférico (040712) e Dor localizada em extremidade (040713) com uma conotação mais abrangente em relação ao elaborado pelo enfermeiro quando se obtêm escores nos seguintes valores: 3 (Moderado), 4 (Leve) e 5 (Nenhum).

O resultado Integridade Tissular: pele e membrana mucosas (1101), descrita anteriormente, possui duas escala de mensuração. O indicador Perfusão Tissular (110111) foi categorizado como mais abrangente em relação ao resultado redigido pelo enfermeiro (“O cliente deverá apresentar melhora da perfusão periférica do membro inferior direito”) quando utiliza os escores 3 (Moderadamente comprometido), 4 (Levemente comprometido) e 5 (Não comprometido).

Quanto ao resultado rotulado pelo enfermeiro: “Melhora da perfusão periférica e reparo da integridade do membro inferior direito” foi correspondente ao resultado sugerido pela NOC Integridade tissular: pele e mucosas (1101) com dois indicadores caracterizados com um sentido mais abrangente, comparando-o ao elaborado pelo profissional: Perfusão Tissular (110111) com os escores: 3 (Moderadamente comprometido), 4 (Levemente comprometido) e 5 (Não comprometido); e Tecido cicatricial (110117) com os escores 2 (Substancial), 3 (Moderado) e 4 (Leve).

Os resultados esperados eleitos pelo enfermeiro: “Paciente deverá

apresentar ferida do calcâneo cicatrizada” e “cicatrização da lesão do membro inferior direito” foram mapeados de acordo com o resultado da NOC, “Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103). Neste resultado foi selecionado o indicador de Formação de cicatriz (110320) categorizado como mais abrangente em comparação ao do profissional quando o escore medir o valor de 5 (Extenso).

Diagnóstico de Enfermagem: Perfusão tissular periférica ineficaz (00204): Redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde (NANDA-I, 2012-214 p.300)		
Resultados de Enfermagem pela NOC	Indicador	Resultado de Enfermagem formulado pelo enfermeiro
Perfusão Tissular: periférica (0407)	Edema periférico (040712);	Apresentará melhora da perfusão-ausência ou diminuição do edema, dor e desconforto ao elevar o membro inferior e pulsos periféricos palpáveis e fortes.
	Dor localizada em extremidade (040713)	
Integridade tissular: pele e mucosas (1101)	Perfusão tissular (110111)	O cliente deverá apresentar melhora da perfusão periférica do membro inferior direito.
	Perfusão tissular (110111)	Melhora da perfusão periférica e reparo da integridade do membro inferior direito
	Tecido cicatricial (110117)	
Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103)	Formação de cicatriz (110320)	Paciente deverá apresentar ferida do calcâneo cicatrizada
		Cicatrização da lesão do membro inferior direito

Quadro 13 - Mapeamento e refinamento dos resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com os propostos pela NOC para o Diagnóstico Perfusão Tissular periférica ineficaz (00204).

No estudo de caso, as evidências de pele fria, hipocorada e edema devem ser avaliadas pela utilização da técnica de observação e palpação para verificar se há redução da circulação sanguínea para a periferia. A palpação dos membros inferiores na busca de edema é indicada para detectar se há insuficiência ventricular direita; O teste de enchimento capilar e a coloração das extremidades fornecem indícios para avaliação da função ventricular esquerda e do débito cardíaco (BARROS et al., 2010).

Outro olhar que justifica a importância de verificar a circulação periférica consiste presença de lesão tecidual apresentada no estudo de caso, uma vez que a

circulação periférica comprometida leva a um comprometimento do processo cicatricial. Na presença de edema, o fluxo sanguíneo é interrompido, interferindo na oxigenação e nutrição dos tecidos em formação. Desse modo, a deficiência de oxigênio impede a síntese do colágeno, diminuindo a proliferação e a migração celulares além de reduzir a resistência dos tecidos a infecções (MENEHINN; VATTIMO, 2003).

Diante do exposto, é fundamental a avaliação do fluxo sanguíneo que aliada aos resultados propostos pela NOC, com os indicadores selecionados, propiciará ao enfermeiro condições de mensurar a evolução do processo de cicatrização; além disso, por intermédio do monitoramento dos fatores que possam retardar ou impedir a cicatrização, o profissional terá subsídios para replanejar o cuidado de enfermagem.

Considerando-se o total dos 25 resultados esperados estabelecidos pelos enfermeiros para todos os diagnósticos de enfermagem designados como de alta acurácia pela NANDA-I, apresenta-se a síntese quanto ao domínio, classe e resultados indicados pela NOC, nesta classificação (Quadro 14).

Diagnóstico de Enfermagem	Taxonomia NOC Nível 1 Domínio	Taxonomia NOC Nível 2 Classes	Taxonomia NOC Nível 3 Resultados
Risco de infecção (00004)	Domínio II- Saúde Fisiológica	H – Resposta Imune	Estado Imunológico (0702)
		L- Integridade Tissular	Integridade Tissular: pele e mucosas (1101)
			Cicatrização de Ferida: segunda intenção (1103)
		T- Controle de Risco& Segurança	Deteção de risco (1908)
Padrão Respiratório ineficaz (00032)	Domínio II- Saúde Fisiológica	E- Cardiopulmonar	Estado Respiratório (0415)
Integridade da Pele Prejudica da (00046)	Domínio II- Saúde Fisiológica	L- Integridade Tissular	Integridade Tissular: pele e mucosas (1101)
			Cicatrização de Ferida: segunda intenção (1103)
Integridade Tissular prejudicada (00044)	Domínio II- Saúde Fisiológica	L- Integridade Tissular	Cicatrização de Ferida: segunda intenção (1103)
Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)	Domínio II- Saúde Fisiológica	E- Cardiopulmonar	Perfusão Tissular: periférica (0407)
		L- Integridade Tissular	Integridade Tissular: pele e mucosas (1101)
			Cicatrização de Ferida: segunda intenção (1103)

Quadro 14 - Síntese do mapeamento dos resultados de enfermagem difundidos pela NOC na taxonomia, para todos os diagnósticos de alta acurácia.

Constata-se que os rótulos dos resultados elaborados estão direcionados às características definidoras e aos fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem relacionados com os problemas de pele e de circulação. Assim, verifica-se após o mapeamento e refinamento, o predomínio de dois resultados citados pela NOC: Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) e Integridade tissular: pele e mucosas (1101).

Acrescenta-se ainda que os dados descritos no Grupo A elucidam, que, mesmo sem a utilização da NOC, os resultados de enfermagem elaborados, podem ser documentados por esta linguagem padronizada e justificadas pela literatura científica.

O mapeamento e refinamento dos resultados de enfermagem da NOC correspondentes aos indicados pelos participantes da pesquisa, ilustram como adotar esta classificação a fim de registrar o resultado da avaliação do estado do indivíduo, em um determinado momento, ao utilizar os indicadores e as escalas do

tipo Likert de cinco pontos.

Desse modo, os dados refletem que a incorporação da NOC pode identificar e medir os resultados de pacientes influenciados pela assistência de enfermagem, considerada uma das razões para a padronização dos Resultados de Enfermagem (NOC) no cotidiano da prática profissional (MOORHEAD et al., 2010).

5.3.2 Resultados de enfermagem elaborados pelos enfermeiros do grupo B

Para as 7 declarações diagnóstica foram redigidos pelos participantes do grupo B, com a utilização da CIPE[®] mais de um resultado esperado, perfazendo um número de 13. No Quadro 15, verifica-se que algumas sentenças elaboradas não seguiram exatamente os termos do eixo *foco* e termos do eixo *julgamento* utilizados nas declarações diagnósticas.

Diagnóstico de enfermagem pela CIPE [®]	Resultado esperado elaborado
Padrão respiratório prejudicado (10001108)	Padrão respiratório melhorado Proporcionar um adequado padrão respiratório
Úlcera (10020237) pequena no calcanhar	Integridade da pele melhorada com redução do tamanho da lesão Úlcera pequena no calcanhar melhorada Redução da área da lesão em uma semana
Ferida (10021178) pequena no calcâneo	Integridade tissular recuperada Integridade da pele recuperada
Integridade da pele comprometida (10001290)	Integridade da pele melhorada com redução do tamanho da lesão Melhora da lesão do calcâneo Prevenir infecção
Erosão tissular (10019732)	Integridade tissular recuperada. Ferida apresenta tecido de granulação com diminuição de exsudato e edema
Risco para infecção (10015133)	Ausência de processo infeccioso durante a hidratação venosa
Perfusão tissular ineficaz (10001344)	Nenhum resultado elaborado

Quadro 15 - Resultados esperados redigidos pelos enfermeiros para os diagnósticos de alta acurácia, utilizando a CIPE[®]

Para o diagnóstico Padrão respiratório prejudicado (10001108) há dois resultados esperados; em ambos, depende da condição respiratória. Quanto aos problemas de pele, verificam-se dez (10) resultados elaborados, direcionados a

promoção do reparo tecidual e para o controle de fatores que possam retardar ou dificultar o processo cicatricial. Esses fatores foram discutidos anteriormente segundo a literatura.

Já para o diagnóstico Risco de infecção (10015133) o resultado esperado direciona-se para a ausência de infecção na inserção do cateter. Esta preocupação deve-se ao risco de complicações na terapia pela infusão por flebite, infecção do sítio de inserção do cateter, extravasamento de solução e bacteremia relacionada ao cateter, muitas vezes associada à natureza das drogas administradas, concentração e tempo de permanência do cateter (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009). Quanto à declaração diagnóstica Perfusão tissular ineficaz (10001344), nenhum resultado esperado foi estabelecido pelo profissional.

Considera-se que os resultados esperados redigidos pelos participantes têm relevância, são justificados pela literatura; no entanto, percebe-se que as declarações elaboradas com a utilização da CIPE® não expõem claramente para os profissionais como acompanhar e medir a evolução do indivíduo quanto aos aspectos positivos ou negativos em suas condições clínicas.

Publicações quanto ao emprego desta terminologia, abordam principalmente os enunciados diagnósticos para determinadas unidades de cuidados assim como as ações de enfermagem. Apontam o fenômeno “resultado de enfermagem para os diagnósticos” como uma declaração elaborada contendo termos do eixo *foco* e termo do eixo *juízo*, sem explorar a utilização deste resultado esperado para acompanhar e medir as melhores ações de cuidados implementadas (MEDEIROS et al., 2013; BITTENCOURT; BESERRA; NÓBREGA, 2008; LEITE et al., 2013).

Desse modo, percebe-se a necessidade de discussões e estudos científicos para abordar como a CIPE® poderá dar suporte teórico na seleção dos resultados indicados para resolver ou amenizar os problemas de saúde e das ações a serem adotadas frente aos resultados mais adequados para o diagnóstico real ou de risco.

5.3.3 Considerações sobre os resultados esperados elaborados pelos participantes dos grupos A e B

Com base nos achados, a reflexão permite apontar que mesmo não adotando uma linguagem padronizada, os resultados esperados eleitos pelos profissionais do grupo A foram representados pela NOC, acrescentando, ainda, que esses registros, caso fossem documentados pela taxonomia possibilitariam informações sobre a prática de enfermagem, além de cruzamento de dados com outras terminologias. Verifica-se no mapeamento que a NOC pode proporcionar uma visão mais ampla ao profissional para estabelecer os resultados desejados conforme a necessidade de cuidado do indivíduo.

Na CIPE[®] também se verifica que os resultados selecionados pelos enfermeiros do grupo B, podem ser representados pela classificação; a diferença é que não existe uma relação de resultados com indicadores e escalas que possam apoiar o profissional na tomada de decisão de quais resultados se espera alcançar mediante a implementação de ações de cuidados de enfermagem.

Assim, sugere-se que na elaboração de catálogos da CIPE[®] sejam incluídos indicadores, escalas, e evidências científicas como fonte de apoio para o enfermeiro.

5.4 Intervenções de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros

Os cuidados de enfermagem prescritos para cada diagnóstico de alta acurácia, pelos enfermeiros dos grupos A e B, são apresentados após mapeamento cruzado das intervenções propostas com as contidas na NIC e CIPE[®], conforme descrito no método.

Considerando-se que todos os enfermeiros do grupo A fizeram pelo menos um diagnóstico de alta acurácia, foram examinadas as prescrições relativas a cada um destes diagnósticos. Já no grupo B, o participante nº 16 não elaborou nenhum diagnóstico desta categoria e, portanto, não teve nenhuma intervenção para a análise nesta etapa (Quadro 16).

Nota-se que para cada diagnóstico o número de prescrições de enfermagem variou de: 1 a 9 (grupo A) e de 1 a 6 (grupo B). O número médio para os diagnósticos de alta acurácia no grupo A é de 8,4 e no grupo B é de 4,5 (Quadro 16).

No grupo A, o diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz, obteve o maior número de prescrições de enfermagem com 33,7% (n=34); Integridade da pele prejudicada obteve 20,8% (n=21); Perfusão tissular periférica ineficaz, 19,8% (n=20); Risco de infecção 18,8% (n=19); e Integridade tissular prejudicada 6,9% (n=07), totalizando um número de 101 prescrições de enfermagem.

A análise das prescrições de enfermagem correlatas às intervenções listadas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), é descritas com base no número de intervenções classificadas nos níveis prioritários, sugeridos e opcionais (BULECHEK, 2013).

Os achados encontram-se em quadros organizados com informações sobre o diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem da NIC (prioritárias, sugeridas e as intervenções não ligadas ao diagnóstico) e as respectivas atividades, prescrição de enfermagem do enfermeiro e a caracterização das atividades da NIC, conforme o estudo de Leal (2006). A sequência da apresentação do mapeamento cruzado pela NIC é ordenada para os diagnósticos de enfermagem: Padrão Respiratório ineficaz (00032); Risco de infecção (00004); Integridade da pele prejudicada (00046); Integridade tissular prejudicada (00044) e Perfusão tissular periférica ineficaz (00032).

No grupo B, as prescrições formuladas pelos enfermeiros totalizaram 54 cuidados de enfermagem distribuídos em 25,9% (n=14) para Integridade da pele prejudicada; 18,5% (n=10) no Padrão respiratório prejudicado; 16,7% (n=9) na Úlcera pequena no alcanhar; Ferida pequena no calcâneo 14,8% (n=8); Risco de infecção com 11,1% (n=6); na Erosão tissular 7,4% (n=4); e Perfusão tissular ineficaz com 5,6% (n=3). Os cuidados prescritos foram analisados segundo a correspondência das intervenções disponibilizadas na versão 2 da CIPE®.

A apresentação do mapeamento cruzado pela CIPE® tem a seguinte sequência: Padrão respiratório prejudicado (100001108); Risco de infecção (10015133); Integridade da pele prejudicada (00046); Ferida (10021178); Úlcera (10020237) pequena no calcanhar; Erosão tissular (100197332) e Perfusão tissular

ineficaz (10001344).

Enfermeiros do grupo A													Total	Enfermeiros do grupo B													
Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I x Prescrições de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		Diagnóstico de Enfermagem CIPE® x Prescrições de enfermagem	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total
Padrão respiratório ineficaz	03	06		09		04	01		04	02	05		34	Padrão respiratório prejudicado						03	04			03			10
Perfusão tissular periférica ineficaz		06		06	07			01					20	Perfusão tissular ineficaz							03						03
Risco de infecção	03		01	03		01	02	01			08		19	Risco para infecção					02		02	01	01				06
Integridade da pele prejudicada	03		07	03	06	01	01						21	Integridade da pele prejudicada		03				06	04		01				14
Integridade tissular prejudicada		03							02			02	07	Úlcera pequena no calcanhar	06				03								09
														Ferida pequena no calcâneo										04	04		08
														Erosão tissular			04										04
Total	09	15	08	21	13	06	04	02	06	02	13	02	101	Total	06	03	04	00	05	09	13	01	02	03	04	04	54

Quadro16 - Número de prescrições de enfermagem elaboradas pelo participante para cada diagnóstico de alta acurácia, segundo a terminologia adotada

5.4.1 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz (00032) da NANDA-I e sua correspondência com as Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC

No Quadro 17 apresentam-se os cuidados prescritos para o diagnóstico de Padrão Respiratório ineficaz (00032), seguidos das intervenções e atividades postulados pela NIC. Para este diagnóstico, a NIC apresenta intervenções prioritárias (n=3), sugeridas (n=16) e as opcionais (n=21) (BULECHEK, et al., 2013).

Das trinta e quatro (n=34) prescrições de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros, onze (n=11) enquadram-se na intervenção de nível prioritário *Monitoração respiratória* (3350). As demais atividades prescritas foram localizadas nas intervenções sugeridas, sendo dezesseis na “*Assistência ventilatória* (3390)”; seis na *Oxigenoterapia* (3320); e uma prescrição localizada em “*Monitoração de Sinais Vitais* (6680). As demais intervenções da NIC para o diagnóstico citado não se aplicavam para as características definidoras descritas no estudo de caso.

Em relação à categorização da abrangência das atividades de enfermagem, observa-se (Quadro 16) que das 34 prescrições de enfermagem, em 73,5% (n=25) delas as atividades de enfermagem da NIC foram mais abrangentes do que as prescritas pelos profissionais; para 14,7% (n=5) a atividade da NIC foi mais restrita; em 11,7% (n=4) houve similaridade; não foi identificado nenhum termo igual ou sem concordância (Quadro 17).

Na NIC, a definição de *Monitoração respiratória* (3350) consiste em: “coleta e análise de dados do paciente para garantir a desobstrução de vias aéreas e troca adequada de gases”. Tem um conjunto de vinte e seis (n=26) atividades. Destas, seis (n=6) foram correlatas com as prescrições de enfermagem: 1) Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço respiratório; 2) Registrar mudanças na SaO₂, SvO₂, Co₂ corrente terminal e mudanças nos valores gasometria arterial; 3) Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio (oximetria, gasometria arterial); 4) Monitorar secreções respiratórias do paciente; 5) Monitorar os padrões respiratórios: bradipneia, taquipneia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, respiração de Cheyne- Stokes, padrão apnêustico, respiração de Blot e padrões atáxicos; e 6) Monitorar pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado (Quadro 17).

