UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

DOROTHEA MARIA BECKERS MARQUES DE ALMEIDA

**Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada em
Unidade de Cuidado Semi-Intensivo**

Bauru
2011

DOROTHEA MARIA BECKERS MARQUES DE ALMEIDA

**Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada em
Unidade de Cuidado Semi-Intensivo**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Orientadora: Dra. Cassiana Mendes Bertencello
Fontes

Bauru

2011

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Almeida, Dorothea Maria Beckers Marques de
A64s Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada
em Unidade de Cuidado Semi-Intensivo / Dorothea Maria
Beckers Marques de Almeida. Bauru, 2011.
192p.; il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado – Área de Concentração: Fissuras
Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São
Paulo.

Orientadora: Dra. Cassiana Mendes Bertoni Fontes

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem
3. Assistência de Enfermagem. 4. Informática em Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dorothea Maria Beckers Marques de Almeida

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dra. Cassiana Mendes Bertencello Fontes
HRAC-USP/Bauru – Orientadora

Profª. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data do depósito da dissertação junto à SPG: ____/____/____

DEDICATÓRIA

A minha orientadora

Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes,
exemplo de profissionalismo e inspiração, que vive com dedicação e
sabedoria as batalhas da sua vocação, com alegrias e sofrimentos; mas,
modesta, livre da importância e do poder.

Sofia e Matheus,
Filhos queridos, o sorriso, o olhar, a voz, o amor
incondicional!

Ayrton,
companheiro, sempre presente.

Peter Johannes e Wilhelmina,
Que pais!
Sabedoria, incentivo e apoio em todas as etapas da
vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder forças durante esta minha caminhada.

Crianças do HRAC-USP, nossas crianças são parceiras da verdade e nos ensinam um pouco da vida e, como citou Machado de Assis, “... o melhor modo de viver em paz é nutrir o amor-próprio dos outros com pedaços do nosso...”.

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, Superintendente do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, seu sonho devolveu a milhares de crianças o sorriso, o som, a luz, despertando a felicidade em seus espíritos.

Profa. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade, Presidente da Pós-Graduação do HRAC-USP, a sensibilidade e percepção da importância da ciência, ensino, pesquisa e assistência à comunidade caminharem juntos.

Dra. Maria Irene Bachega, Diretora da Divisão Hospitalar, Enfermeira que iniciou o trabalho da enfermagem no HRAC-USP, sempre com olhos voltados para o futuro.

Colegas da pós-graduação, pela ajuda, incentivo e aplicação, realmente necessários para pesquisa.

Wilhelmus, Patrick e Carolina, irmãos verdadeiros em quaisquer momentos. As lutas nos deram coesão e pureza.

Vó Zulmira, Cidinha e Mary, cunhadas – espírito, sentimento e razão juntos.

Dr. Hilton Coimbra Borgo colocou seu talento na colaboração e orientações pontuais.

Enfermeira Catarina, pelo carinho, sensibilidade e colaboração.

Enfermeira Cleide, pelo incentivo, disponibilidade, ajuda e amizade.

Franciane Santos, pelo apoio e estímulo constante.

Márcia Regina Tessaroli Giancristofaro pela paciência, disponibilidade, cuidado e dedicação pela informatização do trabalho da enfermagem.

Funcionários da Unidade de Ensino e Pesquisa do HRAC, à Secretaria de Pós-Graduação e ao Serviço de Informática Hospitalar, bons amigos, obrigada pela atenção e orientação.

A equipe de Enfermagem, pela amizade, respeito e contribuição para a minha vida profissional.

“Pensamentos valem e vivem
pela observação exata ou nova,
pela reflexão aguda ou profunda;
não menos querem a originalidade,
a simplicidade e a graça de dizer”.

Machado de Assis.

Resumo

Almeida, DMBMde. *Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada em Unidade de Cuidado Semi-Intensivo* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Objetivos: Elaborar eletronicamente um banco de dados contendo Diagnósticos de enfermagem (DE), Intervenções de enfermagem (IE) e Resultados de Enfermagem (RE) de acordo com os referenciais das Classificações da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC); inserir esse conteúdo no Sistema “Gandhi” para integrar as telas da SAE e verificar o tempo dispensado para o registro da SAE eletrônica.

Material e método: Estudo descritivo e quantitativo desenvolvido na Unidade de Cuidados Semi-Intensivos, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP), Bauru. O banco de dados contém 13 DE, suas respectivas IE e atividades, RE e indicadores que foram inseridos no Sistema “Gandhi”, do Serviço de Informática da Instituição (SIH). A avaliação de enfermagem realizada pela pesquisadora antes de elaborar a SAE eletrônica contempla: exame físico, análise das anotações de enfermagem dos prontuários dos pacientes. Treze pacientes foram avaliados, sendo onze por 10 dias e dois por 9 dias consecutivos.

Resultados: O conteúdo dos DE, das IE, e suas respectivas atividades, dos RE e seus indicadores foram identificados para cada paciente. Para os 13 pacientes avaliados obtivemos: média de 6,1(0,3) de DE e mediana 6; média de 15,5(1,4) de IE e mediana 14; média de 59,4(6,0) e mediana 53 de atividades de enfermagem; média de 64,6(7,2) e mediana 59 de RE e média de 92,2(11,0) e mediana 82 dos indicadores de enfermagem. A análise das variáveis tempo e dias de avaliação, a mediana geral foi de 704 segundos. O tempo com as variáveis DE, IE, atividade, RE e indicadores de resultados, a maior variável verificada foi para as IE e a menor para os indicadores, classificada como correlação substancial.

Conclusão: A elaboração do banco dos dados constitui base fundamental para a SAE eletrônica. A utilização da Classificação de Enfermagem nas telas eletrônicas no Sistema “Gandhi” do SIH, fornece informações ao enfermeiro na prática clínica, agiliza o registro da SAE, e torna possível dedicar um tempo maior ao cuidado direto aos pacientes.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Informática em Enfermagem.

Abstract

Almeida, DMBMde. *Systematizing Computerized Nursing Assistance in a Semi-Intensive Care Unit* [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Objectives: Elaborate an electronic database containing Nursing diagnostics (ND), Nursing interventions (NI) and Nursing Results (NR) in accordance with the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) Classification, Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC) references; enter this content in the “Gandhi” System for integration in the SAE screens and verify the time spent on electronic SAE registration.

Material and Methods: Descriptive and quantitative study carried out at the Semi-Intensive Care Unit of the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, University of São Paulo (HRAC-USP), Bauru. The database contains 13 ND, their respective NI and activities, NR and indicators that were entered in the "Gandhi" System at the Institution's Information Technology Service. The nursing evaluation conducted by the researcher before elaborating the electronic SAE considers: physical exam, analysis of nursing annotations for patient medical charts. Thirteen patients were evaluated, eleven for 10 days and two for 9 consecutive days.

Results: The content of the ND, NI, and their respective activities, NR and their indicators were identified for each patient. For the 13 evaluated patients, we obtained: average of 6.1 (0.3) for ND, and median of 6; average of 15.5 (1.4) for NI, and median of 14; average of 59.4 (6.0), and median of 53 for nursing activities; average of 64.6 (7.2), and median of 59 for NR and average of 92.2 (11.0), and median of 82 for nursing indicators. The overall median for the variables in the analysis of time and days of evaluation was 704 seconds. The greatest variable verified for time with the ND, NI, activity, NR and result indicator variables was for the NI and the smallest was for the indicators, classified as a substantial correlation.

Conclusion: The elaboration of the database is a fundamental aspect for the electronic SAE. Use of the Nursing Classification in the SIH “Gandhi” System electronic screens provides information for the nurse in clinical practice, speeds up SAE registration and makes it possible to dedicate more time to direct care of patients.