Para *Assistência ventilatória* (3390) consta na NIC a definição: “Promoção de um padrão respiratório excelente que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono”, com vinte (n=20) atividades. Destas, seis (n=06) foram listadas: 1) Posicionar o paciente visando minimizar esforços respiratórios (elevar cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar); 2) Auscultar os sons pulmonares, observando área de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios; 3) Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrição; 4) Estimular o paciente a deambular três a quatro vezes por dia, conforme prescrição; 5) Ensinar técnica respiratória, conforme apropriado; e 6) Posicionar o paciente para o alívio da dispnéia (Quadro 17).

Tratando-se da *Oxigenoterapia* (3320), o conceito compreende: “Administração de oxigênio e monitoramento de sua eficácia” com vinte e quatro (n=24) atividades. Foram catalogadas três (n=03): 1) Administrar oxigênio suplementar, quando necessário; 2) Retirar secreções nasais, orais e traqueais, conforme apropriado; e 3) Montar o equipamento de oxigênio e administrá-lo por meio de um sistema aquecido e umidificado (Quadro 17).

A intervenção *Monitoração de Sinais Vitais* (6680) é conceituada como “Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações”, esta intervenção contém vinte e cinco (n=25) atividades; destas, uma foi citada: Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório conforme apropriado (Quadro 17).

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz (00032): Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA- I, 2013, p.294)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Monitoração respiratória (3350)	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço respiratório	1.Registrar frequência respiratória			x		
		2.Determinar a frequência e a profundidade das respirações, o tipo de padrão respiratório		x			
	Registrar mudanças no SaO ₂ , SvO ₂ , CO ₂ corrente terminal e mudanças nos valores gasometria arterial	3. Monitorar gases arteriais			x		
		4.Registrar sinais de troca gasosa prejudicada			x		
	Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio (oximetria, gasometria arterial)	5. Colher gasometria			x		
		6.Acompanhar os resultados da gasometria a fim de melhor adequar o suporte de oxigênio			x		
		7.Avaliar manutenção da oxigenoterapia de suporte;			x		
	Monitorar secreções respiratórias do paciente	8.Registrar padrão respiratório e aspecto da secreção				x	
		9.Acompanhar a evolução da tosse (melhora, piora, aspecto da secreção expectorada, coloração, características da tosse)				x	

continua...

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz (00032): Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA- I, 2013, p.294)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Monitoração respiratória (3350)	Monitorar os padrões respiratórios: bradipneia, taquipnéia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, respiração de Cheyne- Stokes, padrão apnéustico, respiração de Blot e padrões atáxicos	10.Avaliar e registrar condições respiratória, pelo menos a cada 4 horas;			X		
		11.instituindo terapêutica conforme prescrição		x			
Intervenção Sugerida							
Assistência ventilatória (3390)	Posicionar o paciente visando minimizar esforços (elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar)	12 ajudar ao paciente assumir posição confortável permitindo a expansão torácica		x			
		13.Manter cabeceira elevada a 45 a 90°			x		
		14.Manter repouso relativo no leito			x		
		15.Elevar decúbito			x		
		16.Elevar decúbito a 30°			x		
		17.Elevar decúbito a 90°			x		
		18.Orientar elevação de decúbito explicando os benefícios dessa medida			x		
		Auscultar os sons pulmonares, observando área de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.	19.Auscultar o tórax pelo menos a cada 6h, avaliando ruídos pulmonares, incursões respiratórias, padrão respiratório;			x	
	20.Realizar ausculta pulmonar				x		
	21. Realizar ausculta				x		
	22 auscultar o tórax e verificar as características dos sons respiratórios e presença de secreções				x		
		Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrição	23 manter oxigêniooterapia			x	
		24.Manter oxigenoterapia e os cuidados referentes a este procedimento;		x			
	Estimular o paciente a deambular três a quatro vezes por dia, conforme prescrição.	25.Reforçar a realização de atividades conforme tolerância e estimular a deambulação e exercícios respiratórios (contar com o apoio do profissional fisioterapêutico)				x	

continuação...

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz (00032): Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA- I, 2013, p.294)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Sugerida							
Assistência ventilatória (3390)	Ensinar técnica respiratória conforme apropriada	26 incentivar a mobilização das secreções respiratórias por meio de angulação torce e respiração profunda				x	
	Posicionar o paciente para o alívio da dispneia	27 elevar a cabeceira do leito o posicionar o paciente de modo aliviar a dispneia e facilitar a oxigenação			x		
Oxigenioterapia (3320)	Administrar o oxigênio suplementar quando necessário	28 Administrar a oxigenioterapia conforme prescrição medica e necessidade do paciente			x		
	Administrar o oxigênio suplementar quando necessário	29.Administrar e avaliar a oxigenioterapia conforme prescrição			x		
	Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio						
	Verificar periodicamente o dispositivo de distribuição de oxigênio para garantir que esteja sendo ade ministrado a concentração prescrita.						
	Administrar oxigênio suplementar quando necessário	30.Uso de oxigenoterapia			x		
	Retirar secreções nasais, orais e traqueais, conforme apropriado	31.Aspirar secreções de vias respiratórias se necessário			x		

continuação...

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz (00032): Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA- I, 2013, p.294)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Sugerida							
Oxigenoterapia (3320)	Montar o equipamento de oxigênio e administrá-lo por meio de um sistema aquecido e umidificado	32.Instalar oxigênio			x		
		33.Instalar oxigenoterapia por cateter nasal 3l/mim			x		
Monitoração de sinais vitais (6680): verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações (NIC, 2010 p.687)	Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado	34. Avaliar a melhora do quadro geral do paciente				x	

conclusão

Quadro 17 - Mapeamento e categorização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz (00032) da NANDA-I

Analisando as prescrições de enfermagem relacionadas ao diagnóstico Padrão respiratório ineficaz (00032) observa-se que as ações de cuidado foram estabelecidas para o resultado esperado proposto pela NOC “*Estado respiratório*” (0415). Nota-se um maior número de cuidados prescritos (n=16) para a intervenção sugerida “*Assistência ventilatória* (3390)”, decrescendo para onze prescritos correspondentes a intervenção “*Monitoração respiratória* (3350), considerada como prioritária pela NIC e Ackley e Ladwing (2014).

Assim, antes de prestar uma assistência ventilatória correspondente à promoção de um padrão respiratório excelente que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono, é preciso monitorar a respiração pela coleta e análise de dados do paciente para garantir a desobstrução de vias aéreas e troca adequada de gases (BULECHEK, et al., 2013).

5.4.2 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Risco de infecção (00004) da NANDA-I e sua correspondência às Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC

Para o diagnóstico de Risco de infecção (00004) a NIC apresenta três intervenções prioritárias (n=03); trinta e três (n=33) intervenções sugeridas; e vinte e cinco (n=25) opcionais (BULECHECK et al., 2013).

Dezenove (n=19) prescrições de enfermagem foram elaboradas pelos profissionais; tendo-se verificado que as intervenções da NIC e suas respectivas atividades foram correspondentes: quatro para a intervenção de *Controle de infecção* (6540) e doze para *Proteção contra infecção* (6550), ambas as intervenções listadas como prioritárias. Considerando-se as intervenções sugeridas pela taxonomia, três prescrições de enfermagem estão relacionadas às atividades contidas na intervenção *Cuidados com úlceras de Pressão* (3520) (Quadro 18). Verificou-se que as demais intervenções de enfermagem da NIC não se adequavam aos fatores de risco referentes ao estudo de caso analisado.

Quanto à categorização da abrangência das atividades de enfermagem, dentre as 19 prescrições, 52,6% das atividades de enfermagem citadas na NIC são mais abrangentes do que o conteúdo prescrito pelos profissionais, em 36,8%, a

atividade da NIC é similar; em 5,2% a atividade da NIC teve um caráter igual ou mais restrito quando comparada aos cuidados de enfermagem analisados; e, em relação à inexistência de concordância não foi encontrado nenhum conteúdo prescrito (Quadro 18).

Para a intervenção de enfermagem *Controle de infecção* (6540) a NIC apresenta a seguinte definição: “Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos”, com 36 atividades, sendo consideradas apenas duas: 1) Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme as orientações atuais do CDC; e 2) Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado (Quadro 18).

Quanto à *Proteção contra infecção* (6550) o conceito consiste em: “Prevenção e detecção precoce de infecção em paciente de risco” com uma lista de vinte e oito (n=28) atividades, destas, sete (n=07) foram citadas: 1) Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; 2) Monitorar a vulnerabilidade a infecções; 3) Obter cultura se necessário; 4) Promover ingestão nutricional adequada; 5) Estimular aumento de mobilidade e exercícios conforme apropriado; 6) Estimular repouso; 7) Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo e drenagem (Quadro 18).

Em relação aos *Cuidados com úlceras de Pressão* (3520), sua definição: “Facilitação da cicatrização em úlceras de pressão, com vinte e quatro (n=24) atividades; destas, quatro (n=04) foram listadas: 1) Aplicar curativo conforme apropriado; 2) Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção no ferimento; e 3) Aplicar curativo conforme apropriado e 4) Ensinar à família ou familiar procedimentos de cuidado de ferimento (Quadro 18).

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção (00004): Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA- I, 2013,p.485)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenções Prioritárias							
Controle de infecção (6540)	Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme as orientações atuais do CDC	1Trocar acesso a cada 72horas		x			
		2Realizar troca AVP sempre que necessário ou de acordo com a rotina do serviço		x			
		3Atentar também para as condições do acesso venoso periférico que também leva infecção do tipo sistêmica (trocar o dispositivo sempre que necessário ou conforme rotina do setor)		x			
	Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano conforme apropriado	4 Limpar diariamente de acordo com a necessidade o local de inserção do cateter periférico			x		
Proteção contra infecção (6550)	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção	5Monitorar temperatura a cada 4h			x		
		6 Avaliar sinais flogísticos do AVP		x			
		7 Aferir sinais vitais de 6/6h			x		
		8 Detectar sinais (dor, rubor, calor, edema) de infecção local de acesso da punção;			x		
		9 Detectar sinais e sintomas de infecção sistêmica (febre, calafrios, hemocultura positiva)			x		
		10 Verificar e registrar os sinais vitais de 6/6h			x		
	Monitorar vulnerabilidade a infecções	11 Detectar os fatores de risco para infecção;			x		

continua...

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção (00004): Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA- I, 2013,p.485)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenções Prioritárias							
Proteção contra infecção (6550)	Promover ingestão nutricional adequada	12 Rever as necessidades nutricionais do cliente, o programa de exercícios apropriados e a necessidade de repouso			x		
	Estimular aumento de mobilidade e exercícios conforme apropriado						
	Estimular repouso						
	Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo e drenagem	13 Avaliar e registrar as condições da pele e as características (secreção, tecido de granulação) da ferida e ao redor dela (coloração, perfusão, temperatura)		x			
		14 Inspeccionar diariamente evolução da ferida, atentando para sinais flogísticos	x				
	Obter cultura se necessário	15 Coletar amostra de material da ferida para cultura e sangue para hemocultura (se prescrito)			x		
Intervenções Sugeridas							
Cuidados com úlceras por pressão (3520)	Aplicar curativo conforme apropriado.	16 Curativo diário utilizando produtos adequados para o estágio do ferimento		x			

continuação...

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção (00004): Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA- I, 2013,p.485)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Cuidados com úlceras por pressão (3520)	Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção no ferimento	17 Monitorar os sinais de infecção local (eritema ao redor das bordas, odor fétido, exsudato purulento, cicatrização deficiente), bem como para a sepse (febre, celulite ao redor da ferida, dor aumentada, pressão arterial diminuída, taquicardia, nível de consciência alterado.				x	
	Aplicar curativo conforme apropriado.	18 Trocar o curativo da ferida de acordo com a necessidade e prescrição		x			
	Ensinar à pessoa ou familiar procedimentos de cuidado de ferimento	19 Informar medidas e orientação de higiene geral e durante a realização do curativo			x		

conclusão.

Quadro 18 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico Risco de infecção (00004) da NANDA-I.

Analisando os 15 cuidados prescritos para o diagnóstico Risco de infecção (00004), correspondentes às duas intervenções prioritárias sugeridas pela NIC (BULECHEK et al., 2013 e por Ackley e Ladwig (2014): *Controle de infecção* (6540) e *Proteção contra infecção* (6550), as ações de enfermagem propostas são viáveis para o resultado esperado de Detecção de risco (1908) e Estado imunológico (0702).

Quanto ao resultado esperado “*Integridade tissular: pele e mucosa* (1101)” e “*Cicatrização de feridas: segunda intenção* (1103)”, as prescrições elaboradas pelos profissionais foram correspondentes para a intervenção de enfermagem sugerida pela NIC, Cuidados com úlceras de Pressão (3520) (BULECHEK et al., 2013).

5.4.3 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046) da NANDA-I sua correspondência com as Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC

Para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada (00046), a NIC apresenta quatro intervenções prioritárias; 32 intervenções sugeridas; e 17 opcionais (BULECHEK et al., 2013).

Das 21 prescrições de enfermagem arroladas pelos participantes, verificou-se que 13 foram correlatas para intervenção de *Cuidados com úlceras de pressão* (3520) e três prescrições para a intervenção relacionada com *Cuidados com lesões* (3660). As duas intervenções citadas são listadas pela NIC como prioritárias. Nas intervenções sugeridas, três cuidados prescritos foram correspondentes a intervenção *Cuidados da pele: tratamento tópicos* (3384); uma prescrição de enfermagem foi considera correspondente a intervenção *Ensino: cuidados com os pés* (5603) e *Precauções circulatórias* (4070). Quanto às intervenções opcionais, dois cuidados prescritos foram mapeados na intervenção *Proteção contra infecção* (6550). Verificou-se que as demais intervenções de enfermagem não se adequavam para os fatores de risco do estudo de caso (Quadro 19).

Na categorização da abrangência das atividades de enfermagem da NIC

em relação aos 21 cuidados prescritos observa-se que 47,6% (n=10) das atividades da NIC são similares aos cuidados formulados pelos profissionais; 38,1% (n=8) são mais abrangentes, enquanto 9,5% (n=2) são mais restritos; 4,7% são consideradas como iguais (n= 1); inexistência de concordância não foi identificada (Quadro 19). Conforme evidenciado na categorização, mais de 45,0% atividades da NIC têm sentido similar aos termos adotados pelos profissionais, sendo possível a utilização da taxonomia para representar a prática do cuidado de enfermagem.

Para a intervenção de enfermagem *Cuidados com úlceras por pressão* (3520) consta na NIC a seguinte definição: “Facilitação da cicatrização em úlceras de pressão”, com 24 atividades, sendo cinco (n=05) correlatas com as prescrições de enfermagem: 1) Manter úmida a úlcera para ajudar na cicatrização para dois cuidados prescritos; 2) Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização; 3) Aplicar curativos, conforme apropriado; 4) Monitorar o estado nutricional; 5) Posicionar a cada uma ou duas horas para evitar pressão prolongada; 5) Orientar familiar/cuidados sobre sinais de lesão da pele, conforme apropriado (Quadro 19).

Para a intervenção *Cuidados com lesões* (3660) a NIC, traz como conceito “Prevenção de complicações em feridas e promoção da cicatrização, com vinte e oito (n=28) atividades, sendo três (n=03) atividades correspondentes às prescrições de enfermagem: 1) Limpar um curativo adequado ao tipo de lesão para uma prescrição; 2) Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado; 3) Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado; e 4) Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor (Quadro 19).

Em relação à intervenção que trata de *Cuidados da pele: tratamento tópicos* (3384) consta a definição “Aplicação de substâncias típicas ou manipulação de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização de degradação da pele” com um número de trinta e quatro (n=34) atividades. Destas, uma foi listada: Limpar com sabonete bactericida conforme apropriado para um cuidado prescrito (Quadro 19).

A intervenção de enfermagem *Ensino: cuidados com os pés* (5603) é conceituada como: “preparo de paciente de risco e/ou pessoa significativa para oferecer cuidados preventivos dos pés” com trinta e uma (n=31) atividades, e uma

que trata de: Descrever os sapatos adequados (p.ex salto baixo com forma que combine com o formato do pé; profundidade adequada da caixa do sapato; solas de material que absorva choque; ajustável por cordões ou tiras; parte superior feita de material arejado, macio e flexível; mudanças causadas pelo modo de andar e distúrbios de altura dos membros e potencial de mudança, se necessário, apresentaram correlação com uma prescrição de enfermagem (Quadro 19).

Quanto à intervenção de enfermagem *Precauções circulatórias* (4070), esta é definida como “Proteção de uma área localizada com perfusão limitada” que contempla onze (n=11) atividades. Destas, uma sobre: Fazer uma avaliação completa da circulação (p.ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor, temperatura da extremidade, foi condizente com uma prescrição de enfermagem (Quadro 19).

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada (00046): Epiderme e/ou derme alteradas (NANDA-I, 2013 p.494)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenções Prioritárias							
Cuidados com úlceras de pressão (3520)	Manter úmida a úlcera para ajudar na cicatrização	1.Utilizar curativos úmidos para seco, ajudando no debridamento mecânico		x			
	Manter úmida a úlcera para ajudar na cicatrização	2.Usar curativos de proteção da ferida para minimizar a ruptura dos fibroblastos migratórios e células epiteliais, bem como proporcionar continuamente úmido e rico em nutrientes para cicatrização			x		
	Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização	3.Avaliar diariamente o tamanho da ferida em respostas às medidas terapêuticas, registrando o tamanho, o diâmetro da superfície e a profundidade.		x			
		4.Medir o comprimento, a largura e a profundidade da ferida;		x			
		5.Reavaliar/fotografia periodicamente a ferida e observar se há complicações;		x			
	Aplicar curativos, conforme apropriado Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização	6.Realizar curativo oclusivo da área a fim de proporcionar granulação da ferida, se possível acompanhar a evolução da ferida (fotografia e mensurar o tamanho e profundidade da ferida);			x		

continua...