Descriptors: Nursing Diagnostics. Nursing Process. Nursing Assistance. Information Technology in Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Tela inicial do computador com o ícone “Gandhi”	41
Figura 2	Tela do usuário	42
Figura 3	Tela “Gandhi- Gerenciamento da Informação Hospitalar”SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem e suas funcionalidades	43
Figura 4	Tela de cadastro de Diagnósticos	44
Figura 5	Tela de consulta dos Diagnósticos	45
Figura 6	Tela de cadastro de Intervenções	46
Figura 7	Tela de consulta de Intervenções	47
Figura 8	Tela de cadastro das Atividades	47
Figura 9	Tela de consulta das Atividades das Intervenções	48
Figura 10	Tela de cadastro de Resultados	49
Figura 11	Tela de cadastro de Indicadores	49
Figura 12	Tela de cadastro dos Indicadores dos Resultados	50
Figura 13	Tela de cadastro de Intervenções por Diagnósticos	51
Figura 14	Tela de cadastro dos Indicadores (Resultados) das Atividades (Intervenções)	52
Figura 15	Tela Sistematização da Assistência de Enfermagem – Prescrição ao Paciente	54
Figura 16	Tela de ocorrência da Internação	55
Figura 17	Tela de consulta das evoluções de enfermagem	56
Figura 18	Tela para selecionar os Diagnósticos da Internação	57
Figura 19	Tela de Diagnósticos da Internação com as atividades selecionadas	58
Figura 20	Tela Sistematização da Assistência de Enfermagem – Prescrição ao Paciente com os dados nomeados	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do valor r através de intervalos de 0 a 1	60
Tabela 2 – Diagnósticos de enfermagem inseridos no sistema “Gandhi” e os apontados pela pesquisadora durante a coleta dos dados	64
Tabela 3 – Valores de média (DP), mediana dos diagnósticos, intervenções, atividades, resultados e indicadores de enfermagem dos 13 pacientes	68
Tabela 4 – Valores da mediana e desvio padrão do tempo e dias de avaliação	71
Tabela 5 – Correlação entre o tempo de avaliação e as variações	72

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Scatter Plot Column Means de distribuição de tempo (em segundos) da elaboração da SAE dos 13 pacientes nos 10 dias de avaliação	70
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CD	Características Definidoras
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DE	Diagnóstico de Enfermagem
Fig.	Figura
FR	Fatores Relacionados
FRi	Fator de Risco
IE	Intervenção de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
RE	Resultado de Enfermagem
SI	Sistema de informação
SIH	Serviço de Informática Hospitalar
SAE	Sistematização da Assistência e Enfermagem

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPEC	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem- São Paulo
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
GANDHI	Gerenciador da Informação Hospitalar
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
ICN	International Council of Nursing
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association – International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
PROGRESS®	Linguagem de programação computacional
SVAPEPE	Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade Terapia Intensiva
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HRAC-USP)	4
1.2	SISTEMA DE INFORMAÇÃO	7
1.2.1	Sistema de Gerenciamento de Informação no HRAC-USP- Sistema “Gandhi”	8
1.3	O SISTEMA DE INFORMAÇÃO “GANDHI” COMO GERENCIADOR DOS DADOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM	9
1.4	JUSTIFICATIVA DO TRABALHO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)/A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	14
2.2	AS CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM	17
2.2.1	A Classificação de enfermagem da NANDA-I	19
2.2.1.1	<i>Componentes estruturais dos Diagnósticos de Enfermagem</i>	21
2.2.2	Classificação das Intervenções de Enfermagem da NIC	21
2.2.3	Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC	23
2.3	INFORMATIZAÇÃO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM	25
3	OBJETIVOS	29
4	MATERIAL E MÉTODO	33
4.1	MATERIAL	35
4.1.1	Local	35
4.2	MÉTODO	36
4.2.1	Elaboração do banco de dados de DE, IE e RE	37
4.2.2	Coleta dos dados	39
4.2.2.1	<i>Teste-piloto</i>	39
4.2.2.2	<i>Coleta dos dados da amostra da pesquisa</i>	39
4.2.2.3	<i>Procedimento da inserção dos dados de enfermagem nas telas da “SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem” no Sistema “Gandhi”</i>	40
4.2.2.4	<i>Elaboração dos DE</i>	44
4.2.2.5	<i>Elaboração das intervenções de enfermagem e o conjunto de atividades que as compõem</i>	45
4.2.2.6	<i>Elaboração dos resultados de enfermagem e o conjunto de indicadores que os compõem</i>	48
4.2.2.7	<i>Elaboração da Inter-relação entre os DE e suas respectivas Intervenções</i>	50
4.2.2.8	<i>Elaboração da Inter-relação entre os Indicadores de resultados e as respectivas Atividades das Intervenções</i>	51
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	59
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	61

5.1	ANÁLISES DAS CATEGORIAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	63
5.2	ESTATÍSTICA DESCRITIVA E FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES, ATIVIDADES, RESULTADOS E INDICADORES DE ENFERMAGEM	67
5.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS	69
5.3.1	Análise estatística das variáveis: tempo e dia de avaliação	70
5.3.2	Análise estatística das variáveis: tempo x DE, IE, atividade, RE e indicadores de resultados	72
6	CONCLUSÃO	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
8	REFERÊNCIAS	85
	ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O planejamento da assistência de enfermagem numa unidade de internação hospitalar tem como base a coleta de informações relevantes do paciente. Essas informações são obtidas principalmente por: observação do paciente, exame físico de enfermagem, entrevista com cuidador e/ou família e evolução de enfermagem diária do paciente. O registro dessas informações no prontuário pode ser realizado manualmente e constitui a primeira etapa do plano assistencial, ou seja, do processo de enfermagem ou da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE é constituída por levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem.

O processamento dos dados clínicos relevantes de enfermagem e a sua utilização pelo enfermeiro na segunda etapa da SAE direcionam a nomeação dos problemas de enfermagem denominados Diagnósticos de Enfermagem (DE).

A determinação das Intervenções de Enfermagem (IE) e suas atividades baseadas nos DE e a avaliação dos resultados obtidos, são um processo de realimentação da SAE, reforçando a necessidade da presença do enfermeiro como investigador e avaliador do plano assistencial, garantindo a individualidade do cuidado.

Estão sendo desenvolvidos métodos com registro eletrônico de dados para a documentação da SAE, com a finalidade de proporcionar ao enfermeiro maior legibilidade e segurança (Marin 2000, Barros, Fakihi e Michel 2002, Aquino e Lunardi Filho 2004 e Lunney 2008).

1.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HRAC-USP)

O HRAC-USP é considerado um hospital especializado no tratamento e reabilitação de pacientes com malformações congênitas do crânio e da face, síndromes relacionadas, distúrbios da audição e da visão. Tem como missão a integração desses pacientes na sociedade, sem distinção de raça, cor, sexo, religião ou de classe social, com atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Serviço de Enfermagem tem como filosofia a individualização e a humanização do cuidado ao paciente. O planejamento de cuidados de enfermagem aos pacientes é registrado em impressos e protocolos construídos pelo Serviço de Enfermagem, de acordo com as características e necessidades de cuidados dessa população. A prática da assistência de enfermagem no HRAC-USP está baseada nos referenciais teóricos das Necessidades Humanas Básicas de Maslow (Regis e Porto 2006), na Teoria de Dorothea Orem (Orem 1995) e dos conceitos do Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta (Horta 1979).

A implementação das fases da SAE do Serviço de Enfermagem do HRAC-USP, iniciou-se na década de 80. As enfermeiras responsáveis pelo Serviço de Enfermagem, estruturaram o atendimento ambulatorial de enfermagem da Instituição por meio da consulta de enfermagem baseada em entrevista e exame físico do paciente.

Em 1987 foi implementado na Unidade de Cuidados Especiais (UCE), da Seção de Terapia Semi-Intensiva, o plano de cuidados de enfermagem com as etapas de histórico, evolução e prescrição de enfermagem, como partes da SAE. Esta unidade é destinada a internação de pacientes com fissura labiopalatina associada ou não à anomalia craniofacial. O perfil de necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes nessa unidade justifica a

importância do planejamento do cuidado devido aos riscos inerentes relacionados aos principais diagnósticos de malformação e anomalias congênitas. Dentre eles citamos a Sequência de Pierre Robin, a Síndrome de Treacher Collins, a Síndrome de Stickler, a Síndrome de Moebius que podem abranger problemas como a disfagia, obstrução de vias aéreas superiores, refluxo gastro-esofágico e alterações neurológicas.