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada (00046): Epiderme e/ou derme alteradas (NANDA-I, 2013 p.494)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Cuidados com úlceras de pressão (3520)	Aplicar curativos, conforme apropriado	7.Realizar curativo no pé			x		
		8.Curativo diário com material adequado		x			
		9.Manter a área limpa/seca, cobrir cuidadosamente, evitar infecção e estimular a circulação das áreas circundantes;				x	
	Monitorar o estado nutricional	10.Monitorar o estado nutricional através do registro e análise da dieta e sua via de administração e aceitação para garantir a cicatrização;				x	
	Posicionar a cada uma ou duas horas para evitar pressão prolongada	11.Mudar de posição e reposicionar o paciente a cada 2h	x				
	Orientar familiar/cuidador sobre sinais de lesão da pele, conforme apropriado	12.Conversar sobre a importância da detecção imediata das alterações da pele e ou complicações		x			
		13.Explicar ao paciente sobre a condição patológica e a relação com o surgimento da lesão, reforçando a importância do cuidado com a pele.			x		

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada (00046): Epiderme e/ou derme alteradas (NANDA-I, 2013 p.494)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Cuidados com Lesões (3660)	Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão	14. Realizar curativo de acordo com a avaliação da estomoterapeuta.			x		
	Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado	15. Aplicar SF a 0,9% no leito da ferida para limpeza diária, dependendo da quantidade da drenagem da lesão com técnica asséptica			x		
	Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado						
	Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.	16. Inspeccionar e mensurar a ferida diariamente;		x			
Intervenção Sugerida							
Precauções circulatórias (4070)	Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p.ex., verificar pulsos periféricos, edema enchimento capilar, cor, temperatura da extremidade).	17. Avaliar a irrigação sanguínea da área afetada			x		
Cuidados da pele: tratamento tópicos (3384)	Limpar com sabonete bactericida conforme apropriado	18. Manter pele higienizada para evitar infecções generalizadas		x			

continuação...

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada (00046): Epiderme e/ou derme alteradas (NANDA-I, 2013 p.494)			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Sugerida							
Ensino: cuidados com os pés (5603)	Descrever os sapatos adequados (p.ex salto baixo com forma que combine com o formato do pé; profundidade adequada da caixa do sapato; solas de material que absorva choque; ajustável por cordões ou tiras; parte superior feita de material arejado, macio e flexível; mudanças causadas pelo modo de andar e distúrbios de altura dos membros e potencial de mudança, se necessário) = 31 atividades	19.Enfatizar a importância de roupas/calçados confortáveis, usar meias especialmente forradas para absorver impactos ou palmilhas que diminuam a pressão dos calçados.		x			
Proteção contra infecção (6550)	Estimular o repouso	20Ajudar o paciente com medidas de conforto		x			
	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção	21Monitorar sinais vitais (geralmente estão alterados em presença de dor aguda) e o ritmo cardíaco;			x		

Conclusão.

Quadro 19 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada (00046) da NANDA-I.

A relação dos 21 cuidados prescritos pelos profissionais com os resultados esperados mapeados evidencia que não foram estabelecidos os resultados esperados para às prescrições correspondentes as seguintes intervenções de enfermagem: *Ensino: cuidados com os pés* (5603) e *Precauções circulatórias* (4070). Dessa forma, os cuidados de enfermagem contemplados nessas duas intervenções da NIC não serão monitorados por meio de indicadores e escalas sugeridos pela NOC, dificultando a avaliação de quais medidas implementadas apresentaram um resultado positivo e em quanto tempo foi obtido tal resultado.

5.4.4 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Integridade tissular prejudicada (00044) da NANDA-I sua correspondência com a Intervenção de Enfermagem sugerida pela NIC

No Quadro 20 apresentam-se o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada (00044) e as intervenções de enfermagem propostas pela NIC, sendo três intervenções de enfermagem prioritárias, 32 intervenções sugeridas e 12 opcionais. As sete prescrições elaboradas pelos participantes da pesquisas foram mapeadas em quatro intervenções de enfermagem da NIC, com uma prioridade para a intervenção *Cuidados com lesões* (3660), já conceituada anteriormente. Das 28 atividades desta intervenção, uma foi correspondente a um cuidado prescrito: Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão. Nas intervenções sugeridas, três são apontadas: 1) *Cuidados com úlceras de pressão* (3520); 2) *Terapia Nutricional* (1120) e *Cuidados circulatórios: insuficiência arterial* (4062).

Para as seis prescrições de enfermagem, verifica-se na categorização de abrangência que em 85,7% (n=6), as atividades de enfermagem da NIC são similares aos cuidados prescritos; em apenas 14,3% (n=1) há abrangência; e nenhuma atividade da NIC foi classificada quanto a ser mais abrangente, mais restritas ou, ainda, não existe concordância. Os achados da categorização revelam que as intervenções da NIC podem ser inseridas na rotina do enfermeiro ao elaborar as prescrições de cuidados.

Na intervenção *Cuidados com úlceras de pressão* (3520) conceituada

anteriormente, constam 24 atividades, em que duas foram correlatas para quatro cuidados prescritos: 1) Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização, para uma prescrição de enfermagem.

Terapia Nutricional (1120), em sua definição significa a administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de paciente desnutrido ou com alto risco para desnutrição, contemplada em vinte e nove (n=29) atividades. Verifica-se que uma atividade de enfermagem foi correlata a um cuidado de enfermagem: Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita.

Em relação a intervenção *Cuidados circulatórios: insuficiência arterial* (4062) que abrange a promoção da circulação arterial com 17 atividades, verificou-se que uma atividade foi mapeada para prescrição de enfermagem “Colocar a extremidade em posição pendente conforme apropriado”.

Diagnóstico de Enfermagem: Integridade Tissular prejudicada (00044): Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Cuidados com Lesões (3660)	Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.	1Registrar aspecto da lesão		x			
Intervenções Sugeridas							
Cuidados com úlceras de pressão (3520)	Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I- IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelação	2 Avaliar evolução da cicatrização da ferida do MID		x			
	Aplicar curativos, conforme apropriado	3Curativo		x			
		4 Realizar curativo no MID 1x dia		x			
		5 Renovar curativo da lesão 01 vez/dia		x			
Terapia Nutricional (1120)	Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita	6 Orientar dieta rica em vitaminas e proteína		x			
Cuidados circulatórios: insuficiência arterial (4062)	Colocar a extremidade em posição pendente, conforme apropriado	7 Manter MID pendente	x				

Quadro 20 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada (00044) da NANDA-I.

Diante das sete prescrições de cuidados de enfermagem, observa-se que duas prescrições mapeadas nas intervenções sugeridas pela NIC (Terapia nutricional- 1120 e Cuidados circulatórios: insuficiência arterial-4062) não apresentaram resultados esperados, mostrando que a assistência implementada nem sempre planeja quais os resultados que se pretende alcançar. Os demais cuidados de enfermagem elaborados se direcionam para a cicatrização de feridas, os quais são pertinentes para favorecer condições locais pela terapia tópica adequada ao dar suporte ao processo fisiológico de reparação tecidual assim como o cuidado voltado para adequação nutricional visando à facilitação da cicatrização da ferida (BRITO, 2003).

5.4.5 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) da NANDA-I e sua correspondência às Intervenções de Enfermagem sugeridas pela NIC

No Quadro 21 apresenta-se o diagnóstico de enfermagem Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) e as intervenções de enfermagem sugeridas pela NIC. Pela NIC, as intervenções de enfermagem prioritárias são quatro, as sugeridas são trinta; e opcionais, um total de 19.

Os 19 cuidados elaborados pelos enfermeiros foram mapeados em quatro intervenções de enfermagem pela NIC: 1) Cuidados circulatórios: insuficiência arterial (4062); 2) Cuidados com úlcera por pressão (3520); 3) Prevenção de úlcera por pressão; e 4) Ensino: processo da doença (5602).

Considerando-se a categorização da abrangência das atividades de enfermagem da NIC com as 19 prescrições de cuidados, verifica-se um percentual de 45,0% (n=9) considerados mais abrangentes, 30,0% (n=6) similares, 10,0% (n=2) para igual abrangência, 10% para mais restrito, não se observando a categoria existe concordância.

Uma intervenção prioritária foi listada, a que se refere aos *Cuidados circulatórios: insuficiência arterial* (4062), que abrange a promoção da circulação arterial, com 17 atividades. Destas atividades, 7 foram mapeadas para 14 prescrições de cuidados estabelecidas pelos enfermeiros: 1) Colocar a extremidade em posição pendente, conforme apropriado; 2) Orientar o paciente sobre os fatores que interferem na circulação (p.ex., tabagismo, roupas apertadas, exposição a

temperatura fria e cruzamentos de pernas e pés; 3) Determinar o índice tornozelo-braquial, conforme apropriado; 4) Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p.ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura); 5) Oferecer calor (p.ex, roupas de cama adicionais, aumento da temperatura ambiente, conforme apropriado; 6) Avaliar edema e pulsos periféricos; e 7) Monitorar o grau de desconforto ou dor com o exercício à noite ou durante o repouso (BULECHEK et al., 2013).

Quanto a intervenção *Cuidados com úlcera por pressão* (3520),) não é listada pela NIC para o diagnóstico *Perfusão tissular periférica ineficaz* (00204). Já conceituada anteriormente consta de vinte e quatro (n=24) atividades. Destas, duas atividades foram mapeadas para duas prescrições de enfermagem: 1) Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização; e 2) Aplicar curativos conforme apropriado (BULECHEK et al., 2013).

Em relação às intervenções sugeridas, uma foi citada: *Prevenção de úlcera por pressão* (3540); esta é definida como a prevenção de úlceras em indivíduos com alto risco de desenvolvê-las. Contempla 30 atividades destas, apenas duas foram correspondentes a 2 cuidados rotulados pelos profissionais: 1) Hidratar a pele seca e compacta; e 2) Mudar o decúbito a cada uma ou duas horas, como convier (BULECHEK et al., 2013).

Ainda foi observada outra intervenção não sugerida pela taxonomia para o diagnóstico: *Ensino: atividade exercício prescritos* (5612) conceituado como o preparo do paciente para atingir e ou manter um nível de atividade prescrito. Tem 23 atividades e uma foi apontada como correspondente a uma prescrição de enfermagem: 1) Orientar o paciente sobre medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, conforme apropriado (BULECHEK et al., 2013).

Diagnóstico de Enfermagem: Perfusão tissular periférica ineficaz (00204): Redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Cuidados circulatórios: insuficiência arterial (4062)	Colocar a extremidade em posição pendente, conforme apropriado	1 Manter o membro inferior direito pendente		x			
	Orientar o paciente sobre os fatores que interferem na circulação (p.ex., tabagismo, roupas apertadas, exposição a temperatura fria e cruzamentos de pernas e pés)	2 Orientar paciente para evitar cruzar as pernas		x			
		3 Orientar a não permanência por períodos longos na posição sentada, de pé, à utilização de roupas apertadas e à manutenção de pernas cruzadas;			x		
		4 Manter roupas folgadas	x				
	Determinar o índice tornozelo-braquial, conforme apropriado	5 Medir a circunferência dos membros			x		
	Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p.ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura)	6 Medir o tempo de enchimento capilar			x		

Continua...

Diagnóstico de Enfermagem: Perfusão tissular periférica ineficaz (00204): Redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Cuidados circulatórios: insuficiência arterial (4062)	Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p.ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura)	7 Palpar os pulsos para determinar sua presença e as características;			x		
		8 Acompanhar/mensurar edema e enchimento capilar e pulso periodicamente;		x			
	Oferecer calor (p.ex, roupas de cama adicionais, aumento da temperatura ambiente, conforme apropriado)	9 Manter membro inferior aquecido			x		
		10 Realizar cobertura do membro com algodão ortopédico a fim de proporcionar elevar local da temperatura e melhora do retorno venoso, bem como proteção da área);			x		
		11 Avaliar pulso tibial do membro inferior aquecido			x		
	Monitorar o grau de desconforto ou dor com o exercício à noite ou durante o repouso	12 Determinar a história, as características da dor;		x			
	Encorajar o paciente a fazer exercícios conforme tolerância Idem	13 Ajudar a realizar exercícios de mobilização ativos e passivos;			x		

continuação...

Diagnóstico de Enfermagem: Perfusão tissular periférica ineficaz (00204): Redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.			Categorização				
Intervenções de Enfermagem- NIC	Atividades de Enfermagem- NIC	Prescrições de Enfermagem	1- A atividade da NIC é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- A atividade da NIC é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- A atividade da NIC é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- A atividade da NIC é Mais restrita ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre a atividade da NIC e a usada pelo enfermeiro
Intervenção Prioritária							
Cuidados circulatórios: insuficiência arterial (4062)	Encorajar o paciente a fazer exercícios conforme tolerância	14 Estimular a deambulação precoce quando possível;		x			
Cuidados com úlcera por pressão (3520)	Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização	15 Registrar evolução da cicatrização da ferida			x		
Cuidados com úlcera por pressão (3520)	Aplicar curativos conforme apropriado	16 Elevação do membro inferior aquecido e realização diária de curativo na lesão do MID				x	
Prevenção de úlcera por pressão (3540)	Hidratar a pele seca e compacta	17 Hidratar adequadamente a pele do membro afetado com loções hidratantes	x				
	Mudar o decúbito a cada uma ou duas horas, como convier	18 Realizar exercícios passivos e mobilização conforme tolerado.				x	
Ensino: processo da doença (5602)	Orientar o paciente sobre medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, conforme apropriado	19 Orientar sobre a importância do tratamento da doença de base para melhora do quadro geral;		x			

Quadro 21-Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela NIC para o diagnóstico de Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) da NANDA-I.

No Quadro 21, das 19 prescrições de enfermagem, 14 foram mapeadas na intervenção prioritária sugerida pela NIC “Cuidados circulatório: insuficiência arterial (4062). Ackley e Ladwing (2014) também citam esta intervenção como necessária para este diagnóstico.

Com base no diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204), e por meio das prescrições de enfermagem elaboradas, será possível obter os resultados esperados apresentados anteriormente: Perfusão Tissular periférica (0407), Integridade tissular: pele e mucosas (1101) e Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103).

Para alcançar o resultado esperado Perfusão Tissular periférica (0407) adequada, o enfermeiro precisa avaliar a circulação periférica do indivíduo. Assim, as prescrições elaboradas são justificadas pela literatura científica.

Em consonância com a literatura (SMELTZER; BARE, 1992), a assistência de enfermagem ao indivíduo com circulação periférica prejudicada, frente aos sinais apresentados no estudo de caso, foi planejada pelo enfermeiro no sentido de promover o fluxo sanguíneo por meio de exercícios moderados, diminuição da dor, pois, uma vez presente, este sintoma indica que os tecidos não estão recebendo adequadamente oxigênio. Outro cuidado volta-se para desencorajar a permanência de pé ou sentado durante tempo prolongado justificada pelo risco de estase venosa. Quanto à verificação dos pulsos, busca avaliar se há diminuição de fluxo sanguíneo ou obstrução pela ausência de pulsação. Acrescenta-se ainda, a necessidade de verificar a temperatura, pois quando o fluxo sanguíneo é inadequado resulta em extremidades frias e pálidas.

Considerando-se a importância da intervenção “Cuidados circulatório: insuficiência arterial (4062), uma vez implementadas as prescrições de enfermagem, irão repercutir nos resultados esperados, ou seja, na Integridade tissular: pele e mucosas (1101) e na Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103). Dessa forma, conclui-se que os cuidados elaborados pelos profissionais podem ser representados pela NIC e têm justificativa científica.

No Quadro 22, as 101 prescrições de enfermagem para os diagnósticos de alta acurácia pela NANDA-I estão representadas pelas intervenções da NIC em domínios e classes.

Diagnóstico de Enfermagem	Taxonomia NIC Nível 1 Domínio	Taxonomia NIC Nível 2 Classes	Intervenção de Enfermagem
Risco de infecção (00004)	Domínio 2 Fisiológico complexo	L Controle de Pele/Feridas	Cuidados com Úlceras de pressão (3520)
	Domínio 4 Segurança	V Controle de Risco	Controle de Infecção (6540) Proteção contra Infecção (6550)
Padrão Respiratório ineficaz (00032)	Domínio 2 Fisiológico complexo	K Controle Respiratório	Oxigenoterapia (3320)
			Monitoração respiratória (3350)
			Assistência ventilatória (3390)
Integridade da Pele Prejudica da (00046)	Domínio 2 Fisiológico complexo	V Controle de Risco	Monitoração de Sinais Vitais (6680)
			Cuidados da Pele: tratamento tópicos (3584)
			Cuidados com úlceras de pressão (3520)
	Domínio 3 Comportamental	L Controle de Pele/Feridas	Cuidados com lesões (3660)
			Precauções circulatórias (4070)
			Ensino: cuidados com os pés (5602)
Integridade Tissular prejudicada (00044)	Domínio 4 Segurança	V Controle de Risco	Proteção contra Infecção (6550)
	Domínio 2 Fisiológico complexo	D Apoio Nutricional	Terapia Nutricional (1120)
	Domínio 2 Fisiológico complexo	L Controle de Pele/Feridas	Cuidados com úlceras de pressão (3520)
Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)	Domínio 2 Fisiológico complexo	L Controle de Pele/Feridas	Cuidados Circulatórios: insuficiência arterial*
			Cuidados com lesões (3660)
			Cuidados com úlceras de pressão (3520)
	Domínio 3 Comportamental	N Controle da Perfusão Tissular	Prevenção de úlcera de Pressão (3540)
		S Educação do Paciente	Cuidados Circulatórios: insuficiência arterial (4062)
			Ensino: processo da doença (5602)

Quadro 22 - Síntese do mapeamento das intervenções de enfermagem pela NIC na taxonomia, para todos os diagnósticos de alta acurácia.

Assim, evidenciam-se os cuidados prescritos correspondentes às intervenções da NIC em três domínios: Domínio 2 Fisiológico complexo, Domínio 3 Comportamental e Domínio 4 Segurança; distribuídos em seis classes: Controle de Pele/ Feridas; Controle de Risco; Controle Respiratório; Controle da Perfusão

Tissular; Educação do Paciente; e Apoio Nutricional.

Desse modo, das intervenções propostas pela NIC, observam-se repetições em algumas delas especialmente para a intervenção *Cuidados com Úlceras de pressão* (3520), decrescendo para *Proteção contra Infecção* (6550); *Cuidados com lesões* (3660); e *Cuidados circulatórios: insuficiência arterial* (4062).

Essas intervenções repetidas representam as prescrições direcionadas para os problemas relacionados com a pele e a circulação.