A Sequência de Pierre Robin é descrita na literatura como tríade neonatal, caracterizada por micrognatia, glossoptose e fissura palatina. Destacam-se as dificuldades respiratórias e alimentares, decorrentes da obstrução das vias aéreas superiores devido à glossoptose (Almeida 1999 e Mondini 2008).

A Síndrome de Treacher Collins ou Disostose Mandibulofacial é um distúrbio hereditário caracterizado por anomalias craniofaciais e manifesta-se com diversas variáveis clínicas. A obstrução das vias aéreas superiores por fatores estruturais pode frequentemente ocasionar apnéia obstrutiva (Silva et al 2008).

A Síndrome de Stickler é uma doença autossômica dominante, caracterizada por anomalias orofaciais, oculares, esqueléticas e auditivas (Martinelli 2006).

A Síndrome de Moebius consiste na paralisia congênita parcial ou completa do nervo facial, comumente associada a outros pares cranianos, sobretudo o nervo abducente. Cursa frequentemente com malformações dos membros e estruturas orofaciais (Almeida et al 2004).

Em 2002, dentre os resultados obtidos por Fontes (2001), foi identificado o perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes acima de 14 anos no pré e pós-operatório de cirurgia de correção de fissura labiopalatina. Os DE mais frequentes foram incluídos no impresso de registro de enfermagem, da Seção de Internação com as respectivas características definidoras (CD), fatores relacionados (FR) e fatores de risco (FRi). Dessa maneira o registro da SAE, na Seção de Internação, ficou contemplado com todas as fases.

Em 2004 após uma análise retrospectiva de prontuários de pacientes, utilizando o mapeamento cruzado entre os registros de enfermagem e a taxonomia da Classificação do Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA- 2002), obteve-se o perfil das necessidades de cuidados com a identificação dos diagnósticos mais frequentes dos pacientes da UCE (Bertoni, Mondini e Fontes 2004).

Mapeamento cruzado é a designação de fazer refletir num determinado sistema de classificação algo que não tenha sido originalmente realizado de acordo com esse sistema. Mapear os registros nas classificações é transpor para a linguagem dessas classificações os diagnósticos e intervenções que, pelo seu significado, estiverem presentes nos registros de enfermagem (Fontes 2006).

Lucena e Barros (2005) e Nonino et al (2008) citam que o mapeamento cruzado é uma ferramenta que permite demonstrar que os dados existentes podem ser mapeados nas classificações de enfermagem e adaptados para a linguagem padronizada, incluindo a comparação destas com outras linguagens utilizadas no cotidiano de forma sistematizada.

A partir desse mapeamento foram incluídos nove Diagnósticos de Enfermagem no impresso de enfermagem da SAE, da UCE, caracterizando a implementação da linguagem padronizada de diagnósticos no HRAC-USP.

Em 2006 foi proposta a implementação da fase de diagnóstico de enfermagem nos registros de enfermagem da Seção de Terapia Intensiva (UTI) (Fontes, Bertone e Sassaki 2006).

Em 2007, o impresso utilizado na UTI, que contemplava todas as fases da SAE, foi em consenso reformulado pelos enfermeiros que atuavam nesta Unidade. Dessa forma relacionamos o registro dos diagnósticos de enfermagem, com as intervenções da NIC (Nursing Interventions Classification – NIC), (NIC 2008) e com as atividades de enfermagem.

1.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Um Sistema de Informação (SI) é um conjunto de componentes inter-relacionados que coleta (ou recupera), processa, armazena e distribui informações destinadas a apoiar a tomada de decisões, a coordenação e o controle de uma organização. Os SI auxiliam os gerentes e trabalhadores a analisar problemas, visualizar assuntos complexos e criar novos produtos. Contém informações sobre pessoas, locais e elementos significativos para a sua organização. Esses sistemas transformam dados brutos em informações úteis por meio de três atividades básicas: entrada, processamento e saída. *Informação* quer dizer dados apresentados em uma forma significativa e útil para os seres humanos. *Dados* são correntes de fatos brutos que representam eventos que estão ocorrendo nas organizações ou no ambiente físico, antes de terem sido organizados e arranjados de uma forma que as pessoas possam entendê-los e usá-los (Laudon 2004).

Segundo o mesmo autor, os componentes de um SI são:

- Peopleware (pessoas)- inclui todas as pessoas que gerenciam, executam, programam e mantêm o SI, incluindo os usuários que são todos aqueles que utilizam os SI para obtenção de algum resultado.
- Hardware (equipamentos)- são todos os equipamentos e componentes que são utilizados nas atividades de entrada de dados, processamento e saída de informações.
- Software (programas)- conjuntos de instruções ou programas que possibilitam a operação do computador. O software pode ser dividido em:
 - Software de sistemas: que controla as operações básicas do computador (como a impressão) e
 - Software aplicativo: permite a realização de tarefas específicas (planilha eletrônica).

- Dados ou banco de dados- conjunto de fatos e informações, armazenados em forma de registros e arquivos que são logicamente relacionados. Podem ser organizados em banco de dados e bases de conhecimento. O banco de dados armazena, processa e organiza essas informações. As bases de conhecimentos guardam os dados em forma de fatos e exemplos ilustrativos sobre práticas bem sucedidas.

- Rede- estrutura de comunicação eletrônica que permite a conexão entre computadores e outros dispositivos. É um recurso fundamental para qualquer SI.

1.2.1 Sistema de Gerenciamento de Informação no HRAC-USP- Sistema “Gandhi”

No HRAC-USP, o Serviço de Informática Hospitalar (SIH) desenvolveu um módulo computacional, Sistema “Gandhi”, em linguagem de programação PROGRESS – 4GL[®], utilizando o sistema gerenciador de banco de dados PROGRESS[®], com o objetivo de gerenciar a informação hospitalar. É um software desenvolvido e mantido pelo SIH, que contém informações relacionadas aos processos de produção de trabalhos administrativos e assistenciais do paciente. Essas informações podem ser organizadas e facilmente recuperadas, com segurança e credibilidade, para sua utilização no processo de trabalho. O SIH também auxilia os profissionais de enfermagem nas atividades de hotelaria hospitalar, necessárias ao planejamento das ações de enfermagem, otimizando o tempo e o acesso aos dados do paciente. Como exemplo, podemos citar o controle de entrada e saída dos pacientes de uma determinada Unidade.

1.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO “GANDHI” COMO GERENCIADOR DOS DADOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM

O “Gandhi”, como SI, permite a inclusão de dados do paciente, assim como, as fases da SAE, utilizando os termos padronizados provenientes das classificações de enfermagem da NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I 2010), da NIC (Nursing Interventions Classification – NIC 2008) e da NOC (Nursing Outcomes Classification – NOC 2008).

1.4 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

Este estudo apresenta uma proposta de inclusão das etapas da SAE, por meio do registro eletrônico dos dados clínicos, dos pacientes internados na Seção de Terapia Semi-Intensiva do HRAC-USP, aqui denominada também de UCE, utilizando como estrutura teórica as classificações da NANDA-I, NIC e NOC.

Atualmente a SAE é registrada de forma manuscrita no prontuário do paciente. A sua operacionalização exige que o enfermeiro identifique e nomeie as necessidades de cuidados do paciente e ofereça continuidade, com avaliação diária, ou sempre que necessária realizada por exame físico, monitorização, intervenções e avaliação dos resultados.

O registro manual de todas as etapas da SAE além de consumir tempo do enfermeiro, acrescenta a variável da escrita, que pode interferir tanto na quantidade como na qualidade das

informações. Esses mesmos registros, realizados em sistemas informatizados, são maximizados e poderão otimizar a assistência direta ao paciente.

O prontuário do paciente é a principal fonte de informações e importante documento no processo assistencial. A qualidade do registro de enfermagem pode ser um indicador de mensuração do cuidado. Diariamente observamos que o registro manuscrito deixa de ser completo, em relação ao quantitativo dos cuidados prestados. A clareza, a riqueza de conteúdo e a qualidade do registro podem ser comprometidas às vezes pelo tempo que o profissional de enfermagem dispensa para fazê-lo.