Outro fato a ser destacado é que na categorização das 109 atividades com suas respectivas intervenções da NIC, estas foram classificadas como mais abrangentes em 47,7% (n=52) e em 30,0 % (n=33) como similar ao termo utilizado pelos profissionais. Os achados possibilitam afirmar que o saber fazer da enfermagem pode ser registrado e documentado pela NIC, dando visibilidade do cuidar, sob o respaldo de uma linguagem padronizada, além de dar subsídios ao enfermeiro para ampliar o cuidado prescrito ao selecionar uma intervenção e suas respectivas atividades.

Diante desses dados, percebe-se que a NIC é uma ferramenta passível de ser adotada na prática assistencial do enfermeiro, favorecendo uma comunicação com uma linguagem padronizada, a descrição da singularidade da enfermagem, além de proporcionar dados para o ensino na tomada de decisão clínica (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008).

5.4.6 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico de Padrão respiratório prejudicado (10001108) e a correspondência com Intervenção de Enfermagem da CIPE®

Para o diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório prejudicado, 10 prescrições de enfermagem foram elencadas com cinco diferentes cuidados. Destes, três são correspondentes à intervenção citada na CIPE® *Monitorar condição respiratória* (10121961), enquanto um estava para *Gerir a oxigenoterapia* (10031898) (Quadro 24).

Verifica-se na categorização de abrangência das cinco prescrições de enfermagem que as intervenções da CIPE® são similares em 40,0%, mais

abrangentes ao usado pelos enfermeiros, e em uma situação (20,0%) não teve concordância entre o termo usado pela classificação com o adotado pelo profissional; não foi identificada intervenção na categoria de igual abrangência.

Diante do resultado esperado elaborado pelo profissional que se refere ao padrão respiratório melhorado, as cinco prescrições de enfermagem estabelecidas direcionam-se para verificação da frequência, ritmo, alterações e profundidade da respiração. Nesse sentido, os dados objetivos coletados pelo exame físico indicam se a frequência respiratória encontra-se no padrão de normalidade (12 a 18 movimentos respiratórios por minuto); a profundidade é normal, superficial ou profunda; se o ritmo respiratório é regular ou irregular; e a ausculta dos sons pulmonares para verificar se os sons produzidos são vesiculares ou adventícios. Esses dados objetivos descritos caracterizam o padrão da respiração observada (ATKINSON; MURRAY, 1985).

Quanto à administração da terapia com oxigênio, esta é indicada quando se observa sinais de sofrimento respiratório como aumento da frequência respiratória, retrações, batimento de asa do nariz, sinais esses descritos no estudo de caso. Dessa forma, recomenda-se o monitoramento da concentração de oxigênio a ser administrado conforme prescrição (ATKINSON; MURRAY, 1985).

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório prejudicado (10001108)		Caracterização				
Intervenção CIPE®	Prescrição de enfermagem	1- O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
	1 Manter cabeceira elevada					x
Monitorar condição respiratória (10121961)	2 Monitorar o estado respiratório: frequência, profundidade e ao esforço		x			
	3 Registrar alterações do padrão respiratório		x			
	4 Monitorar o estado respiratório a frequência, ritmo, profundidade e quanto ao esforço			x		
Gerir a oxigenoterapia (10031898)	5 Monitorar administração da oxigenoterapia			x		

Quadro 23 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico de Padrão respiratório prejudicado (10001108)) da CIPE®

Diante da categorização apresentada no Quadro 23, verifica-se que a intervenção disponibilizada na versão 2 da CIPE® *Monitorar condição respiratória* (10121961) teve uma conotação similar e mais abrangente dependendo da prescrição de enfermagem elaborada. Já a intervenção *Gerir oxigenoterapia* (10031898) foi mais abrangente em comparação ao termo usado pelo profissional. Apenas uma prescrição de enfermagem não teve concordância com a terminologia, no entanto, é um cuidado estabelecido para facilitar a tosse e a remoção de secreções, com respaldo na literatura (ATKINSON; MURRAY, 1985).

5.4.7 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Risco de infecção (10015133) e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®

Para o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção (10015133) dos seis cuidados de enfermagem elaborados, quatro prescrições diferenciam. No mapeamento cruzado duas intervenções pela CIPE® são identificadas: 1) *Promover a higiene* (10032477); e 2) *Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo* (Quadro 24).

Verifica-se que a intervenção CIPE® *Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo* (10031592) é correspondente a duas prescrições de enfermagem, evidenciando que estas podem ser nomeadas com uma única afirmativa de intervenção de enfermagem pela CIPE®.

Quanto à categorização de abrangência, as intervenções da CIPE®, estão distribuídas em 75,0%% (n=3) mais abrangentes em relação intervenções usadas usado pelo profissional; em 25,0% (n=1), constata-se a inexistência de concordância do termo da classificação ao adotado pelo enfermeiro e nenhum nas demais categorias.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de infecção (10015133). Processo Patológico		Caracterização				
Intervenção da CIPE®	Prescrição de enfermagem	1 - O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2 - O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3 - O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4 - O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5 - Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
	1 Monitorar sinais de inflamação					X
Promover a higiene (10032477)	2 Manter higiene corporal			X		
Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo (10031592)	3 Orientar sobre cuidados com acesso venoso			X		
	4 Trocar o cateter a cada 24h			X		

Quadro 24 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico Risco de infecção (10015133) pela CIPE®.

Os cuidados prescritos conduzem ao resultado esperado elaborado pelo profissional e este resultado se refere à ausência de infecção. O acesso venoso é uma fonte de infecção da corrente sanguínea primária que pode estar associado à localização do acesso, a solução infundida, experiência do profissional que realiza o procedimento, bem como ao tempo de permanência, tipo e manipulação do cateter, entre outros. Vale destacar que o avanço tecnológico favorece a permanência do cateter por tempo mais prolongado podendo levar a infecção por este procedimento. A atenção a essas medidas visa prevenir a flebite, considerada uma complicação de maior incidência na terapia endovenosa (MESIANO; MERCHÁN-HAMANN, 2007).

5.4.8 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada (10001290) e sua correspondência com a Intervenção de Enfermagem da CIPE®

O diagnóstico de enfermagem relativo aos cuidados com a pele, Integridade da pele prejudicada, 1merecem 4 (quatro) prescrições de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros e posteriormente mapeadas pela pesquisadora; foram observadas correspondências a nove intervenções contidas na terminologia da CIPE®: 1) *Observar a lesão* (10013461); 2) *Ensinar sobre os cuidados à ferida* (10034961); 3) *Avaliar o autocuidado com a pele* (10030747); 4) *Avaliar a ferida* (10030799); 5) *Avaliar o risco para a úlcera por pressão* (10030710); 6) *Ensinar sobre a ingestão de líquidos* (10032939); 7) *Prevenir a úlcera de pressão* (10032431); 8) *Promover a higiene* (10032477); e 9) *Cuidar do local da ferida* (10004025).

Observam-se diferentes declarações de prescrições de enfermagem (12,13, e 14) elaboradas pelos enfermeiros quanto à realização de curativo, as quais foram mapeadas em uma única intervenção da CIPE®: *Cuidar do local da ferida* (10004025) (Quadro 25).

Em relação às abrangências das 14 prescrições de enfermagem, para 50,0% delas a intervenção da CIPE® foi categorizada como mais abrangente; para 21,4% (n=3) identificou-se similaridade e para igual número houve inexistência de concordância entre a CIPE® e o conteúdo prescrito pelo profissional. Em 7,1% das

prescrições a classificação CIPE[®] foi mais restrita em comparação ao termo adotado pelo enfermeiro.

Diagnóstico de enfermagem: Integridade da pele prejudicada (10001290)		Caracterização				
Intervenção da CIPE®	Prescrição de enfermagem	1 – O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
	1 Assegurar uma ingestão nutricional adequada					x
	2 Avaliar características da lesão					x
	3 Realizar mudança de decúbito					x
Observar a lesão (10013461)	4 Observar e registrar as condições da ferida e da região subjacente				x	
Ensinar sobre os cuidados com a ferida (10034961)	5 Ensinar o cliente sobre as técnicas de cuidados com a ferida		x			
Avaliar o autocuidado com a pele (10030747)	6 Supervisionar o cuidado com a pele			x		
Avaliar a ferida (10030799)	7 Avaliar o grau de ruptura da pele		x			
Avaliar o risco de úlcera por pressão (10030710)	8 Localizar áreas possíveis de úlcera por pressão e protegê-las			x		
Ensinar sobre a ingestão de líquido (10032939)	9 Estimular a hidratação			x		

continua...

Diagnóstico de enfermagem: Integridade da pele prejudicada (10001290)		Caracterização				
Intervenção da CIPE®	Prescrição de enfermagem	1 – O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
Prevenir a úlcera por pressão (10032431)	10 Prevenir lesões na pele		x			
Promover a higiene (10032477)	11 Manter higiene da pele				x	
Cuidar do local da ferida (10004025)	12 Limpar a ferida com solução antisséptica				x	
	13 Realizar curativo oclusivo com cobertura adequada				x	
	14 Realizar curativo diário oclusivo na área afetada, com cobertura adequada				x	

conclusão...

Quadro 25 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada (10001290) CIPE®

Observa-se que os cuidados prescritos (Quadro 25) pelos enfermeiros são pertinentes para alcance do resultado esperado que estabelece a promoção da cicatrização, contudo embora haja prescrições direcionadas para prevenção de úlcera por pressão, não se verificaram declarações de resultado para tal finalidade (Prevenção), dentre os elaborados pelos enfermeiros.

Neste sentido as intervenções mapeadas *Avaliar o risco para úlcera por pressão* (10030799) e *Prevenir a úlcera por pressão* (10032431) contidas na versão 2.0 da CIPE® são medidas preconizadas no protocolo para prevenção de úlcera por pressão (UPP) pelo Ministério da Saúde (MS) (2013), que destaca a importância de avaliar no momento da admissão do paciente o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) e se há presença de lesões na pele. Acrescenta-se, ainda, que a avaliação e os cuidados com a pele é de responsabilidade do enfermeiro, cabendo a este profissional classificar o paciente se encontra sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP pela escala de Braden (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outras medidas preventivas para UPP devem ser instituídas pelo enfermeiro como a inspeção diária da pele; classificação dos tipos de lesões (úlcera por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites); higienização e hidratação da pele; manutenção do paciente seco; avaliação da nutrição; redistribuição da pressão sobre as proeminências ósseas com o reposicionamento a cada 2 horas ou pela utilização de materiais como coxins e travesseiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; INCA 2009).

Um cuidado importante a ser considerado refere-se a educação do paciente sobre os cuidados e o tratamento da ferida. Estudo realizado por Santos et al., (2010), evidencia que a maioria dos profissionais de enfermagem orienta quanto ao procedimento a ser realizado.

Quanto à abrangência, considerando-se as nove intervenções contidas na CIPE® versão 2.0 correspondentes aos 11 cuidados prescritos pelos enfermeiros, verifica-se que sete intervenções propostas pela CIPE® foram categorizadas como mais abrangente em relação ao termo usado pelo enfermeiro e três delas como similares, mostrando que os cuidados de enfermagem para este diagnóstico podem ser nomeados pela CIPE®, o que significa afirmar a contribuição da CIPE® na documentação sistemática da prática do cuidado de enfermagem.

Chama atenção o fato de três prescrições de enfermagem elaboradas

pelos profissionais não serem mencionadas pela CIPE®; no entanto, são cuidados listados no protocolo de prevenção de UPP do Ministério da Saúde (2013), o que evidencia a necessidade de investimentos cada vez maiores em pesquisas para incluir novas afirmativas de intervenções pré-elaboradas que representem a prática de enfermagem nos cuidados preventivos de UPP ou com lesões de pele.

5.4.9 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Ferida (10021178) pequena no calcâneo e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®

Em relação à afirmativa diagnóstica Ferida (10021178) pequena no calcâneo, oito cuidados de enfermagem foram elaborados (sendo quatro prescrições distintas mencionadas por dois enfermeiros cada uma); estas foram mapeadas em três intervenções da CIPE®: 1) *Avaliar cicatrização da ferida* (10007218); 2) *Cuidar do local da ferida* (10004025); 3) *Observar a lesão* (10013461). Cabe lembrar que uma intervenção da CIPE® foi correspondente a duas prescrições dos enfermeiros (Quadro 26).

Ao se categorizar a abrangência, das quatro prescrições de enfermagem, em 75,0% a intervenção da CIPE® foi mais abrangente, em 25,0% a classificação foi mais restrita em comparação ao termo adotado pelo enfermeiro e nenhuma prescrição foi identificada nas demais categorias.

Diagnóstico de enfermagem: Ferida pequena no calcâneo: Ferida (10021178).		Caracterização				
Intervenção da CIPE®	Prescrição de enfermagem	1- O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
Avaliar Cicatrização da Ferida (10007218)	1. Avaliar a ferida quanto o tamanho, cor e exsudato.			x		
Cuidar do local da ferida (10004025)	2. Realizar curativo oclusivo primário com cobertura de prata e depois com cobertura secundária com gazes e atadura.			x		
	3. Realizar a limpeza com sabonete antibacteriano e solução fisiológica a 0,9%			x		
Observar a lesão (10013461)	4. Registrar as condições do paciente e as características da ferida.				x	

Quadro 26 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico Ferida pequena no calcâneo da CIPE®.

As intervenções da CIPE[®], correspondentes às prescrições de enfermagem, são ações de cuidados que abrangem a avaliação e o tratamento básico de ferida. Em relação à avaliação da ferida, observam-se as características quanto à invasão de estrutura do corpo; destruição de camadas da pele; rompimento da superfície; altura; largura; profundidade; volume; presença de tecidos cicatrizados, de granulação, hipergranulação, neovascularização, neovascularização insuficiente, tecido desvitalizado, borda da lesão, sinais de infecção e o tipo de exsudato (GUIMARÃES et., 2010). Quanto aos cuidados voltados para o tratamento da lesão, as ações são básicas, constituindo-se da limpeza para remoção de restos celulares e contaminantes e aplicação de curativo para facilitar a cicatrização e a absorção de secreção e proteção da ferida (AZEVEDO, 2005).

Diante do exposto, pode-se considerar que as intervenções da CIPE[®] *Avaliar Cicatrização da Ferida* (10007218) e *Cuidar do local da ferida* (10004025) foram mais abrangentes do que prescrições feitas pelos profissionais conforme literatura disponível e citada.

5.4.10 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Úlcera (10020237) pequena no calcanhar e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE[®]

Para o diagnóstico de enfermagem Úlcera pequena no calcanhar foram construídas nove prescrições de enfermagem pelos enfermeiros. Estas foram mapeadas pela pesquisadora em sete intervenções contidas na CIPE[®]: 1) *Cuidar do local da ferida* (10004025); 2) *Observar a lesão* (10013461); 3) *Promover a higiene* (10032477); 4) *Prevenir a úlcera por pressão* (10032431); 5) *Cuidados com a úlcera por pressão* (10032420); 6) *Administrar medicação para a dor* (10023084); e 7) *Ensinar sobre os cuidados à ferida* (10034961) (Quadro 27).

Verifica-se que também a intervenção da CIPE[®] *Cuidar do local da ferida* (10004025) é correspondente a duas prescrições de enfermagem feitas pelos enfermeiros; por outro lado, um cuidado elaborado pelos enfermeiros foi considerado pertinente a duas intervenções desta classificação: *Prevenir a úlcera de pressão* (10032420) e *Cuidados com a úlcera por pressão* (10032420). Portanto, a

documentação registrada pelo enfermeiro tem um caráter abrangente, e pode ser redigida pela CIPE[®] sob duas perspectivas de cuidado.

Em relação à abrangência, das nove prescrições de enfermagem, para 55,5% delas a intervenção da CIPE[®] foi categorizada como mais abrangente; em 11,1% a classificação teve um caráter mais restrito e em igual número (11,1%), a intervenção da CIPE[®] foi similar ao conteúdo usado pelo profissional. Em 22,2% identificou-se a não concordância do termo da classificação ao conteúdo empregado pelo enfermeiro.

Diagnóstico de enfermagem: Úlcera (10020237) pequena no calcanhar: Ferida aberta ou lesão		Caracterização				
Intervenção da CIPE®	Prescrição de enfermagem	1- O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
	1 Manter lençóis limpos, secos e lisos					x
	2 Utilizar coxins para aliviar a pressão do calcanhar sobre o leito					x
Cuidar do local da ferida (10004025)	3 Realizar curativo oclusivo ou de acordo com a indicação do tipo de cobertura utilizada			x		
	4 Realizar curativos com substâncias prescritas			x		
Observar a lesão (10013461)	5 Avaliar as características da ferida durante a realização do curativo				x	
Promover a higiene (10032477)	6 Orientar a higiene corporal protegendo a lesão			x		
Prevenir a úlcera de pressão (10032431)	7 Orientar sobre medidas preventivas e sinais de complicação da úlcera			x		
Cuidados com a úlcera por pressão (10032420)						
Administrar medicação para dor (10023084)	8 Administrar analgésico prescrito 30 minutos antes da realização do curativo		x			
Ensinar sobre os cuidados à ferida (10034961)	9 Orientar paciente e familiares sobre cuidados com a úlcera			x		

Quadro 27 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico Úlcera (10020237) pequena no calcanhar o da CIPE®

O problema de pele, abordado anteriormente em outras afirmativas diagnósticas com base na CIPE[®], mostra que as intervenções de enfermagem elencadas são semelhantes às estabelecidas para o diagnóstico Úlcera (10020237) pequena no calcanhar, com exceção de: *Cuidados com a úlcera por pressão* (10032420) e *Administrar medicação para a dor* (10023084). Quanto aos cuidados com úlcera por pressão, estes perpassam pelas medidas citadas para prevenção de alterações cutâneas descritas no protocolo de prevenção de UPP do Ministério da Saúde (2013). A administração de analgésico visa o manejo da dor, provocada pela presença de ferida, que pode ser intensificada no momento da realização do curativo.

5.4.11 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Erosão tissular (10019732) e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE[®]

Em relação ao último diagnóstico de enfermagem relacionado aos problemas de pele, Erosão tissular, foram identificados quatro cuidados prescritos pelos profissionais; posteriormente estes, foram mapeados pela pesquisadora em três intervenções da CIPE[®]: 1) *Avaliar a cicatrização da ferida* (10007218); 2) *Encorajar repouso* (10014383); e 3) *Cuidar do local da ferida* (10004025) (Quadro 28).

Quando categorizadas em relação à abrangência desses cuidados, as intervenções da CIPE[®], foram consideradas como igual (25,0%), similar (25%), mais abrangente (25%) e com inexistência de concordância entre o termo da classificação ao adotado pelo enfermeiro (25%) e na categoria mais restrito não foi identificado nenhum conteúdo.

Diagnóstico de enfermagem: Erosão tissular. Integridade Tissular Corporal Prejudicada		Caracterização				
Intervenção da CIPE®	Prescrição de enfermagem	1- O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
	1 Elevar membro inferior direito					x
Avaliar a cicatrização da ferida (10007218)	2 Avaliar a cura da ferida		x			
Encorajar repouso (10014383)	3 Encorajar repouso	x				
Cuidar do local da ferida (10004025)	4 Trocar curativo			x		

Quadro 28 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem para o diagnóstico Erosão tissular (10019732) pela CIPE®.

As intervenções de enfermagem da CIPE®, *Avaliar a cicatrização da ferida* (1000425) e *Cuidar do local da ferida* (10004025), prescritas para as afirmativas diagnósticas que retratam as alterações cutâneas foram discutidas anteriormente segundo a literatura.

Quanto à intervenção de enfermagem da CIPE®, *Encorajar repouso* (10014383) é uma medida favorável, mas merece uma atenção maior, pois em relação a feridas localizadas em regiões com alta mobilidade ou em áreas de pressão como a região sacra e calcânea, pode ocorrer uma interrupção do suprimento sanguíneo e, por conseguinte, comprometer o aporte insuficiente de nutrientes necessários à cicatrização (TRABASSO, 2003).

5.4.12 Mapeamento cruzado: cuidados prescritos para o diagnóstico Perfusão tissular ineficaz (10001344) e sua correspondência à Intervenção de Enfermagem da CIPE®

Quanto à necessidade de cuidados para o problema relacionado à circulação, a afirmativa diagnóstica Perfusão tissular obteve um número menor de prescrição de enfermagem no valor de três cuidados prescritos assim como nenhum resultado esperado foi estabelecido. As intervenções de enfermagem da CIPE® mapeadas para dois cuidados prescritos compreendem: 1) *Monitorar sinais vitais* (10032113); e 2) *Avaliar a perfusão dos tecidos* (10030775) (Quadro 29).

Na categorização, em 33,3% (n=1) das intervenções da CIPE® foram categorizadas como similares, não tendo sido encontrado as categorizações “mais abrangentes” e “inexistência de concordância” do termo da classificação em comparação ao termo adotado pelo enfermeiro, nas demais não foi encontrado.

Diagnóstico de enfermagem: Perfusão tissular (10001344): Processo Vascular prejudicado.		Caracterização				
	Prescrição de enfermagem	1- O termo da CIPE® é Igual ao usado pelo enfermeiro	2- O termo da CIPE® é Similar ao usado pelo enfermeiro	3- O termo da CIPE® é Mais abrangente ao usado pelo enfermeiro	4- O termo da CIPE® é Mais restrito ao usado pelo enfermeiro	5- Não existe concordância entre o termo da CIPE® e o usado pelo enfermeiro e a usada pelo enfermeiro
	1 Identificar sinais como pele fria, edema e congestão pulmonar					x
Monitorizar os sinais vitais (10032113)	2 Observar pulso periférico			x		
Avaliar a perfusão dos tecidos (10030775)	3 Avaliar as alterações de perfusão		x			

Quadro 29 - Mapeamento e caracterização da Intervenção de Enfermagem pela CIPE® para o diagnóstico Perfusão tissular (10001344) CIPE®.

Cabe lembrar que as prescrições de cuidados elaboradas pelos profissionais que adotaram a CIPE[®], apresentam o mesmo suporte da literatura já apresentada quando da análise dos cuidados para o diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz (00204) da NANDA-I. Acrescenta-se, ainda, que a prescrição Identificar sinais como pele fria, edema e congestão pulmonar, elaborada pelo profissional, também é recomendada pela literatura (SMELTZER; BARE, 1992).

Diante das 54 prescrições de enfermagem elaboradas para os diagnósticos de enfermagem de alta acurácia, pela CIPE[®], apresenta-se, a síntese do mapeamento das intervenções de enfermagem (Quadro 30).

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem pela CIPE [®]
Padrão Respiratório prejudicado (100001108)	Monitorar condição respiratória (10121961)
	Gerir a oxigenoterapia (10031898)
Integridade da Pele Prejudica da (00046)	Observar a lesão (10013461)
	Ensinar sobre os cuidados com a ferida (10034961)
	Avaliar o autocuidado com a pele (10030747)
	Avaliar a ferida (10030799)
	Avaliar o risco para úlcera por pressão (10030710)
	Ensinar sobre a ingestão de líquido (10032939)
	Prevenir a úlcera por pressão (10032431)
	Promover a higiene (10032477)
	Cuidar do local da ferida (10004025)
Ferida (10021178) pequena no calcâneo	Avaliar Cicatrização da Ferida (10007218)
	Cuidar do local da ferida (10004025)
	Observar a lesão (10013461)
Úlcera (10020237) pequena no calcanhar	Cuidar do local da ferida (10004025)
	Observar a lesão (10013461)
	Promover a higiene (10032477)
	Prevenir a úlcera de pressão (10032431)
	Cuidados com a úlcera por pressão (10032420)
	Administrar medicação para dor (10023084)
	Ensinar sobre os cuidados à ferida (10034961)

continua...

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem pela CIPE®
Risco de infecção (10015133)	Promover a higiene (10032477)
	Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo (10031592)
Erosão tissular (10019732)	Avaliar a cicatrização da ferida (10007218)
	Encorajar repouso (10014383)
	Cuidar do local da ferida (10004025)
Perfusão tissular ineficaz (10001344)	Monitorizar os sinais vitais (10032113)
	Avaliar a perfusão dos tecidos (10030775)

conclusão.

Quadro 30 - Síntese do mapeamento das intervenções de enfermagem pela CIPE®, para todos os diagnósticos de alta acurácia.

Analisando as 28 intervenções de enfermagem disponíveis na CIPE® versão 2.0, para os sete diagnósticos, constata-se repetições de intervenções, principalmente quanto ao risco de alterações cutâneas e lesão tecidual; são elas : 1) Observar a lesão (10013461); 2) Promover a higiene (10032477); 3) Prevenir a úlcera por pressão (10032431); 4) Ensinar sobre os cuidados à ferida (10034961); 5) Promover a higiene (10032477); 6) Avaliar a cicatrização da ferida (10007218); e 7) Cuidar do local da ferida (10004025).

Na categorização das 41 intervenções de enfermagem contidas na CIPE®, em 48,8% são mais abrangentes, não existindo concordância em 21,9 % e em 17,1% foram consideradas de similar abrangência ao termo utilizado pelos profissionais. Os achados indicam que a prática de cuidado de enfermagem é possível de ser registrada e documentada pela CIPE®, padronizando as informações e possibilitando uma análise do ambiente de cuidado (CIE, 2011), ainda que distintas intervenções se apresentem como similares ou pertencentes a um leque de opções dificultando possíveis avaliações de eficácia.

Considerações sobre as intervenções de enfermagem elaboradas pelos participantes dos grupos A e B

Considera-se que as prescrições estabelecidas pelos participantes dos grupos A e B, têm uma fundamentação pautada na literatura. Ao comparar as sínteses dos mapeamentos das intervenções de enfermagem pela NIC e CIPE® percebem-se algumas semelhanças entre as intervenções para as alterações respiratórias e quanto aos cuidados com a pele, para os problemas de risco e presentes (atuais) (Quadro 31).

Vale destacar que os diagnósticos de risco e das alterações presentes na pele rotulados pela CIPE®, analisaram-se todas as intervenções, e as mais frequentes, as quais já descritas anteriormente foram comparadas as intervenções pela NIC para os diagnósticos, Risco de infecção (00004), Integridade da pele prejudicada (00046) e Integridade tissular prejudicada (000044) (Quadro 31).

Problemas de Enfermagem	NIC	CIPE®
Alterações no sistema respiratório	Monitoração respiratória (3350)	Monitoração respiratória (10121961)
	Oxigenoterapia (3320)	Gerir oxigenoterapia (10031898)
Risco e alterações na pele	Controle de infecção (6540)	Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo (10031592)
	Cuidados com úlcera (3520)	Avaliar a cicatrização da ferida (10007218)
		Prevenir a úlcera de pressão (10032431)
	Cuidados com lesões (3660)	Observar a lesão (10013461)
		Cuidar do local da ferida (10004025)
		Avaliar a ferida (10030799)

Quadro 31 - Congruências entre as intervenções de enfermagem por diferentes classificações para alterações respiratórias e os cuidados com a pele

Diante dos dados, mostra a possibilidade de comparações de dados (intervenções) adotando a NIC e CIPE® para a mesma situação clínica apresentada (Estudo de caso), no entanto, um ponto a destacar e que provoca inquietação

quanto ao uso da CIPE[®], da importância de elaborar catálogos, com orientações das melhores evidências para direcionar o cuidado conforme diagnóstico.

Reforça-se que o estudo em questão como outros (SOUZA et al., 2013; GARCIA; NÓBREGA, 2013; MATA et al., 2012; CARVALHO et al., 2008) têm divulgado que o ambiente da prática pode ser representada por um sistema de linguagem padronizada. Outro aspecto a ser considerado é a educação continuada para empregar a taxonomia NIC e a CIPE[®], a fim de garantir uma documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente pelo enfermeiro (GARCIA; NÓBREGA, 2013; CARVALHO; MARTINS; DALRI, 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se os achados da pesquisa, emergem reflexões quanto aos desafios com os quais a Enfermagem ainda se defronta, relacionados ao processo de implementação do uso de linguagem padronizada para documentação dos fenômenos de Enfermagem.

A adoção do estudo de caso na pesquisa possibilitou identificar fragilidades e potencialidades do processo de enfermagem nas etapas de diagnóstico, planejamento e intervenção, ao empregar a taxonomia da NANDA-I, a NOC, NIC e da CIPE®.

Verificam-se, nos achados do estudo, a complexidade de obter diagnósticos de enfermagem precisos que correspondam aos dados clínicos apresentados no estudo de caso, assim como, a complexidade no uso da taxonomia da NANDA-I e da CIPE® para nomeá-los. Acrescenta-se, ainda, a importância de empregar a escala de acurácia diagnóstica versão 2 para classificar os diagnósticos levantados pelos 24 enfermeiros do estudo.

Ao refletir sobre as gerações do processo de enfermagem, percebe-se que mesmo com a inserção da etapa diagnóstica, desde a década de 1970, e com o desenvolvimento e divulgação das taxonomias da NANDA-I e da CIPE® no Brasil, ainda se identificam dificuldades no emprego tanto desta etapa do cuidar quanto da terminologia citada.

Vale ressaltar que a alta acurácia diagnóstica foi mais presente no grupo dos profissionais que adotaram a NANDA-I (grupo A) em relação à CIPE® (grupo B). No entanto, os achados de nula precisão diagnóstica também esteve presente em 23,5% no grupo A e 44,2% no grupo B, evidenciando ser imperativo o aprofundamento e ou desenvolvimento da capacidade do diagnosticador na elaboração de diagnósticos de alta acurácia, independente da taxonomia empregada.

Quanto ao uso da CIPE®, a inquietude surge da fragilidade no raciocínio diagnóstico e, por conseguinte, nos reflexos dessa fragilidade, como a geração de uma diversidade de rótulos caracterizados de baixa e nula precisão diagnóstica.

Outra questão a ser considerada é que a atividade diagnóstica na enfermagem é privativa do enfermeiro conforme a Lei do Exercício Profissional e a Resolução nº 358/2009 do COFEN; mas cabe ressaltar, que investimentos na educação, no serviço precisam ser vistos como prioridade para aprimorar a habilidade diagnóstica, a fim de assegurar um plano de cuidado individualizado.

A ponderação quanto ao planejamento das ações, etapa seguinte do processo de enfermagem volta-se ao leque de opções de que o enfermeiro dispõe para selecionar um resultado e seus respectivos indicadores em busca de melhores resultados. Ao adotar a NOC, confirma-se a viabilidade do seu uso, especialmente com sua abrangência, e sua contribuição no planejamento do cuidado de enfermagem.

Em relação ao emprego da CIPE[®], percebe-se que os resultados esperados têm uma abrangência menor, sendo um ponto a ser fortalecido nesta terminologia.

Esses apontamentos também se aplicam à escolha do cuidado/tratamento a ser instituído. A NIC proporciona ao profissional opções com maior amplitude para elencar as intervenções e atividades; a CIPE[®], novamente, mostra menor abrangência o que reorça a consideração de que mais investimentos em pesquisas são necessários para que a terminologia seja representativa da prática clínica do enfermeiro.

Diante das fragilidades encontradas ao empregar as diferentes taxonomias, recomendam-se as seguintes estratégias para o seu fortalecimento:

- No ensino: intensificação no uso do estudo de caso, com abordagem dos temas sobre raciocínio clínico e uso das taxonomias da NANDA-I, NOC, NIC e da CIPE[®] nos curso de graduação e pós-graduação, assim como na formação profissionalizante, respeitando a lei do exercício profissional; retorno aos cenários pesquisados para discutir sobre os temas citados e reaplicar o estudo de caso para nomear os fenômenos de enfermagem: diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem; Adoção da escala de aurácia diagnóstica versão 2 para o automonitoramento pelo graduando e profissional;
- Nos serviços de saúde: educação em serviço, com realização de oficinas, reuniões científicas, utilizando-se o estudo de caso para aproximar as terminologias da documentação do cuidado de enfermagem; Desenvolvimento de análises similares a esta, servindo-se de dados reais de diferentes contextos clínicos.
- Nos órgãos de classe: intensificar nos diversos eventos; que abordam o cuidar, a importância do raciocínio clínico e modo de empregar essas taxonomias para nomear os fenômenos; estimular os serviços de saúde e

contribuir na discussão com os enfermeiros e gestores a respeito dessa temática e das possíveis estratégias para superar esse desafio que é o registro do processo de enfermagem com base em uma linguagem padronizada.

7. LIMITAÇÕES

As limitações da pesquisa ora realizada iniciam-se com a possível interveniência da limitação numérica de profissionais que dominam ambas as classificações, levando a empregar grupos distintos, de locais distintos, embora com condições de trabalho similares. A cultura das instituições pode ter interferido nos dados.

- Alguns pontos de dificuldade na fase de procedimento merecem ser destacados, à guisa de contribuição para futuros estudos:
- A validação do conteúdo do estudo de caso mostrou-se um procedimento metodológico prolongado, pela demora quanto ao retorno do material; nesse sentido, sugere-se que esta etapa seja desenvolvida presencialmente, facilitando a operacionalização da pesquisa.
- A dificuldade de adesão dos enfermeiros para participar da pesquisa por se colocarem em processo avaliativo;
- A demora no retorno do instrumento respondido pelos participantes, talvez pela dificuldade de utilizar a taxonomia solicitada.
- A necessidade de maior enfoque na realização do mapeamento e refinamento dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem, já que é uma tarefa difícil de ser executada, principalmente por ter se adotado diferentes taxonomias.

8. CONCLUSÕES

Considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, uma vez que foi possível identificar a frequência, os rótulos, a acurácia, as convergências e divergências dos diagnósticos de enfermagem elaborados pelos enfermeiros com base nas classificações da NANDA-I e CIPE[®], assim como a frequência do conteúdo dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem e suas correspondências com a NOC, NIC e CIPE[®].

Num total de 24 enfermeiros, reunidos em grupos A e B, que desenvolvem suas atividades em instituições públicas de ensino e de assistência no âmbito hospitalar, em número de participantes equitativo para ambos os grupos com 7 docentes e 5 enfermeiros, verifica-se que todos apresentam pós graduação, *stricto sensu* ou *lato sensu*, com percentual maior de doutores e mestres 54,2%, seguindo-se os especialistas (33,3%) e os que apresentam com formação de residência em enfermagem (12,5%)

Dos 12 enfermeiros do grupo A, 58,3% têm experiência no uso da taxonomia da NANDA-I no período até cinco anos (sendo que três com menos de um ano) e os demais menor tempo quanto ao emprego da NOC e NIC; o tempo de uso até cinco anos por enfermeiro atingiu 83,4% dos participantes.

No grupo B, dos 12 profissionais, 58,3% têm experiência com o uso da CIPE[®] de 6 anos ou mais; dos cinco (41,7%) que relataram terem até cinco anos de uso desta linguagem, três têm menos de um ano. A caracterização desses profissionais evidencia que o uso das diferentes taxonomias, seja na prática docente ou na clínica, ainda é recente.

Em relação à autoavaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados, por outro lado, verifica-se que ambos os grupos se classificaram com elevada acurácia, ou seja 66,7% dos enfermeiros do grupo A e 58,3% no grupo B. Apenas 16,7% se autoavaliou entre 0 a 39% de acurácia diagnóstica com a CIPE[®].

Ao analisar os enunciados diagnósticos por grupo, obteve-se no grupo A 20 declarações diagnósticas, totalizando uma frequência de 51 rótulos; destes, 54,9% foram de alta acurácia, decrescendo para 23,5% para acurácia nula, 15,7% com baixa acurácia e 5,9% na acurácia moderada. Os títulos de diagnósticos de enfermagem classificados com alta acurácia compreendem em: Padrão respiratório ineficaz; Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; e Perfusão tissular prejudicada. Na acurácia moderada encontram-se: Débito cardíaco diminuído e Risco de intolerância à atividade. Na acurácia baixa

foram os diagnósticos: Troca de gases prejudicada e Dor aguda. Na acurácia nula 11 diagnósticos de enfermagem foram identificados: Volume de líquidos excessivos; Dor; Intolerância a atividade; Risco de disfunção neurovascular; Perfusão tissular ineficaz; Conforto prejudicado; Déficit de autocuidado; Potencial para temperatura elevada; Risco de função respiratória ineficaz; Risco de hipertermia e Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz.