A informatização de dados revolucionou o processo de comunicação em todas as áreas, o que não poderia ser diferente na enfermagem, quando elabora o plano de cuidados, a SAE. O tempo e informação são otimizados pela tecnologia, assim o enfermeiro poderá despendar mais tempo na assistência direta ao paciente. O preenchimento de papéis, como atividades repetitivas e burocráticas, desgasta o processo de trabalho do enfermeiro e o afasta do paciente.

A finalidade desse estudo é propor um modelo de registro eletrônico dos dados do paciente para a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando as classificações de enfermagem da NANDA-I, da NIC e da NOC.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em meados do ano de 2002, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN- SP) iniciou uma campanha de orientação aos profissionais enfermeiros sobre a necessidade da implementação da SAE em todas as Instituições de Saúde. Desde então os enfermeiros com as Instituições de Saúde procuram implementar a SAE em suas unidades, sendo imprescindível e de interesse institucional, a avaliação de recursos humanos e materiais, a capacitação profissional (fundamentação teórica e habilidade prática), centrada na melhoria da qualidade na assistência de enfermagem (Hermida e Araújo 2006).

A normatização e implementação da SAE nas instituições de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo, é amparada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Resolução COFEN 272/2002 que, no uso das suas atribuições legais e regimentais, considerando: os artigos 5, XIII e 197 da Constituição Federativa do Brasil (1988); a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 (Conselho Federal de Enfermagem, 1986); o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000 (Conselho Federal de Enfermagem, 2000), determinou que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é considerada como: atividade privativa do enfermeiro; prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e, um modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde.

Citamos a seguir como o Processo de Enfermagem (PE) / Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é necessário no plano de trabalho do enfermeiro. O PE foi introduzido, no Brasil, na década de 70 (Possari 2007) e, posteriormente, denominado SAE. Esses termos se referem à forma de organizar a assistência focando o cuidado individualizado.

2.1 O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)/A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

O PE é composto por levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem. É um método científico desenvolvido como forma de organizar o trabalho mediante a distribuição dos cuidados em etapas inter-relacionadas (Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey 1993).

Darli (1993), Rossi e Casagrande (2001), Tannure e Gonçalves (2009) citam o PE como um método contínuo, sistemático, crítico, ordenado, de se coletar, julgar, analisar e interpretar informações sobre as necessidades físicas e psíquicas do paciente, para levá-lo à saúde, à normalidade; ou seja, um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente, modo esse composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas.

Ralph e Taylor (2007) citam as fases do processo de enfermagem: o histórico de enfermagem, que é a coleta e análise dos dados sobre o problema de saúde do paciente; o diagnóstico de enfermagem, que identifica o problema de saúde; a identificação do resultado, que propõe metas, e um referencial de tempo para o alcance delas; a prescrição, que elabora um plano de cuidados para solucionar os problemas encontrados; a implementação, que executa o plano de cuidados e, finalmente, a evolução para analisar os resultados alcançados e esperados.

Segundo Rossi e Casagrande (2001), no Brasil e no mundo, o PE iniciou-se da academia para a prática assistencial. Nos Estados Unidos, surgiu na década de 1930, no estudo, ensino e no plano de cuidados de enfermagem (Henderson 1973), tendo sido empregado como orientação na prática de enfermagem pela American Nurses Association (Associação de Enfermeiras Americanas), (Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey 1993). No

Brasil, em 1956, o método “Estudo de Caso” sobre plano de cuidados de enfermagem utilizado no ensino foi descrito na Revista Brasileira de Enfermagem (Spera et al 1956).

Fontes (2001) se refere ao PE como um método de identificação e resolução de problemas, envolvendo avaliação e o diagnóstico. A fase de resolução de problemas, por sua vez, abrangeria a projeção dos resultados, intervenção de enfermagem e avaliação desses resultados.

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I 2010), o Diagnóstico de Enfermagem (DE) é um “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O DE constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”. Cruz (2001) menciona que o DE faz parte das etapas do PE e pode ser definido como um processo de julgamento clínico, que agrega iniciativas de se construir um sistema de linguagem compartilhado pelos profissionais de enfermagem, que pode significar um termo ou expressão que designa uma situação clínica que requer intervenções de enfermagem.

A aplicação do PE pode levar à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e à busca por conhecimentos teóricos e científicos embasada na prática clínica de enfermagem (Peres et al 2009 e Pokorski et al 2009).

A SAE exige, do enfermeiro, maior comprometimento e empenho em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto conhecimentos próprios e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem, para a implementação das ações sistematizadas (Daniel 1981 e Possari 2007).

A elaboração da SAE é um dos meios de que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes, além de

caracterizar sua prática profissional para proporcionar assistência individualizada e de qualidade ao cuidado do paciente, com embasamento científico.

Cruz (2008)¹, ao relatar as transformações do PE, faz um paralelo entre as gerações definidas entre as décadas 50-70, 70-90 e 90 em diante. Na 1ª geração, a ênfase se deu no ensino, quando os estudantes passaram a ser orientados a identificar os problemas dos pacientes, tendo a introdução do processo de enfermagem sido importante para a organização e qualificação da prática e do conhecimento de enfermagem. Na 2ª geração, de 1970 a 1990, ocorreu o acréscimo da etapa do diagnóstico de enfermagem e do raciocínio clínico para a tomada de decisões clínicas e o estabelecimento do processo de enfermagem em cinco etapas. Nos Estados Unidos, de 1990 em diante, iniciava-se a preocupação com os resultados dos cuidados de enfermagem, que evoluiu para a 3ª geração. A especificidade e os testes de resultados então passaram a modular um novo processo de enfermagem. Nessa geração, as classificações de diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem são valorizados como linguagem padronizada para compor o registro do raciocínio clínico do enfermeiro.

Há uma preocupação por parte dos enfermeiros, segundo Chianca et al (2009), de uniformizar a linguagem pela construção de uma classificação única de enfermagem, que incluía termos utilizados para designar os fenômenos de interesse da enfermagem, as ações executadas e os resultados mensurados.

Dessa maneira, a enfermagem atualmente caminha para a utilização das classificações de enfermagem, consideradas importantes instrumentos para a assistência, ensino e pesquisa, possibilitando organizar os dados e resgatá-los quando necessário. A recuperação dos dados possibilitará colocar a disposição os elementos essenciais dos processos de enfermagem (Cruz 2008).

¹ Cruz (2008) apud Pessut DJ, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany, NY: Delmar; 1999.

2.2 AS CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM

A finalidade das classificações é propor uma linguagem comum para descrever o cuidado de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades em diferentes locais: institucionais e não-institucionais (Cruz 2008). Estas classificações favorecem a coleta de dados de enfermagem, a análise dessas informações, o planejamento, a implementação e avaliação do cuidado, por meio de linguagens uniformizadas, podendo ser comparados e, assim, colaborar na tomada de decisões dos enfermeiros que terão mais subsídios para decidir o que se deve fazer. Para Johnson et al (2009), possibilita o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação clínica e de prontuários eletrônicos do paciente.

Fontes (2006), Cruz (2008) e Johnson et al (2009) citam que, a partir de 1973, se inicia o movimento de classificação de enfermagem e sua utilização crescente na prática, no meio acadêmico e na pesquisa. No Brasil, a classificação da NANDA começou a ser empregada no início da década de 90.

Segundo Dochterman e Bulechek (2008) e Johnson et al (2009), a Classificação das Intervenções de Enfermagem da NIC (Nursing Interventions Classification - NIC) desenvolveu-se a partir de 1987 na Universidade de Iowa (EUA). O início deste trabalho sobre intervenções de enfermagem foi impulsionado pela NANDA. Estabelecido um diagnóstico, o enfermeiro teria o dever de resolvê-lo ou minimizá-lo. Sua criação foi necessária para padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros, na descrição dos cuidados que realizavam com os pacientes para a obtenção de um resultado desejado (Johnson et al 2009, Tannure e Gonçalves 2009).

Moorhead, Johnson e Maas (2008) e Johnson et al (2009), desde 1991, desenvolvem a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC) para

avaliar a prática de enfermagem. Havendo um consenso quanto aos resultados padronizados de enfermagem, os enfermeiros poderão estudar e comparar os efeitos das intervenções realizadas em suas instituições e avaliar a melhora na qualidade do cuidado prestado.

A existência de vários sistemas de classificação para descrever a prática de enfermagem levou o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (International Council of Nursing- ICN), a elaborar um Sistema de Classificação Internacional, que representasse a prática da enfermagem mundial. Essa classificação foi publicada em 1996, como um marco unificador de todos os sistemas de classificação existentes na enfermagem, tendo sido denominada de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Em 1996, iniciou-se no Brasil, pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), o projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), com a finalidade de identificar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no contexto do Sistema Único de Saúde (Santos e Nóbrega 2004, Cubas e Egry 2008).

De acordo com Johnson et al (2009), a associação das três linguagens NANDA-I, NIC e NOC constitui um auxílio aos enfermeiros, clínicos e estudantes, na seleção dos resultados das intervenções mais adequadas para seus pacientes, relacionando-os aos diagnósticos de enfermagem.

Essas classificações são instrumentos para assegurar a confiabilidade, a validade e a usabilidade da documentação de enfermagem (Peres et al 2009). São também capazes de favorecer sistemas computadorizados de informação em enfermagem, bem como formar um conjunto uniformizado de dados, para qualificar cuidados e avaliar a eficiência da enfermagem (Pereira, Stuchi e Arreguy-Sena 2010).

2.2.1 A Classificação de enfermagem da NANDA-I

A classificação de enfermagem pode ser utilizada pelo enfermeiro para descrever os fenômenos de enfermagem. A classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I 2010) é uma fonte consolidada de terminologia de diagnósticos de enfermagem, que nomeia quais as necessidades de enfermagem de um grupo ou população.

A NANDA foi criada em 1982, na 5ª Conferência Nacional sobre Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, designada posteriormente como NANDA-I (I de International) em 2002. A primeira taxonomia da NANDA foi aprovada em 1986 (Cruz 2001, Cerullo e Cruz 2008), com a finalidade de direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos, baseados nos nove Padrões de Respostas Humanas que eram: trocar, comunicar, mover, conhecer, sentir, perceber, valorizar, relacionar, escolher.

Com a 14ª Conferência da NANDA, em abril de 2000, houve modificações na maneira de organizar e apresentar os DE, tendo sido proposta a Taxonomia II, como um sistema multiaxial, possibilitando aos enfermeiros clínicos acréscimos e modificações de novos DE e sua utilização em bancos de dados (NANDA-I 2006 e NANDA-I 2010). Em 2002, após a Conferência de NANDA, NIC e NOC, em Chicago, onze diagnósticos aprovados foram incluídos na Taxonomia II (NANDA-I 2010). A cada dois anos a publicação da classificação dos diagnósticos é atualizada, ou seja, na edição 2005-2006 cinco novos diagnósticos foram incluídos, na edição 2007-2008 mais quinze DE e, na edição 2009-2011, um acréscimo de vinte e um DE.

A Taxonomia II é estruturada em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos

diagnósticos. Para essa estrutura foram desenvolvidas definições para cada domínio e para cada classe. As definições dos diagnósticos foram comparadas às das classes e domínios em que estavam inseridos, para assegurar a máxima relação entre domínio, classe e diagnóstico (Cruz 2001, Johnson et al 2009 e NANDA-I 2010).

A estrutura atual contém sete eixos, definidos como a dimensão da resposta humana que é levada em consideração no processo de diagnosticar. Os eixos são representados nos DE, nomeados/codificados por meio de seus valores. Os eixos são:

Eixo 1: conceito diagnóstico

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

Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz)

Eixo 4: localização (partes/regiões do corpo)

Eixo 5: idade (bebê, criança, adulto)

Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente)

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

Nessa estrutura multiaxial são organizados e aprovados DE distribuídos em treze domínios: Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação e troca; Atividade/repouso; Percepção/cognição; Autopercepção; Papéis e relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/tolerância ao estresse; Princípios da vida; Segurança/proteção; Conforto; Crescimento/ desenvolvimento. Um domínio é definido como uma esfera de atividade, estudo ou interesse (NANDA-I 2010).

Fazem parte deste contexto quarenta e sete classes que são subdivisões de um grupo maior, que representa uma divisão de pessoas, grau ou classificação.

2.2.1.1 Componentes estruturais dos Diagnósticos de Enfermagem

Citamos a seguir os componentes estruturais dos DE, segundo a NANDA-I (2010):

- Enunciado diagnóstico: estabelece um nome ao diagnóstico. É um termo ou frase concisa que representa um padrão de sugestões.
- Definição: estabelece uma descrição clara e concisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos semelhantes.
- Características definidoras (CD): sugestões/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um DE real, de bem-estar ou de promoção da saúde. São as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe.
- Fatores de risco (FRi): fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família, ou de uma comunidade a um evento insalubre.
- Fatores relacionados (FR): fatores que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o DE. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a.

2.2.2 Classificação das Intervenções de Enfermagem da NIC

A Classificação das Intervenções de Enfermagem da NIC (Nursing Interventions Classification – NIC 2008) também se constitui de uma linguagem padronizada abrangente que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros (Dochterman e Bulechek 2008 e

Johnson et al 2009). Cada intervenção tem uma definição e uma lista de atividades detalhadas que indicam as ações e as razões para a realização da intervenção e uma breve lista de referência para consulta (Ralph e Taylor 2007 e Johnson et al 2009).

Segundo Dochterman e Bulechek (2008), a escolha de uma IE para determinado paciente é parte do processo de decisão clínica do enfermeiro. Seis fatores devem ser ponderados quando da opção de uma intervenção: resultados desejados para o paciente, características do DE, base de pesquisa associada à intervenção, facilidade de implementar a intervenção, aceitabilidade pelo paciente e a capacidade do enfermeiro.

Todas as intervenções da NIC consistem no nome do título, uma definição e, para cada uma delas, são descritas atividades que os enfermeiros realizam para solucionar os problemas apresentados pelos pacientes (Dochterman e Bulechek 2008 e Johnson et al 2009).

O título e a definição referem-se ao conteúdo da intervenção e não devem ser modificados, são padronizados. Ao conjunto de atividades podem ser adicionadas novas ações a fim de atender ao planejamento do cuidado individualizado. As atividades listadas não se encontram de forma estabelecida. Assim sendo, cabe ao enfermeiro, após conferir as ações relacionadas com o paciente, prescrever o cuidado a ser executado.

A NIC (2008) contém 514 intervenções, organizadas em sete domínios apresentados como: fisiológico: básico; fisiológico: complexo; comportamental; segurança; família; sistema de saúde e comunidade. Contém trinta classes e mais de doze mil atividades.

Para cada domínio existem classes e, para cada uma delas, intervenções a serem executadas. Para cada intervenção há um código predeterminado. Em seguida, cada intervenção acompanha uma lista de atividades.

Na taxonomia da NIC foram estabelecidas as ligações com a NANDA. Para cada título diagnóstico estão listadas as intervenções apropriadas, cabendo ao enfermeiro avaliar qual delas é adequada ao paciente que está sob seus cuidados. Essas ligações facilitam a

identificação das IE que constituem alternativas para a hipótese de um DE (Dochterman e Bulechek 2008).

Na NIC encontram-se descritas intervenções mais importantes e prováveis, listadas, em negrito, intervenções sugeridas e optativas.

2.2.3 Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC

A Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC (Nursing Outcomes Classification – NOC 2008) apresenta uma linguagem padronizada, que avalia os resultados dos pacientes com base nos quais é julgado o sucesso de uma intervenção de enfermagem (Moorhead, Johnson e Maas 2008 e Johnson et al 2009).

Cada resultado possui um título, uma definição, uma lista de indicadores para avaliar a situação do paciente em relação ao resultado, uma escala com cinco pontos para mensurar a condição do paciente e uma breve lista de referências para consulta (Ralph e Taylor 2007 e Johnson et al 2009).