No grupo B, foram arrolados 30 afirmativas diagnósticas totalizando 43 declarações; destas, 44,2% na categoria acurácia nula, seguidas de 39,5% com alta acurácia, 16,3% com baixa acurácia e nenhuma afirmativa diagnóstica foi classificada na categoria de moderada acurácia.

As declarações diagnósticas identificadas na categoria de alta acurácia foram: Integridade da pele prejudicada; Risco para infecção; Padrão respiratório prejudicado; Úlcera pequena no calcanhar; Ferida pequena no calcâneo; Erosão tissular e Perfusão tissular ineficaz. Quanto às afirmativas diagnósticas de baixa acurácia foram: Tosse produtiva; Edema periférico; Edema no membro inferior direito; Edema; Troca de gases prejudicada; e Dor. Os enunciados diagnósticos de acurácia nula foram: Dispneia severa; Mobilidade física prejudicada; Mobilidade prejudicada; Dispneia; Processo respiratório prejudicado (dispneia); Dispneia de repouso; Risco de infecção pulmonar; Ferida infectada; Dor na ferida; Dor isquêmica; Perfusão tissular cardíaca alterada; Capacidade de autocuidado prejudicado; Risco de pneumonia; Insuficiência respiratória; Atividade física prejudicada; Acesso venoso periférico; e Oxigenoterapia.

Diante dos rótulos diagnósticos presentes nos grupos A e B, as convergências e divergências foram analisadas por categorias de acurácia diagnóstica, exceto na moderada acurácia, sendo identificada apenas a divergência pela inexistência de afirmativas diagnósticas pela CIPE® para comparações entre as taxonomias.

Na alta acurácia, as correspondências encontradas direcionam-se para os títulos de diagnósticos nas necessidades de cuidados de enfermagem para o sistema respiratório, tegumentar e circulatório. No sistema respiratório: Padrão respiratório ineficaz (00032) (NANDA-I, 2013) e Padrão respiratório prejudicado (10001108) (CIPE®, 2011); cuidados com a pele, o enunciado foi semelhante no diagnóstico de risco: Risco de infecção (00004) (NANDA-I, 2013) e Risco de infecção (10015133) (CIPE®, 2011). No sistema circulatório: Perfusão tissular

periférica ineficaz (00204) pela NANDA-I e Perfusão tissular ineficaz (10001344) na CIPE®.

Em relação à divergência, constata-se no diagnóstico presente relacionado a problemas na pele, que a CIPE® possibilitou elaborar maior número de diagnósticos para os cuidados com pele devido às combinações dos eixos *foco*, *juízo* e *localização* que resultou nas seguintes afirmativas: Integridade da pele prejudicada (10001290); Úlcera (10020237) pequena no calcanhar; Ferida (10021178) pequena no calcâneo; e Erosão tissular (10019732). Já na NANDA-I, existem duas maneiras para elencar as alterações presentes na pele: Integridade da pele prejudicada (00046) e Integridade tissular prejudicada (00044).

Quanto aos diagnósticos categorizados na categoria de moderada acurácia, identificaram-se no grupo A, Débito cardíaco diminuído (00029) e Risco de intolerância à atividade (00094) da NANDA-I. As semelhanças não foram comparadas pela inexistência de rótulos no grupo B. Em relação ao ponto de divergência entre as taxonomias, sugere-se que a NANDA-I parece facilitar aos enfermeiros a elaboração de diagnóstico por apresentar características definidoras e fatores relacionados para cada diagnóstico. Assim, possivelmente, a taxonomia possa ajudar na elaboração de diagnósticos dessa categoria de acurácia.

Já na categoria de baixa acurácia, as convergências também se encontram nos títulos dos diagnósticos: Troca de gases prejudicada (00030) pela NANDA-I e Troca de gases prejudicada (10001177) na CIPE®. Ainda identificou-se correspondência parcial no conceito do diagnóstico Dor aguda (00132) da NANDA-I e Dor (10023130) pela CIPE®. Encontra-se um ponto de divergência atrelado ao título do diagnóstico, pois na NANDA-I, este diagnóstico é classificado quanto ao tempo (aguda ou crônica) e na CIPE®, o próprio termo Dor já se encontra implicado no termo no eixo *foco* e no eixo *juízo*.

Com relação à identificação da frequência dos rótulos do conteúdo dos resultados esperados elaborados pelos enfermeiros, verificam-se 25 resultados estabelecidos. Após mapeamento e refinamento com a NOC, os resultados esperado foram correspondentes para 11 resultados sugeridos pela NOC, com predomínio em: Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103) e Integridade tissular: pele e mucosas (1101).

No grupo B, 13 resultados de enfermagem foram estabelecidos e os enunciados nem sempre utilizaram o mesmo termo do eixo *foco* e termos do eixo

juízo utilizados nas sete declarações diagnósticas estabelecidas empregando-se a CIPE®.

Em relação às prescrições de enfermagem para cada diagnóstico, obtiveram-se no grupo A 101 prescrições de cuidados; no grupo B foram feitas 54 prescrições. Quanto à correspondência das prescrições estabelecidas pelos profissionais com a NIC, estas foram mapeadas em 21 intervenções de enfermagem, distribuídas na taxonomia nos domínios: fisiológico complexo, comportamental e segurança e nas classes: Controle de Pele/ Feridas; Controle de Risco; Controle Respiratório; Controle da Perfusão Tissular; Educação do Paciente; e Apoio Nutricional.

No grupo B, as 54 prescrições de cuidados foram mapeadas e refinadas em 28 intervenções de enfermagem da CIPE® versão 2.0 são elas: Observar a lesão (10013461); Promover a higiene (10032477); Prevenir a úlcera de pressão (10032431); Ensinar sobre os cuidados à ferida (10034961); Promover a higiene (10032477); Avaliar a cicatrização da ferida (10007218); e Cuidar do local da ferida (10004025).

Diante dos achados da pesquisa, comprova-se que as taxonomias estudadas podem ser aplicadas no cotidiano da prática clínica do enfermeiro, comprovando-se ainda que estas apresentam ponto de convergência em face à mesma situação clínica. Para o êxito no seu emprego, com a finalidade de se alcançar o cuidado e a documentação pertinente, recomenda-se promover educação continuada e permanente nos órgãos formadores e nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ACKLEY, BJ; LADWIG, G.B. **Nursing diagnosis handbook**. An evidence- based guide to planning care. 10ª ed, 2014.

AGUIAR, M. I. F. et al., Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, 2010.

ALBUQUERQUE, L.M.; CUBAS, M. R. **Cipescando em Curitiba**: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn, 2005.

ALBUQUERQUE,C.C; NÓBREGA, M. M. L; FONTES, W.D. Sistematização da Assistência de Enfermagem A um binômio mãe- lactentes utilizando a teoria das Necessidades Humanas Básicas e a CIPE© VERSÃO 1.0. **Cienc Cuid Saude** v 7 n3, 2008.

ALFARO-LeFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**. Uma Ferramenta para o pensamento crítico.Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, M. A.; PERGHER, A. K.; CANTO, D. F. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem** v18 n1, 2010.

ALMEIDA, M.A.; SEGANFREDO, D.H.; UNICOVSKY, M.R. Validação de indicadores da Classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Rev Esc Enferm USP** v44 n 4, 2010.

ALMEIDA, M.A.; SEGANFREDO, D.H.; CANTO, D.F. Aplicabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem em pacientes com Déficit no Autocuidado: banho/higiene. **Rev Gaúcha Enferm** v31 n1, 2010.

AMORIM, R.C. A questão do gênero no ensinar em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ** v17 n1, 2009.

APOSTOLICO, M. R.; CUBAS, M. R.; ALTINO, D. M. Contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. **Texto Contexto Enferm** v 16 n 3, 2007.

ARAÚJO, L.C.A et al., **Projeto Pedagógico do Curso de bacharelado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde**, 2010.

ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Rev bras enferm** v 62 n1, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Estatuto**, 2005.

ATKINSON, L.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem**. Introdução ao Processo de Enfermagem. Guanabara Koogan, 1985.

AZEVEDO MF. **Feridas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

BARRA, D. C. C; SASSO, G. T. M. D. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0[®]. **Texto Contexto Enferm**, v 19 n1, 2011.

BARROS, A. L. B. L et al., Exame do tórax cardiocirculatório. In: BARROS, A. L. B. L & COLS. **Anamnese & exame físico**. Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BARROS, A. L. B. L et al. Histórico da tradução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e a sua utilização no Brasil. **Acta Paul Enf** v13 número especial, 2000.

BARROS, K. M. **Revisão do Diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada: uma análise de conceito**. 2012.137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Dissertação.Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

BATISTA, C. G.; MATOS, M. M. O acordo entre observadores em situação de registro cursivo: definições e medidas. **Psicologia**, v. 10 n. 3, 1984.

BECKER, T.A.C; TEIXEIRA, C.R.S; ZANETTI, M.L. Diagnóstico de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Rev Bras Enferm** v61 n6, 2008.

BETTENCOURT, A.R.C. et al., Exame do tórax: aparelho respiratório. In: BARROS, A. L. B. L & COLS. **Anamnese & exame físico**. Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L. Assistência de Enfermagem a paciente com lúpus eritematoso sistêmico utilizando a CIPE[®]. **Rev**

Gaúcha Enferm v 29 n1, 2008.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev Latino-Am Enfermagem** v11 n2, 2003.

BRYANT, R. A. **Acute and chronic wounds: Nursing Managment**. 2nd ed. St Louis: Mosby, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. Anvisa. Fiocruz. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Série cuidados paliativos, 2009.

BRASIL. COFEN. **Resolução n. 272 de 15 de outubro de 2009b**. 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. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>. Acesso em: 01/11/2009.

BRASIL. COFEN. **Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009b**. 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. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>. Acesso em: 01/11/2009.

BRASIL. COFEN. **Lei do Exercício Profissional 7.498/86**. Dispõe sobre Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

BRITO, S. O nutricionista na avaliação e no tratamento de pacientes portadores de ferida. In: DANTAS, SR. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo. Atheneu, 2003.

BULECHEK, G. M.; DOCHTERMAN, J. M; BUTCHER, H. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BULECHEK, G. M. et al., **Nursing Intervention Classification**. (NIC). Elsevier. 6th Ed, 2013.

CARMO, S. S. et al., Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Rev. Eletr. Enf.** v9 n2, 2007.

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C; BACHION, M.M. Raciocínio Clínico e Estabelecimento dos Diagnósticos, dos Resultados e das Intervenções de Enfermagem. In: GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem* v22 n esp, 2009.

CARVALHO, E. C. et al., Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem** v10 n1, 2008.

CARVALHO, E. C. et al., Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes de uma unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem** v16 n4, 2008.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A.; DALRI, M. C. B. A Produção científica sobre as classificações de enfermagem: contribuição da Pós-Graduação da EERP-USP. In: 9º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 2008. **Anais**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2008. p.1-3

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validation of ICNP- Alpha Version in Brazil. In: Marilyn J. Rantz; Priscilla LeMone. (Org.). **Classification of Nursing Diagnoses - Proceedings of the Fourteenth Conference**. Glendale: Editora Cinahl Information Systems, 2002, v. 1, p. 60-66.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. C. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v18 n1, 2010.

_____. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: GAIDZINSKI, Raquel Rapone et al., **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHAVES, M. M. N.; FARIAS, F. C. S. A; APOSTÓLICO, M. R. et al., Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP** v 45 n1, 2011.

CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva- CIPESC**. Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

COENEN, A; RYAN, P; SUTTON, J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Interventions Classification (NIC). **Nursing diagnosis**. Philadelphia v8 n4, 1997.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE, Versão 2.0**: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Argol editora, 2011.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE, Versão 1.0**: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Argol editora, 2007.

CROSSETTI, M. G. O. et al., Pensamento crítico e raciocínio diagnóstico. In: SILVA, Eneide Rejane Rabelo e LUCENA, Amália de Fátima. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de Enfermagem. In: In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R.; SOARES, A. V. N.; LIMA, A. F. C. et al., **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev Eletr Enf** v12 n1, 2010.

DOCHTERMAN, J. M; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOMANSKY, R. C.; BORGES; E.L. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele**. Recomendações baseados em evidências. Rubio, 2012.

EGRY, E. Y.; ANTUNES, M. J. M.; LOPES, M. G. D. Projeto CIPESC CIE- ABEn. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FARIAS, J. N.; NÓBREGA, M. M.L.; PÉREZ, V.L.B.; et al., **Diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, Santa Marta, 1990.

FURUYA, R. K.; NAKAMURA, F. R. Y.; GASTALDI, A. B. et al., Sistemas de Classificação de Enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm** v 32 n 1, 2011.

FURTADO, L.G.; MEDEIROS, A.C.T.; NÓBREGA, M.M.L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. In: NÓBREGA, M. M. L. **Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados nas Unidades Clínicas do HULW/ UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Idea, 2011.

GARBIN, L.M.; RODRIGUES, C.C.; ROSS, L.A.; CARVALHO, E.C.; Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC): Identificação da produção científica relacionada. **Rev Gaúcha Enferm** v30 n3, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm** v66 (esp), 2013.

GARCIA, T. R.; CARVALHO, E.C; DARLI, M.C.B. Sistematização da Prática de Enfermagem: uma dimensão do trabalho gerencial do enfermeiro. **Programa de Atualização em Enfermagem - PROENF Gestão**, v. 2/1, p. 9-23, 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Teorias de Enfermagem. In: GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v13 n1, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; COLER, M. S. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev Bras Enferm** v 61 n 6, 2008.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 1996.

GASPAROTTO, O.C. Somestesia e dor. In: CURI, R; PROCÓPIO, J. **Fisiologia Básica**. Koogan, 2009.

GIL, A. C. **Estudo de caso**: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados e como redigir o relatório. Atlas, 2009.

GORDON, Ma. **Nursing Diagnosis**. Process and Application, 1987.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; SALOTTI, S.R.A.; ODA, R. M. et al., Exame da pele e de seus anexos. In: BARROS, A. L. B. L & COLS. **Anamnese & exame físico**. Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GURGEL, E. P.P.; ROLIM, K.M.C.; GALVÃO, M.T.G. et al., Abordagem assistencial ao neonato portador de mielomeningocele segundo o modelo de adaptação de Roy. **Rev Esc Enferm USP** v44 n3, 2010.

HENDERSON, V.A. **Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería**. Suíza: Consejo Internacional de Enfermeras, 1971.

HERDMAN, T.H. Processo de Enfermagem: um momento para relembrar seu propósito. **Rev Rene**. v14 n3, 2013.

_____. Conceito de dor. PRONANDA. Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. Ciclo 1 v3 p109-152, 2013.

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

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The International Classification for Nursing Practice: a unifying framework – the Alpha version**. Geneva: ICN, 1996.

JESUS, C. A. C. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnóstico de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

JOHNSON, M.; BULECHECK, G.; DOCHTERMAN, J. Mc. et al., **Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem**. Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JOHNSON, M. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KANUNFRE, C.C. Troca gasosas nos pulmões. In: CURI, R; PROCÓPIO, J. **Fisiologia Básica**. Guanabara Koogan, 2009.

LEE, A. **Exames Diagnósticos** - Finalidade / Procedimento / Interpretação. Práxis Enfermagem. Guanabara Koogan, 2007.

LEAL, T. **A CIPE® e a visibilidade em enfermagem: mitos e realidades**. Loures : Lusociência, 2006.

LEITE, C.A.; MEDEIROS, A. L.; NÓBREGA, M.M.L. et al., Assistência de enfermagem a uma puérpera utilizando a teoria de Horta e a CIPE®. **Rev Rene**. v14 n1, 2013.

LIMA, C.L.H., et al. Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: evolução histórica e estrutural. In: NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

LINS, S. M. S. B.; SANTO, F. H. E.; FULY, P. S. C. Aplicabilidade da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil. **Cienc Cuid Saude** v10 n2, 2011.

LOPES, M. H. B.M. Evaluation of the nursing process used at the Brazilian teaching hospital. **Internaional Journal of Terminologies and Classifications**. v21 n3, 2010.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde**. Análise e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and Use of cases studies. **Internaional Journal of Terminologies and Classifications**. v19 n4, 2010.

_____. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. **Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. v 19 n4, 2008.

_____. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem**. Estudos de Casos e análise. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____. Fatores de pensamento produtivo divergente e precisão dos diagnósticos de enfermagem. In: **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem**. Estudos de Casos e análise. Porto Alegre: Artmed, 2004

LUNNEY, M. Accuracy of nursing diagnosis: concept development. **Nurs Diagn**. 1990; v 1 n1, 1990.

LUZIA, MF; COSTA F.M.; LUCENA, A. F. O ensino das etapas do Processo de Enfermagem: Revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online** v7 n(especial), 2013.

MALUCELLI, A. et al., Terminologias e Prática da Enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARIN, H. F. Reference terminology model for nursing: the ISO 18104. **Acta Paul Enferm** v22 n4, 2009.

MASCARENHAS, N. B. et al., Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Rev Bras Enferm** v64 n1, 2011.

MATA, L.R.F; SOUZA, C.C; CHIANCA, TCM et al., Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** v46 n6, 2012.

MATOS, F. G. O. A. **Fatores preditores da acurácia dos diagnósticos de enfermagem**. Tese (Doutorado em Saúde do Adulto) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2010. Disponível em: www.teses.usp.br. Acesso em: 20/08/2011.

MATOS, F. G. O. A.; CRUZ, D. A. L. M. Escala de Acurácia Diagnósticos de Enfermagem. **PRONANDA**. Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. Ciclo 1 v2, 2013.

MAZONI, S. R.; RODRIGUES, C. C.; SANTOS, D. S. et al., Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a sua contribuição brasileira. **Rev Bras Enferm** v 63 n2, 2010.

MCCLOSKEY, J. C. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, A. C. T. et al., Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. . **Rev Latino- Am. Enfermagem** v21 n2, 2013.

MEDEIROS, A. C. T.; LOUREIRO, L. S. N.; SOUSA, G. L. L. Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados com incapacidade funcional utilizando a CIPE®. In: 9º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 2008. **Anais**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2008. P.826-29.

MENEGHIN, P; VATTIMO, MFF. Fisiologia do processo cicatricial. In: JORGE, S; DANTAS, SR. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo. Atheneu, 2003.