A NOC é um complemento às Taxonomias da NANDA-I e da NIC, fornece a linguagem para a etapa do processo de enfermagem (Moorhead, Johnson e Maas 2008).

O uso de uma Taxonomia de resultados para os enfermeiros é necessário para esses profissionais poderem estudar e comparar os efeitos das intervenções realizadas em suas unidades de saúde e, assim, buscar, a partir desses indicadores, melhora na qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

A estrutura da Taxonomia da NOC (2008) contém 330 resultados, sete domínios que descrevem a saúde funcional; saúde fisiológica; saúde psicossocial; conhecimento e comportamento de saúde; saúde percebida; saúde familiar; saúde comunitária. Contém trinta e

duas classes. Para cada resultado apresentado, a Taxonomia da NOC traz uma definição que pode ser utilizada para avaliar o estado de um paciente, cuidador da família, ou para a avaliação dos efeitos das IE, com uma lista de indicadores e escala de medida (Moorhead, Johnson e Maas 2008).

A NOC pode ser uma alternativa no planejamento da assistência e, por meio de uma análise dos indicadores, possibilita a obtenção dos dados referentes à melhora, ou não, do estado de saúde do paciente, pela pontuação obtida com a utilização das escalas.

É necessário reconhecer que a utilização de sistemas de classificação, além de estabelecer padrões de cuidados que podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, permite uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, por meio da sistematização, registro e quantificação do que a equipe de enfermagem produz (Santos, Paula e Lima 2003).

É importante que os enfermeiros envolvidos no planejamento do cuidado ao paciente discutam e resolvam quais as linguagens que melhor representam a nomeação dos fenômenos responsáveis no processo de cuidar.

Perez e Ortiz (2008), na utilização da padronização de linguagem na área da enfermagem, referem que a recuperação e a confiabilidade das análises sobre dados podem ser incrementadas, favorecendo o planejamento, a avaliação do cuidado ao paciente e o controle dos custos hospitalares, além da tomada de decisão em enfermagem e das pesquisas sobre a eficácia clínica das intervenções realizadas.

Esses mesmos autores relatam que os sistemas de classificações em enfermagem são importantes no cuidado de enfermagem ao paciente, com impacto para os profissionais envolvidos, para os resultados em saúde dos pacientes e para as próprias organizações nos contextos em que o cuidado se efetiva.

2.3 INFORMATIZAÇÃO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM

Apesar dos avanços tecnológicos, tem predominado na prática da enfermagem, nas unidades hospitalares, o registro manual dos cuidados prestados ao paciente. Em geral, todas as informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem são registradas como um meio para gerenciar e avaliar a qualidade da assistência.

Atualmente inúmeras instituições de saúde utilizam o método de registro manual. Observa-se que a prática da enfermagem evoluiu no que se refere a conhecimentos técnico-científicos, mas enfrenta ainda uma grande dificuldade na construção de novos conhecimentos baseados em evidência na prática profissional (Santos, Paula e Lima 2003, Marin e Cunha 2006 e Anjos et al 2010).

O método de informação manual é visto pelos enfermeiros como um veículo de comunicação limitado e ultrapassado diante da moderna tecnologia do sistema eletrônico. Desta maneira, o interesse do enfermeiro pela racionalização do tempo, a efetividade e a execução do planejamento do cuidado vem ao encontro da prática de registro eletrônico dos dados clínicos do paciente. A informatização dos dados de enfermagem se refere ao uso da tecnologia da informática e ao modo como se processará o planejamento das etapas da SAE. A expressão “Informática em enfermagem” se refere ao uso da tecnologia de computadores na enfermagem (Marin 2000).

Ozbolt e Graves (1993) e Marin (2000) definem informática em enfermagem como uma combinação da ciência da informação e de enfermagem para auxiliar o profissional no gerenciamento e processamento dos dados, da informação e do conhecimento como suporte na prática de enfermagem e de prestação de assistência em relação ao cuidado do paciente.

A utilização do computador é mais um instrumento para auxiliar o enfermeiro nas suas atividades e na elaboração do processo de enfermagem (Barros, Fakih e Michel 2002 e Anjos

et al 2010). A construção de banco de dados eletrônicos com os conteúdos dos registros de enfermagem pode realmente beneficiar a recuperação das informações interativamente, mediante a nomeação dos fenômenos e proposição de soluções, além da descrição e avaliação dos resultados obtidos nesse processo de planejamento do cuidado que passaria de manual para registro eletrônico.

A informatização de registros de enfermagem na saúde traz benefícios tanto no armazenamento e organização das informações dos dados quanto no gerenciamento das atividades da enfermagem. Também valoriza a qualidade da assistência ao paciente e representa aprimoramento operacional para a instituição. Assim sendo, é vantajosa a informatização, por reduzir despesas, avaliar o custo/benefício do cuidado prestado, melhorar a produtividade, a qualidade da assistência prestada, gerar profissionais mais capacitados, bem como economizar o tempo dispensado. As anotações, mais bem interpretadas em virtude da legibilidade da escrita, favorecem as análises estatísticas, que podem ser futuramente utilizados nas pesquisas (Marin 2000, Évora e Darli 2002, Sperandio e Évora 2004, Heermann, Starkey e Thompson 2005, Lunney 2008, Peres e Ortiz 2008, Chianca et al 2009, Peres et al 2009 e Anjos et al 2010).

A informação de enfermagem organizada e documentada de forma sistematizada, por meio de sistemas eletrônicos, operacionaliza a comunicação, facilita a resolução individualizada dos problemas dos pacientes e esclarece conhecimentos técnico-científicos e humanos dos enfermeiros (Peres et al 2009).

Santos (2003) menciona que o desgaste físico e psicológico decorrente com a demanda de tempo, em atividades tidas como repetitivas e burocráticas, em sua maioria podem ser substituídas por programas de computadores. A sobrecarga de trabalho seria aliviada, dando oportunidade ao profissional de enfermagem de estar mais próximo dos seus pacientes.

As classificações de enfermagem inseridas em um sistema eletrônico fornecem informações essenciais da documentação e dos cuidados de enfermagem, que podem avaliar componentes relacionados à qualidade e do custo da prática clínica (Lunney 2006).

Aquino e Lunardi Filho (2004) construíram um modelo de prescrição de enfermagem informatizada baseado no processo de enfermagem. Evidenciaram a viabilidade do PE e sua informatização como forma de valorizar e organizar o trabalho do enfermeiro.

No Hospital da Universidade de Ulleval, da Noruega, Departamento de Psiquiatria, foi realizado um estudo utilizando as Taxonomias NANDA, NIC, NOC em prontuário eletrônico, que mostrou eficiência na avaliação e organização de dados. A estrutura permitiu melhoria na qualidade da documentação, contribuiu para pesquisa e na educação, com redução do estresse do trabalho (Von Krogh, Dale e Nåden 2005).

Doze enfermeiras de um Hospital Suíço participaram de um estudo experimental para avaliar a qualidade da documentação de enfermagem. Foram submetidas a um treinamento para implementar os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados por meio de um registro eletrônico. Constataram que houve, significativamente, um impacto na qualidade da assistência e na melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem (Müller-Staub et al 2007).

A Universidade de Oslo, na Noruega, desenvolveu um software para registro eletrônico com as Classificações NANDA, NIC e NOC, para os alunos de graduação de enfermagem no Hospital da Universidade de Ulleval, Departamento de Psiquiatria, no período de 2001 a 2005, com consequente melhora na qualidade e organização da documentação de enfermagem (Von Krogh e Nåden 2008).

No Brasil a aplicação prática da SAE, mediante um instrumento informatizado, pode ser descrito de acordo com a realidade institucional de diferentes unidades assistenciais.

Peres, Lima e Ortiz (2006), desenvolveram uma base de dados para a informatização da SAE no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Este instrumento permitiu melhor gerenciar dados, melhoria da gestão, possibilitando métodos de comparação de práticas de enfermagem e controle de custo hospitalar; permite conectividade com rede de ensino e assistência e estabelecer intercâmbio com outras instituições de saúde.