MESIANO, E.R.A.B; MERCHÁN-HAMANN, E. Bloodstream infections among patients using central venous catheters in intensive care units. **Rev latinoam enferm**. v15 n3, 2007.

MOORHEAD, S.; MAAS, M; JONHSON, M. **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 3ª edição. Artmed, 2008.

MOORHEAD, S. et al. **Nursing outcomes classification (NOC)**. 5th ed. 2013.

MOORHEAD, S. et al. **NOC. Classificação dos Resultados de Enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2010.

MORAIS, G. F. C; OLIVEIRA, SHS; GUIMARÃES, MJ et al., Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v17 n1, 2008.

NANDA. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NAPOLEÃO, A. A.; CHIANCA, T. C. M.; CARVALHO, E. C. de et al., Análise da

produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. **Rev Latino-am Enfermagem** v14 n4, 2006.

NEGREIROS, R.V. et al., Diagnóstico de Enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. In: NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

NOBREGA, R. V.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um Hospital escola. **Rev Bras Enferm** v 64 n 3, 2011.

NÓBREGA, M. M. L. **Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados nas Unidades Clínicas do HULW/ UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Idea, 2011.

NÓBREGA, M. M. L. et al., Estrutura da CIPE®, da NANDA, da NIC e da NOC. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. **Bancos de termos da linguagem especial de enfermagem e catálogos CIPE® para áreas de especialidade clínica e da atenção básica em saúde**. [Relatório Técnico]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Sistematização da Assistência de Enfermagem: há acordo sobre o conceito. **Rev Eletr Enf**. v11 n2, 2009.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; COLER, M. S. Centro de pesquisa e desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. **Acta Paul Enferm** v 22 n1, 2009.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; FURTADO, L. G. et al., Terminologias de enfermagem: da Taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Rev Enferm UFPE On Line** v2 n4, 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev Bras Enferm**

n58 v2, 2005.

NOBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação na enfermagem: avanços e perspectivas. In: **Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo**. GARCIA, T.R.; NOBREGA, M..M.L.(Org.). João Pessoa, Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS.

OLIVEIRA, M. D.S. ; ROCHA, B. S.; BACHION, M. M. Desafios para a introdução da CIPE® no ensino de Saúde Coletiva: Relato de Experiência. **Enfermagem em Foco** v4 n1, 2013.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉLER, M.J. Percepção da educação permanente continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP** v41 n3, 2007.

PEREIRA, J.C.; STUCHI,R.A.G.; ARREGUY-SENA,C. Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem pela Taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. **Cogitare Enferm** v15 n1,2010.

PESUT, D. J. 21st Century Nursing Knowledge Work: Reasoning into the future. In: WEAVER, Charlotte A. et al. **Nursing and Informatics for the 21st Century**, 2006.

PFEILSTICKER, D. C.; CADÊ, N. V. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem. **Rev enferm UERJ**. v 16 n 2, 2008.

PRIMO, C. C. ; LEITE, F. M. C.; COSTA, M. H. et al., Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paul Enferm**. v 23 n 6, 2010.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. et al., **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 2ªed. São Paulo: Ícone, 2001.

RISNER, P. B. Diagnosis: Analysis and synthesis of data. In: GRIFFIN-KENNEY, J. W. e CHRISTENSEN, P.J. **Application of Theories, Frameworks, and Models**, 1986.

SÁ, M.P. Processo de implantação da Sistematização da Assistência de

Enfermagem. Reunião científica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

SAMPAIO, R. S.; SANTOS, I.; AMANTÉA, M. L. et al., A Classificação das Intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paul Enferm** v 24 n1, 2011.

SANTANA, M. S.; MARTINS, D. L.; NÓBREGA, M. M. L. et al., Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (Nursing Intervention Classification). In: NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

SANTOS, D. S.; MAZONI, S. R. ; CARVALHO, E. C. NANDA'S Taxonomy Employment in Brazil: Integrative review. **Rev Enferm UFPE On Line** v3 n1, 2009.

SCHEFFER, B.K; RUBENFELD, M.G. A consensus statement on critical thinking. **Journal of Nursing Education** v39 n8, 2000.

SEGANFREDO, D.H.; ALMEIDA, M.A. Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem. **Rev Bras Enferm** v 63 n1, 2010.

_____. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev Latino- Am. Enferm** v19 n1, 2011.

SILVA, K. L. et al. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem- CIPE. In: NÓBREGA, M.M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

SILVA, P.A.; SILVA, S.R. Coriocarcinoma: um estudo de caso. **Rev Bras Enferm** v63 n 1, 2010.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. Guanabara Koogan, 1992.

SOUZA, G.L. et al. Nursing Diagnostics and Interventions using ICNP® in hospitalized children v7 n1, 2013.

TAKAHASHI, A. A., BARROS, A. L. B. L. ; LILIANE, J. Dificuldades e facilidades

apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm** v21 n1, 2008.

TANURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. Segunda Etapa do Processo de Enfermagem: Diagnóstico de Enfermagem. In: TANURE, M. C. ; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

TANURE, M. C.; CHIANCA, T.C. M. CIPE® Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. In: TANURE, Meire Chucre e PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

TANURE, M.C; CHIANCA, T. C. M.; GARCIA, T. R. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. **Rev Eletr. Enf.** v11 n4, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a29.htm>. Acesso em: 01/05/2010.

TRABASSO, P. Tratamento clínico das feridas. In: JORGE, S. A, DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional ao tratamento de feridas**. São Paulo (SP): Atheneu; 2003

TRUPPEL, T.C. et al., Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm** v62 n2,2009.

VARGAS RS; FRANÇA FCV. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev Bras Enferm** v60 n3, 2007.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 3ed. Rio de JANEIRO: Elsevier, 2010.

WAGNER, M. B. **SPSS passo a passo: statistical package for the social sciences**. Caxias do Sul, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem**. Petrópolis, RJ:Vozes, 2006.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3th. 2005.

WALTZ, C.F. et al. **Measurent in Nursing Research**. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1991.

YAMADA, B.F.A. O processo de limpeza de ferida. In: JORGE, S; DANTAS, SR. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo. Atheneu, 2003.

APPENDICES

APÊNDICE A- Instrução aos juízes (carta convite)

Prezada colega,

Estamos realizando a pesquisa **Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros frente a um caso clínico: considerações à luz das classificações NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE®** com objetivos de comparar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando diferentes classificações; e identificar as convergências e divergências entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaborados pelos profissionais, segundo as classificações adotadas, para a mesma situação de caso clínico.

Para tanto, contamos com sua valiosa colaboração, no sentido de atuar como juiz na validação dos estudos de caso simulados propostos para a pesquisa. As atividades solicitadas compreenderão:

- Atribuição de congruência item-objetivo para cada estudo de caso (foram formulados 5 estudos de casos escritos e 8 objetivos (Anexo B);
- Indicação dos diagnósticos de enfermagem altamente precisos
- Indicação dos diagnósticos de enfermagem de baixa escala de precisão
- Indicação dos resultados e intervenções de enfermagem para os diagnósticos altamente precisos.

Para dar continuidade, sugerimos a seguinte sequência:

- 1) Preencha o formulário de identificação (APÊNDICE D)
- 2) Leia os objetivos propostos que foram adotados para a formulação dos estudos de casos (ANEXO B- Instrumento para avaliar a congruência item-objetivo para cada estudo de caso). Aplique cada um dos oito objetivos para cada um dos cinco itens (estudos de caso).
- 3) Leia cada estudo de caso (APÊNDICE E) seguindo a numeração de 01 a 05;
- 4) Após a leitura dos estudos de caso escritos, preencha o Anexo-B, atribuindo o score a cada estudo de caso frente a cada objetivo proposto.
- 5) Indique os diagnósticos, resultados e as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico preciso envolvido em cada estudo de caso (impresso denominado “Diagnósticos de Enfermagem precisos

identificados pelos juízes, para cada estudo de caso validado utilizando a CIPE® - APÊNDICE F);

6) Utilize a última versão CIPE® 1.0 ou a 2.0 sempre que necessário;

Agradecemos sua participação e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Cordialmente,

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes

Profª Drª Emília Campos de Carvalho

Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega

APÊNDICE B - Instrução aos juízes (carta convite)

Prezada colega,

Estamos realizando a pesquisa **Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros frente a um caso clínico: considerações à luz das classificações NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE®** com objetivos de comparar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando diferentes classificações; e identificar as convergências e divergências entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaborados pelos profissionais, segundo as classificações adotadas, para a mesma situação de caso clínico.

Para tanto, contamos com sua valiosa colaboração no sentido de atuar como juiz na validação dos estudos de caso simulados propostos para a pesquisa. As atividades solicitadas compreenderão:

- Atribuição de congruência item-objetivo para cada estudo de caso (foram formulados 5 estudos de casos escritos e 8 objetivos (ANEXO B);
- Indicação dos diagnósticos de enfermagem altamente precisos
- Indicação dos diagnósticos de enfermagem de baixa escala de precisão
- Indicação dos resultados e intervenções de enfermagem para os diagnósticos altamente precisos.

Para dar continuidade, sugerimos a seguinte sequência:

- 7) Preencha o formulário de identificação (APÊNDICE D)
- 8) Leia os objetivos propostos que foram adotados para a formulação dos estudos de casos (ANEXO B- Instrumento para avaliar a congruência item-objetivo para cada estudo de caso). Aplique cada um dos oito objetivos para cada um dos cinco itens (estudos de caso).
- 9) Leia cada estudo de caso (APÊNDICE E) seguindo a numeração de 01 a 05;
- 10) Após a leitura dos estudos de caso escritos, preencha o Anexo B, atribuindo o escore a cada estudo de caso frente a cada objetivo proposto.
- 11) Indique os diagnósticos, resultados e as intervenções de enfermagem

para cada diagnóstico prioritário envolvido em cada estudo de caso (impresso denominado “Diagnósticos de Enfermagem prioritários identificados pelos juízes, para cada estudo de caso validado utilizando a NANDA-I, NOC e NIC- APÊNDICE G);

12) Utilize a última versão da NANDA-I, NOC e NIC sempre que necessário;

Agradecemos sua participação e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Cordialmente,

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes

Profª Drª Emília Campos de Carvalho

Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes que participarem da validação de conteúdo dos estudos de caso.

Recife , _____, _____ de 2012

Prezada Enfermeira,

Eu, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE) e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP (Doutorado em Enfermagem Fundamental), sob orientação da Profª Drª Emília Campos de Carvalho (EERP) e da Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega (Professora da Universidade Federal da Paraíba), estou realizando a pesquisa intitulada “Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros frente a um caso clínico: considerações à luz das classificações NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE[®]”, cujos objetivos são: Comparar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando as classificações NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE[®]; e Identificar as convergências e divergências entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaborados pelos profissionais, segundo as classificações adotadas, para a mesma situação de caso clínico. A metodologia adotada será um estudo descritivo que adotará o do estudo de caso simulado para o alcance dos objetivos. Para o desenvolvimento da pesquisa, os estudos de casos precisam ser submetidos à validação de conteúdo realizado por juízes. Os juízes que participarem desta fase da pesquisa serão entregue seguintes impressos conforme a classificação adotada: formulário para caracterização dos dados pessoais; instrumento para avaliar a congruência item-objetivo para cada estudo de caso; Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem- versão 2; e um para relacionar os diagnósticos de enfermagem precisos e alternativos, os resultados e as intervenções de enfermagem utilizando as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE[®]. Assim, estamos convidando o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa que é voluntária. Desta forma, solicitamos sua autorização no sentido de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de inseri-lo (a) como participante desta pesquisa. Informamos que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. A critério de esclarecimento, informamos que não será efetuada nenhuma forma de gratificação, apenas uma declaração de participação na qualidade de juiz. Ressaltamos que os dados coletados farão parte da minha Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclave tanto em nível nacional como internacional. Durante este período **os dados serão devidamente arquivados no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco sob a responsabilidade da Prof Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes no período de 5 anos.** Essa pesquisa ocorrerá possíveis **riscos**, aos juízes que poderão ser decorrentes do desconforto ou

dificuldade no preenchimento dos instrumentos direcionados para validação do conteúdo do estudo de caso e o arrolamento dos fenômenos de enfermagem conforme a classificação de enfermagem adotada. A sua participação trará como **benefício direto**, o conhecimento sobre o raciocínio diagnóstico, terapêutico e dos resultados de enfermagem com base nas terminologias em enfermagem. Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. Informo que o Sr (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, situado na Av. da Engenharia , s/n, 1º Andar, Cidade Universitária, CEP 50740-600, em Recife – PE, fone: (81) 2126.8588 e comunique-se com a pesquisadora Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes pelo telefone (81) 96558326, email: sheilarvm@abennacional.org.br e endereço: Rua Maria Judith Lins nº 301 Bairro Novo, Olinda-PE, CEP 53130-080.

Diante do exposto, agradecemos antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível à realização deste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura da pesquisadora: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins que, cedo os direitos do material, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo a minha pessoa.

Data ____/____/____

Assinatura do entrevistado

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE D- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES

- Nome:
- Sexo: F () M ()
- Idade (em anos):
- Mês e Ano de formado: ____/____
- Número de anos em experiência clínica: ____
- Número de anos que utiliza NANDA-I ____ (anos)
- Número de anos que utiliza a NIC ____ (anos)
- Número de anos que utiliza a CIPE® ____ (anos)
- Grau de titulação: graduação () especialização () mestrado () doutorado ()
- Publicações sobre diagnóstico de enfermagem utilizando a NANDA-I:
Sim () Não ()
- Publicações sobre intervenção de enfermagem utilizando a NIC:
Sim () Não ()
- Publicações sobre diagnóstico de enfermagem utilizando a CIPE®:
Sim () Não ()
- Publicações sobre intervenção de enfermagem utilizando a CIPE®:
Sim () Não ()

APÊNDICE E - Estudo de casos escritos

Estudo de Caso 1

Identificação: A B.M.C, 65 anos, cor branca, viúva, aposentada como trabalhadora rural.

Admitida para tratamento clínico de *diabetes mellitus* descompensado.

História: alfabetizada, nega etilismo e tabagismo. Reside com a única filha na cidade. Relata que a doença foi diagnosticada pelo médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) há 3 anos. Verbaliza que após ter descoberto essa doença, sua vida mudou para pior porque precisa fazer dieta, tomar remédio e caminhada. Refere que não segue a dieta prescrita, pois tem o hábito de ingerir alimentos doces após o almoço, sente preguiça de caminhar e às vezes esquece-se de tomar a medicação. Informa que não sai mais de casa, passa a maior parte do tempo assistindo televisão, deixou de participar dos encontros com os idosos promovidos ESF. Relata não sentir vontade de conversar com a filha, de ir à igreja, diz não ter forças para combater a doença, desconhece as consequências da patologia quando não tratada corretamente, acha que estar sendo castigada por Deus e questiona o que ela fez para merecer isso. Sente-se muito sozinha. No momento refere muita raiva de Deus e tristeza.

Exame Físico e Dados Laboratoriais: Encontra-se normocorada, com pupilas isocóricas e fotoreagentes. Respiração espontânea, murmúrio vesicular presente com ausência de ruídos adventícios, R= 18 movimentos respiratórios por minuto. Ausculta cardíaca em ritmo regular, pulso filiforme e normosfígmico. P=68bpm, pressão arterial= 130x70mmHg. Temperatura axilar = 36,8°C. Glicemia capilar de 340mg/dL, peso= 80kg, altura= 1,60m, com índice de massa corpórea de IMC= 31,25 (obesidade grau I).

Estudo de Caso 2

Identificação: O.M.L, 54 anos, casado, acompanhado pela esposa.

História: Foi internado para tratamento de úlcera no membro inferior e problema respiratório. Queixa-se de cansaço, tosse produtiva e dor ao elevar as pernas.

Exame Físico e Dados Laboratoriais: Encontra-se consciente, orientado, tranquilo e receptivo ao diálogo. Padrão de sono sem alteração. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Pulso radial bilateral filiforme. Em oxigenoterapia e hidratação venosa periférica no membro superior direito. Ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, dispneico, taquipnéia, batimento de asa do nariz, utilização dos músculos acessórios. Membro inferior direito com pele brilhante, fria, hipocorada, edemaciada, com pulso tibial diminuído e presença de ferida de tamanho pequeno e arredondada na região do calcâneo, com leito pálido, exsudato moderado e pontos de granulação. Apresenta capacidade de desempenhar atividades motoras. Tax= 36,5°C, P= 57 bpm, FR= 30mpm; PA= 100/60mmHg; PaO₂=90mmHg; PaCO₂=40mmHg

Estudo de Caso 3

Identificação: A Sr^a M.B.V, 30 anos de idade, solteira, mora com os tios, trabalha em um colégio como professora há 10 anos.

Tratamento: Admitida na clínica médica por apresentar história de dor abdominal e insônia.

História: Queixa de fadiga. Refere não conciliar o sono, sem energia para trabalhar, dificuldade de concentração nas atividades escolares devido à sonolência. Acrescenta que tem acordado às quatro horas da manhã e vai dormir a meia-noite. Diz ter mal estar durante o dia, fraqueza, e mudança de humor com facilidade. Verbaliza dor ao evacuar. Nega automedicação para o problema.

Exame Físico e Laboratoriais: Encontra-se lúcida, orientada e cooperativa. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, normocorada, higiene corporal aparentemente boa, pele seca, expansibilidade torácica normal, eupnéica, R= 12mov/min, pulso cheio P= 80bpm, pressão arterial PA= 110/80mmHg, ritmo cardíaco regular em 2T sem sopro. Ingestão hídrica diminuída, diurese espontânea de coloração âmbar escuro, disuria, eliminação intestinal a cada 4 dias, com fezes endurecidas, presença de flatos e dor abdominal.

Estudo de Caso 4

Identificação: O Sr. G.A.E, de 45 anos de idade, casado, comerciante.

Tratamento: Admitido na unidade de clínica médica para tratamento de asma.

História: Encontra-se no 2º de internação hospitalar. Relata desconforto ao respirar, perda de fôlego há 2 semanas e dor. Desconhece alergias a medicamentos.

Exame Físico e Laboratoriais: lúcido, orientado, pupilas isocóricas e fotoreagentes, em oxigenoterapia 2L/min. Apresenta cianose nos lábios e nos leitos ungueais,

batimento de asa do nariz, uso da musculatura esternocleidomastóideos, com taquipneia e sibilância. Ausculta cardíaca regular. Temperatura axilar= 37°C; Pulso radial= 70bpm; Frequência respiratória= 30 mov/min. Pressão arterial= 120/ 80 mmHg. Gasometria: pH= 7,40; PaO₂: 70mmHg; PaCO₂: 30mmHg; SaO₂: 70%; Hemograma:Hb= 12g/dl, eosinófilos = 4%

Estudo de Caso 5

Identificação: A Sr^a A. L. E, 40 anos de idade, solteira, mora com os pais. Trabalha como frentista.

Tratamento:Admitida na unidade de clínica médica para tratamento de infecção urinária.

História: Foi internada há 1 ano com cistite. Admitida na clínica médica com queixa de dor suprapúbica e disúria.

Exame Físico e Laboratoriais: lúcida, orientada, cooperativa, pupilas isocóricas e fotoreagentes. Higiene corporal deficiente. Ausculta pulmonar normal, eupnéica, R= 12mov/min, pulso normal e regular, P= 80bpm, pressão arterial PA= 120/70mmHg, ritmo cardíaco regular em 2T sem sopro, Temperatura axilar= 37°C. Diurese por sonda vesical de demora, de coloração turva, com 500ml nas 24h. Em hidratação venosa periférica no membro superior direito. Exame de urina: leucocitúria

APÊNDICE F - Diagnósticos precisos e alternativos; resultado e intervenção de Enfermagem identificados pelos juízes, para cada estudo de caso validado utilizando a CIPE®.

Estudo de Caso	Diagnósticos de enfermagem precisos CIPE®	Resultados de enfermagem CIPE®	Intervenção de enfermagem pela CIPE®	Diagnósticos de enfermagem alternativos CIPE®
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

APÊNDICE G - Diagnósticos de Enfermagem precisos e alternativos; resultados e intervenção de Enfermagem identificados pelos juízes, para cada estudo de caso validado utilizando a NANDA-I, NOC e NIC.

Estudo de Caso	Diagnósticos de enfermagem precisos NANDA-I	Resultados de enfermagem NOC	Intervenção de enfermagem pela NIC	Diagnósticos de enfermagem alternativos NANDA-I
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

APÊNDIC H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Enfermeiros

Recife , _____, _____ de 2012

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE) e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP (Doutorado em Enfermagem Fundamental), sob orientação da Profª Drª Emília Campos de Carvalho (EERP) e da Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega (Professora da Universidade Federal da Paraíba), estou realizando a pesquisa intitulada “Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros frente a um caso clínico: considerações à luz das classificações NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE®”, cujos objetivos são: Comparar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando diferentes classificações ; e Identificar as convergências e divergências entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaborados pelos enfermeiros, segundo as classificações adotadas, para a mesma situação de caso clínico. Para coleta de dados dos sujeitos será entregue um formulário para caracterização dos dados pessoais e uma folha para escreverem os diagnósticos, resultados e respectivas intervenções de enfermagem da situação contida no estudo. Assim, estamos convidando o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa que é voluntária. Desta forma, solicitamos sua autorização no sentido de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de inseri-lo (a) como participante desta pesquisa. Informamos que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. A critério de esclarecimento, informamos que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressaltamos que os dados coletados farão parte da minha Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclave tanto em nível nacional como internacional. Durante este período **os dados serão devidamente arquivados no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco sob a responsabilidade da Prof Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes no período de 5 anos.** Essa pesquisa ocorrerá possíveis **riscos**, aos enfermeiros que poderão ser decorrentes da dificuldade de elencar os fenômenos de enfermagem conforme a classificação de enfermagem empregada. A sua participação trará como **benefício direto**, uma reflexão da atividade cognitiva sobre o raciocínio diagnóstico, terapêutico e dos resultados de enfermagem com base nas terminologias em enfermagem adotadas. Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. Informo que o Sr (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, situado na Av. da Engenharia , s/n, 1º Andar, Cidade Universitária, CEP 50740-600, em Recife – PE, fone: (81) 2126.8588 e comunique-se com a pesquisadora Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes pelo telefone (81) 96558326, email: sheilarvm@abennacional.org.br e endereço: Rua Maria Judith Lins nº 301 Bairro Novo, Olinda-PE, CEP 53130-080.

Diante do exposto, agradecemos antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível à realização deste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura da pesquisadora: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins que, cedo os direitos do material, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo a minha pessoa.

Data ____/____/____

Assinatura do entrevistado: _____

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS

- **Nome:**
- **Sexo:** F () M ()
- **Idade (em anos):**
- **Mês e Ano de formado:** ____/____
- **Número de anos em experiência clínica:** ____
- **Grau de titulação:** graduação () especialização () residências () mestrado ()
doutorado ()
- **Tempo de uso da NANDA-I na prática profissional:** em ____ anos
- **Tempo de uso da NOC na prática profissional:** em ____ anos
- **Tempo de uso da NIC na prática profissional:** em ____ anos
- **Tempo de uso da CIPE® na prática profissional:** em ____ anos
- **Autoavaliação da habilidade de fazer diagnósticos acurados**
 - 85 a 100% acurada ()
 - 55 a 69% acurada ()
 - 25 a 39% acurada ()
 - 70 a 84% acurada ()
 - 40 a 54% acurada ()
 - 0 a 24 acurada ()

APÊNDICE J – Estudo de caso validado para identificação dos diagnósticos de enfermagem, resultado esperado e intervenção de enfermagem segundo a CIPE®.

Estudo de Caso

Identificação: O.M.L, 54 anos, casado, acompanhado pela esposa.

História: Foi internado para tratamento de úlcera no membro inferior e problema respiratório. Queixa-se de cansaço, tosse produtiva e dor ao elevar as pernas.

Exame Físico e Dados Laboratoriais: Encontra-se consciente, orientado, tranquilo e receptivo ao diálogo. Padrão de sono sem alteração. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Pulso radial bilateral filiforme. Em oxigenoterapia e hidratação venosa periférica no membro superior direito. Ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, dispneico, taquipnéia, batimento de asa do nariz, utilização dos músculos acessórios. Membro inferior direito com pele brilhante, fria, hipocorada, edemaciada, com pulso tibial diminuído e presença de ferida de tamanho pequeno e arredondada na região do calcâneo, com leito pálido, exsudato moderado e pontos de granulação. Apresenta capacidade de desempenhar atividades motoras.

Tax= 36,5°C, P= 57 bpm, FR= 30mpm; PA= 100/60mmHg; PaO₂=90mmHg; PaCO₂=40mmHg

Diante do estudo de caso apresentado, elabore os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando a CIPE®.

Estudo de caso	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado esperado	Intervenção de Enfermagem
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

APÊNDICE K - Estudo de caso validado para identificação dos diagnósticos de enfermagem, resultado esperado e intervenção de enfermagem segundo a NANDA-I, NOC e NIC.

Estudo de Caso

Identificação: O.M.L, 54 anos, casado, acompanhado pela esposa.

História: Foi internado para tratamento de úlcera no membro inferior e problema respiratório. Queixa-se de cansaço, tosse produtiva e dor ao elevar as pernas.

Exame Físico e Dados Laboratoriais: Encontra-se consciente, orientado, tranquilo e receptivo ao diálogo. Padrão de sono sem alteração. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Pulso radial bilateral filiforme. Em oxigenoterapia e hidratação venosa periférica no membro superior direito. Ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, dispneico, taquipnéia, batimento de asa do nariz, utilização dos músculos acessórios. Membro inferior direito com pele brilhante, fria, hipocorada, edemaciada, com pulso tibial diminuído e presença de ferida de tamanho pequeno e arredondada na região do calcâneo, com leito pálido, exsudato moderado e pontos de granulação. Apresenta capacidade de desempenhar atividades motoras.

Tax= 36,5°C, P= 57 bpm, FR= 30mpm; PA= 100/60mmHg; PaO₂=90mmHg; PaCO₂=40mmHg

Diante do estudo de caso apresentado, elabore os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem utilizando a NANDA-I, NOC e NIC.

Estudo de caso	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado esperado	Intervenção de Enfermagem
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE O - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as juízas que participarem do mapeamento comparativo.

Pesquisa: Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando as classificações NNN e CIPE® frente a um caso clínico.

Pesquisadoras: Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes

Profª Drª Emília Campos de Carvalho

Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega

Recife , _____, _____ de 2012

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE) e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP (Doutorado em Enfermagem Fundamental), sob orientação da Profª Drª Emília Campos de Carvalho (EERP) e da Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega (Professora da Universidade Federal da Paraíba), estou realizando a pesquisa intitulada “Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros frente a um caso clínico: considerações à luz das classificações NANDA-I, NOC e NIC e da CIPE®”, cujos objetivos são: Comparar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando diferentes classificações ; e Identificar as convergências e divergências entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaborados pelos enfermeiros, segundo as classificações adotadas, para a mesma situação de caso clínico. A metodologia adotada será um estudo descritivo do tipo estudo de caso. Para analisar e discutir os dados obtidos na pesquisa através do mapeamento comparativo será necessário uma revisão e refinamento do mapeamento comparativo realizado por um painel de juízes. Os juízes que participarem desta fase da pesquisa serão entregue um formulário para caracterização dos dados pessoais, um instrumento para revisar e refinar o mapeamento comparativo entre as terminologias adotadas. Assim, estamos convidando o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa que é voluntária. Desta forma, solicitamos sua autorização no sentido de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de inseri-lo (a) como participante desta pesquisa. Informamos que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. A critério de esclarecimento, informamos que não será efetuada nenhuma forma de gratificação, apenas uma declaração de participação na qualidade de juiz . Ressaltamos que os dados coletados farão parte da minha Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclaves tanto em nível nacional como internacional. Durante este período **os dados serão devidamente arquivados no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco sob a responsabilidade da Prof Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes no período de 5 anos.** Essa pesquisa ocorrerá possíveis **riscos**, aos juízes que poderão ser decorrentes da dificuldade de aplicar o instrumento para avaliar a congruência item-objetivo para cada estudo de caso. A sua participação trará como **benefício direto**, o conhecimento sobre o instrumento para realizar a validação de conteúdo de um estudo de caso. Não existe outra forma

de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. Informo que o Sr (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, situado na Av. da Engenharia , s/n, 1º Andar, Cidade Universitária, CEP 50740-600, em Recife – PE, fone: (81) 2126.8588 e comunique-se com a pesquisadora Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes pelo telefone (81) 96558326, email: sheilarvm@abennacional.org.br e endereço: Rua Maria Judith Lins nº 301 Bairro Novo, Olinda-PE, CEP 53130-080.

Diante do exposto, agradecemos antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível à realização deste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura da pesquisadora: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins que, cedo os direitos do material, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo a minha pessoa.

Data ____/____/____

Assinatura do entrevistado: _____

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: () _____

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE P- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES

- Nome:
- Sexo: F() M()
- Idade (em anos):
- Mês e Ano de formado: ____/____
- Número de anos em experiência clínica: ____
- Número de anos que utiliza NANDA-I ____ (anos)
- Número de anos que utiliza a NIC ____ (anos)
- Número de anos que utiliza a CIPE® ____ (anos)
- Grau de titulação: graduação () especialização () mestrado () doutorado ()
- Publicações sobre diagnóstico de enfermagem utilizando a NANDA-I:
Sim () Não ()
- Publicações sobre intervenção de enfermagem utilizando a NIC:
Sim () Não ()
- Publicações sobre diagnóstico de enfermagem utilizando a CIPE®:
Sim () Não ()
- Publicações sobre intervenção de enfermagem utilizando a CIPE®:
Sim () Não ()

ANEXO A - Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

PROJETO DE PESQUISA

Título: Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando as classificações NNN e CIPE® frente a um caso clínico

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06272112.6.0000.5208

Pesquisador: SHEILA COELHO RAMALHO VASCONCELOS

Instituição: MORAIS

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 114.718

Data da Relatoria: 03/10/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para Exame de Qualificação nível Doutorado, orientado pela Profª Drª Emília Campos de Carvalho da EERP-USP.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando as classificações NNN e CIPE® frente a um caso clínico.

Secundário: Comparar os fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros usando as classificações NANDA-I, NIC, NOC e CIPE®; Identificar as convergências e divergências entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, elaborados pelos enfermeiros, segundo as classificações adotadas, para a mesma situação de caso clínico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefício direto, a pesquisadora prevê uma reflexão da atividade cognitiva sobre o raciocínio diagnóstico, terapêutico e dos resultados de enfermagem com base nas terminologias adotadas em enfermagem. O risco será o possível desconforto diante da dificuldade de elencar os fenômenos de enfermagem conforme a classificação empregada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de delineamento descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa que utilizará uma simulação de situação clínica de estudo de caso, para mapear os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando as classificações NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), o NOC (Nursing Outcomes Classification) e CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

A pesquisa será conduzida com docentes de Enfermagem da UFPE e UFPB e enfermeiros do Hospital das Clínicas e Hospital Universitário Lauro Wanderley-PB, totalizando uma amostra de 20 participantes.

O grupo da UFPB e do HULW utilizarão a CIPE® e as taxonomias NNN serão empregadas pelo grupo da UFPE e do HC.

A pesquisa compreenderá as seguintes etapas:

1a.- Elaboração dos simulados de estudos de casos;

2a.- Validação dos estudos de casos;

3a.- Levantamento dos diagnósticos, resultados e intervenções dos especialistas da UFPE, UFPB, HC e HULW;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

4a. - Validação pelo painel de especialistas. Os dados coletados nesta etapa serão submetidos a uma revisão e refinamento do mapeamento comparativo por um painel formado por três juizes.

5a. - Aplicará a Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem - versão 2 (EADE) para cada diagnóstico de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos exigidos (Folha de Rosto, TCLE, Currículo dos pesquisadores e cartas de anuência dos serviços e departamentos), devidamente assinados para a submissão do protocolo, atendendo às exigências da Resolução CNS 196/96 e do CEP.

Recomendações:

Corrigir o número de participantes na folha de rosto de 18 para 20 sujeitos, bem como na metodologia e na PB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE

RECIFE, 03 de Outubro de 2012

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº • 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B -- Instrumento para avaliar a congruência item-objetivo para cada estudo de caso

Aplique cada um dos oito objetivos para cada um dos cinco itens (estudos de caso)

Utilize a seguinte numeração:

+1 = definitivamente, é uma medida do objetivo

0 = indeciso

- 1 = definitivamente, não é uma medida do objetivo

Objetivos	Estudos Casos (itens)				
	1	2	3	4	5
1. O estudo de caso representa situação típica de pacientes que os enfermeiros diagnosticam e gerenciam em situações clínicas médicas e cirúrgicas,					
2. O estudo de caso é escrito claramente,					
3. O estudo de caso reflete situações dos pacientes em várias situações clínicas e cirúrgicas,					
4. O estudo de caso requer a necessidade de capacidades intelectuais análogos àquelas usadas em ambiente clínico naturais,					
5. O estudo de caso contém quatro evidências pelo menos para confirmar um diagnóstico altamente preciso,					
6. O estudo de caso contém duas evidências pelo menos para negar um diagnóstico alternativo que seria avaliado como baixo em uma escala de precisão,					
7. O estudo de caso estimula o (a) enfermeiro (a) a considerar diagnóstico em vários níveis de precisão, de alto a baixo,					
8. O estudo de caso permite que os diagnósticos de enfermagem sejam diagnosticados constantemente por enfermeiros (as) que seguem os princípios de raciocínio diagnóstico.					

ANEXO C - Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem- versão 2 (EADE- versão 2)

1) Orientações

A EADE (Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem) foi desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação num conjunto de informações clínicas escritas do paciente. O uso adequado da escala requer que o avaliador esteja suficientemente esclarecido sobre conceitos e termos envolvidos na escala. A necessidade de aprimorar a EADE (MATOS; CRUZ, 2009) resultou na proposta da sua segunda versão (EADE- Versão2)¹.

QUADRO DE RESPOSTAS DA EADE- Versão2

Diagnóstico de enfermagem m*	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria esse DE	Grau de acurácia	Categorização de acurácia
	Há pistas?		Relevância (pista x DE)		Especificidade (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)				
	Sim	Não	Alta/ Moderada	Baixa	Alta/ Moderada	Baixa	Alta/ Moderada	Baixa	Sim/ Não		
	1	0	1	0	3,5	0	8	0	S N		

*Inserir número de linhas igual ao número de diagnósticos a serem avaliados pela EADE

** Quando a resposta for não, não preencher as demais células PARA O DIAGNÓSTICO.

- **Pistas:** manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- **Relevância da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária(s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- **Especificidade da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica(s) do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- **Coerência da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente(s) com o do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.

ANEXO C - Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem- versão 2(EADE- versão 2)

SISTEMA DE PONTUAÇÃO DAS RESPOSTAS

Escore para os itens da EADE – Versão2				
Itens	Escores de	Definições	Categorias	acurácia
1	1	Presença de pista	Manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Sim
0	0		Não	
2	1	Relevância da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são)	Alta/moderada
0	0		necessária(s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Baixa
3	3,5	Especificidade da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são)	Alta/moderada
0	0		característica(s) do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Baixa
4	8	Coerência da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são)	Alta/moderada
0	0		consistente(s) com o do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis	Baixa
5		Você enunciaria esse diagnóstico de enfermagem pode explicar melhor a resposta do paciente	Mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode: não ser prioritário não direcionar intervenções adequadas, ou outro diagnóstico	Sim Não pontua
			Não	Não pontua
Categorias de acurácia da EADE- Versão2				
Escores de acurácia	Categoria de acurácia	Interpretação		
0	Nula	Não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão		
1	Baixa	A(s) pista(s) existente(s) tem (têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência		
2	4,5 5,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação tem (têm) coerência baixa com os dados da avaliação, Moderada mas tem pista(s) altamente/ moderadamente relevante(s) E/ OU altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão		
9,0 da Alta	10,0 12,5 13,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados de avaliação. São também altamente/moderadamente relevantes, E/OU altamente/moderadamente específicas para o diagnóstico de enfermagem		