Palomo, Damas e Gutierrez (2007), no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, utilizando o Sistema integrado de informações do Hospital, fizeram uma avaliação do uso do registro eletrônico evidenciaram preferência pela prescrição/evolução eletrônica comparada com a manual, sendo a primeira mais completa, apresentando melhor estética e clareza de dados.

Barbosa, 2007 mostra que a aplicação da SAE informatizada contribui na organização do processo de trabalho do enfermeiro, clareza no registro de informações, uniformização da linguagem, agilizando a elaboração das prescrições, possibilidade de estudos, pesquisas e melhor avaliação do processo assistencial.

A crescente preocupação com a qualidade de atendimento e com o cuidar do paciente tem aumentado a procura por alternativas viáveis na organização das ações de enfermagem. Essa é, sem dúvida, uma tendência irreversível no ambiente hospitalar e, nesse contexto, o uso da informática é uma forma eficaz, econômica e que permite eficiência no cuidado assistencial.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

- Elaborar eletronicamente um banco de dados contendo os Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, de acordo com os referenciais das Classificações da NANDA-I, NIC e NOC;
- Inserir no Sistema “Gandhi” o conteúdo do banco de dados dos Diagnósticos, das Intervenções e dos Resultados de Enfermagem para integrar as telas eletrônicas da SAE;
- Verificar o tempo dispensado pelo pesquisador para o registro da SAE eletrônica.

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 MATERIAL

Foram elaboradas listagens no formato Excel com conteúdos relacionados dos DE, suas respectivas IE e RE, utilizando as classificações da NANDA-I, da NIC e da NOC (anexo 1), inserir o conteúdo do banco de dados no Sistema “Gandhi”, para integrar as telas da SAE dos pacientes internados na Seção de Terapia Semi-Intensiva, do HRAC-USP.

O microcomputador utilizado para o estudo pertence à Unidade de Internação com a seguinte característica:

- Sistema: Microsoft® Windows® XP Professional, versão 2002;
- Computador: AMD Athlon™ XP 2200 + 1.81 GHz, 512 MB de RAM.

O SIH disponibilizou a impressora HP Laser Jet P 2015 dn, para a necessidade de impressão dos dados. O acesso à funcionalidade SAE do Sistema “Gandhi” é realizado pela pesquisadora por meio de login e senha do usuário.

4.1.1 Local

O local do estudo é denominado UCE, que pertence à Seção de Terapia Semi-Intensiva, do HRAC-USP, com oito leitos destinados à internação de lactentes e crianças até um ano de idade, com fissura labiopalatina que apresentam problemas relacionados à disfagia; obstrução de vias aéreas superiores; refluxo gastro-esofágico; desnutrição; alterações neurológicas; Sequência de Pierre Robin; Síndrome Treacher Collins; Síndrome de Stickler; Síndrome de Moebius.

A classificação do cuidado para essa Unidade foi avaliada como de cuidados semi-intensivos sob a ótica do instrumento de Perroca (Perroca 2011). Os pacientes internados requerem tratamento clínico e/ou cirúrgico que envolve os aspectos hemodinâmicos, metabólicos, nutricionais, respiratórios, que demandam necessidades de cuidados de enfermagem e atuação da equipe interdisciplinar.

A média do número de dias de internação dos pacientes nesta Unidade, no período de janeiro a agosto de 2010, foi de treze dias. O hospital oferece condições para a presença de um acompanhante/cuidador junto ao paciente durante o período de internação, conforme direito estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069), Mondini e Fontes (1999).

O Projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP, obtendo sua aprovação em 11 de dezembro de 2008, conforme ofício número 400/2008-SVAPEPE-CEP (anexo 2). A alteração no título foi aprovada em 28 de setembro de 2010, conforme ofício número 248/2010-SVAPEPE-CEP (anexo 3).

4.2 MÉTODO

Estudo descritivo e quantitativo com a finalidade de relacionar e articular as fases da SAE em um sistema eletrônico.

4.2.1 Elaboração do banco de dados de DE, IE e RE

Foi elaborado um banco de dados no formato Excel tendo como referencial a classificação dos DE, IE, RE. Para cada DE (NANDA I-2010) foram selecionadas as respectivas intervenções e resultados de enfermagem, utilizando os referenciais de Dochterman e Bulechek (2008) e Moorhead, Johnson e Maas (2008).

Em relação à listagem dos DE, com referencial da NANDA-I, foram utilizados os nove DE que constam no impresso em papel da SAE do local de estudo e mais quatro apontados pela pesquisadora e orientadora.

As IE para cada diagnóstico foram relacionadas segundo Dochterman e Bulechek (2008), são abrangentes, com múltiplas intervenções com código específico, compostos por quatro dígitos, divididos em três níveis: prioritárias, sugeridas e optativas.

- Prioritárias: abrange as intervenções mais prováveis para a solução do diagnóstico, (estão listadas em **negrito**),

- Sugeridas: abrange as intervenções com probabilidade de responder bem ao diagnóstico, e

- Optativas: sugere-se que sejam consideradas pelo enfermeiro quando sua indicação for pertinente.

Nesse estudo pesquisadora e orientadora listaram para cada intervenção as atividades que consideraram mais frequentes e relevantes.

O enfermeiro seleciona as atividades mais apropriadas, podendo também adicionar novas, quando necessário, desde que toda modificação e acréscimo sejam coerentes com a definição da intervenção. Um exemplo:

Na Intervenção de Enfermagem *Imobilização*, que contém suas atividades indicadas, listadas, foi adicionado, pelo perfil de nosso paciente, uma nova atividade: *braceletes em membros superiores*.

Em relação à listagem dos RE identificados, segundo Moorhead, Johnson e Maas (2008), foram divididos em: resultados sugeridos e resultados associados adicionais. Os respectivos indicadores de resultados também acompanham um código específico, em uma escala graduada de cinco pontos, para medir a condição do paciente. O enfermeiro deve registrar uma pontuação específica a fim de verificar a melhora, ou não, do estado de saúde do paciente.

As listagens com os DE, IE e RE, em planilhas do Excel, foram então inseridas pela equipe do SIH no Sistema “Gandhi”. A partir disso, as telas da SAE foram elaboradas e receberam os nomes correspondentes às fases da sistematização.

Os dados foram introduzidos em cada tela correlata, como: *SAE – Diagnósticos*. Nessa tela foram inseridos os diagnósticos de enfermagem levantados, e assim, sucessivamente para as demais telas da SAE, que denominamos tela de cadastro, onde inserimos e excluimos dados, que são as telas: *SAE – Intervenções*; *SAE – Atividades*; *SAE – Resultados*; *SAE - Indicadores*; *SAE - Diagnósticos x Intervenções*; *SAE - Atividades x Indicadores*.

4.2.2 Coleta dos dados

4.2.2.1 Teste-piloto

Foi realizado um teste-piloto, em julho de 2010, com cinco pacientes, por quatro dias consecutivos. Durante o teste percebemos a necessidade de ajustar a tela denominada *SAE-prescrição ao paciente* – novo diagnóstico. Para uma visualização melhor, foi incluído no ícone *novo diagnóstico*, a apresentação de uma tela com duas caixas de texto, uma superior e outra logo abaixo. Uma vez selecionado o diagnóstico desejado, suas atividades eram apresentadas na caixa de texto na parte superior. À medida que as atividades eram selecionadas, tornava possível visualizá-las nesta mesma tela, na caixa de texto abaixo, e com o ícone *confirmar* esses dados eram enviados para a tela *SAE-prescrição ao paciente*. Também foi acrescentado, quando necessária a impressão, o registro de tempo inicial e final despendido no plano de cuidados da SAE. Essas alterações foram viabilizadas pelo SIH.

4.2.2.2 Coleta dos dados da amostra da pesquisa

A coleta dos dados ocorreu por meio do planejamento da SAE, com avaliação clínica individual diária, dos pacientes internados de 10 de setembro a 31 de outubro de 2010, totalizando dez dias. A amostra consistiu de 13 pacientes avaliados. Sendo 11 por dez dias consecutivos. Dois pacientes desses 11 receberam alta hospitalar com cinco dias de avaliação, porém re-internaram enquanto a pesquisadora procedia à coleta dos dados dos demais

pacientes da amostra, oferecendo condições para completar o restante dos dias da avaliação. Dois pacientes dos 13 foram avaliados por nove dias, devido alta hospitalar.

Entende-se por dia de avaliação a elaboração da SAE eletrônica. Essa avaliação inclui exame físico de enfermagem, observação dos registros no prontuário de cada paciente, inserção dos dados de interesse clínico e elaboração do plano de cuidados no Sistema “Gandhi”. O plano de cuidados eletrônico foi denominado “SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

Os dados clínicos obtidos pela pesquisadora na avaliação de enfermagem foram inseridos nas telas eletrônicas sequencialmente às etapas da SAE, e descrevemos a seguir esse procedimento.

4.2.2.3 Procedimento da inserção dos dados de enfermagem nas telas da “SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem” no Sistema “Gandhi”

Descrevemos a seguir os passos para o acesso ao Sistema “Gandhi” e as funcionalidades das telas da SAE.

Na tela inicial do computador existe um ícone para acesso ao software “Gandhi” (Fig. 1) e ao clicá-lo é solicitado o nome e senha do usuário (Fig. 2).

Figura 1- Tela inicial do computador com o ícone “Gandhi”.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Figura 2- Tela do usuário.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Após a autenticação do sistema, é apresentado o aplicativo “Gandhi”- *Gerenciamento da Informação Hospitalar*, com acesso aos dados dos pacientes, caso novo, internação, utilitários. Clicando no ícone internação teremos a apresentação da tela pré-internação, enfermagem, cirúrgico e SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem. Clicando em “SAE sistematização da assistência de enfermagem”, visualizaremos um menu com as seguintes funcionalidades: SAE - *Diagnósticos*; SAE - *Intervenções*; SAE - *Atividades*; SAE - *Resultados*; SAE - *Indicadores*; SAE - *Diagnósticos x Intervenções*; SAE - *Atividades x Indicadores*; SAE - *Prescrição ao paciente* (Fig. 3).

Figura 3- Tela “Gandhi- Gerenciamento da Informação Hospitalar”, SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem e suas funcionalidades.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

As sete primeiras funcionalidades do menu , citadas anteriormente, foram utilizadas na elaboração das telas, a partir do banco de dados. Essas funcionalidades também podem ser utilizadas quando for necessário realizar alguma manutenção cadastral, como adicionar, excluir ou alterar algum item referente a essas telas.

Descreveremos a seguir como foi inserido no Sistema “Gandhi”, os bancos de dados, em cada tela de cadastro: *SAE- Cadastro de Diagnóstico; SAE- Consulta dos Diagnósticos; SAE- Cadastro de Internações; SAE- Consulta das Intervenções; SAE- Cadastro das Atividades; SAE- Consulta das Atividades das Intervenções; SAE- Cadastro de Resultados; SAE- Cadastro de Indicadores; SAE- Consulta dos Indicadores dos Resultados; Cadastro de Intervenções por Diagnóstico; Cadastro dos Indicadores (Resultados) das Atividades (Intervenções); SAE- Prescrição ao Paciente.*

4.2.2.4 Elaboração dos DE

Um mapeamento cruzado foi realizado pela pesquisadora e orientadora entre os DE que constavam no impresso de plano de cuidados em formato de papel (Fontes, Bertone e Sasaki, 2006), com os DE da versão 2009-2011 da NANDA (NANDA-I, 2010). Averiguamos se havia alteração de termos padronizados entre as versões da Classificação Diagnóstica. Consideramos também outros DE pertencente ao domínio de enfrentamento/tolerância ao estresse em relação ao cuidador e os acrescentamos na listagem do banco de dados.

Foi utilizada para registrar essas informações no “Gandhi”, a funcionalidade do menu “SAE – Diagnósticos”. Visualizaremos a tela “SAE- Cadastro de Diagnóstico” operacionalizada da seguinte forma: clicando na lupa de pesquisa que se encontra na frente do número do diagnóstico, é possível consultar a relação de diagnósticos existentes e selecionar o desejado. Para excluí-lo, basta clicar no ícone da lixeira; para alterar a descrição, digitar o DE no campo descrição e clicar no ícone salvar e, para incluir um novo diagnóstico, clicar no ícone novo, digitar o número e descrição e clicar no ícone salvar (Fig. 4).

Figura 4- Tela de cadastro de Diagnósticos.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Os DE foram codificados, por exemplo: Diagnóstico 0001 se refere ao Risco de Infecção, e assim sucessivamente para os demais diagnósticos cadastrados (Fig. 5).

Figura 5- Tela de consulta dos Diagnósticos.

Versao	Diagnostico	Descrição
2009.01	0001	Risco de infecção
2009.01	0002	Risco de aspiração
2009.01	0003	Mucosa oral prejudicada
2009.01	0004	Integridade da pele prejudicada
2009.01	0005	Deglutição prejudicada
2009.01	0006	Integridade tissular prejudicada
2009.01	0007	Padrão respiratório ineficaz
2009.01	0008	Desobstrução ineficaz de vias aéreas
2009.01	0009	Padrão ineficaz de alimentação infantil / bebê
2009.01	0010	Déficit no autocuidado
2009.01	0011	Desempenho de papel ineficaz
2009.01	0012	Enfrentamento do cuidador ineficaz
2009.01	0013	Enfrentamento familiar comprometido

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

4.2.2.5 Elaboração das intervenções de enfermagem e o conjunto de atividades que as compõem

As IE (NIC, 2008) são compostas por atividades que podem ser implementadas de acordo com o diagnóstico de enfermagem nomeado. As atividades de enfermagem são ações específicas realizadas por Enfermeiro ou por membro da equipe de enfermagem. Para compor a listagem das IE, pesquisadora e orientadora realizaram um mapeamento cruzado, entre as prescrições de enfermagem padronizadas que constam no impresso em papel e as intervenções e atividades que a NIC (2008) contempla em sua taxonomia. Dessa maneira, assim como os DE foram acrescentados, as IE e suas respectivas atividades que não estavam contempladas no impresso, também foram incluídas.

No registro dessas informações, no Gandhi, utilizamos as seguintes funcionalidades do menu:

- “SAE – *Intervenções*” operacionalizada da seguinte forma: clicando na lupa de pesquisa que se encontra na frente do número da Intervenção, é possível consultar a relação de intervenções existentes e selecionar a desejada. Para excluí-la, basta clicar no ícone da lixeira; para alterar a descrição, digitar as alterações no campo descrição e clicar no ícone salvar e, para incluir uma nova intervenção, clicar no ícone novo, digitar o número e descrição e clicar no ícone salvar (Fig. 6 e 7).

Figura 6- Tela de cadastro de Intervenções.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Figura 7- Tela de consulta de Intervenções.

Versao	Intervencao	Descricao
2009.01	1803	Assistência no autocuidado: alimentação
2009.01	1860	Terapia para deglutição
2009.01	1875	Cuidados com cateter: linha umbilical
2009.01	2300	Administração de medicamentos
2009.01	2311	Administração de medicamentos: inalação
2009.01	3120	Inserção e estabilização de vias aéreas artificiais
2009.01	3140	Controle de vias aéreas
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas
2009.01	3200	Precauções/prevenção contra aspiração
2009.01	3320	Oxigenoterapia
2009.01	3350	Monitoração respiratória
2009.01	3390	Assistência ventilatória

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

- “SAE - Atividades” operacionalizada da seguinte forma: clicando na lupa de pesquisa que se encontra na frente do número da Intervenção, é possível consultar a relação de atividades existentes e selecionar a desejada. Para excluí-la, basta clicar no ícone da lixeira; para alterar a descrição, digitar as alterações no campo descrição e clicar no ícone salvar e, para incluir uma nova atividade, clicar no ícone novo, digitar o número e descrição e clicar no ícone salvar (Fig. 8 e 9).

Figura 8- Tela de cadastro das Atividades.

SAE - Cadastro das Atividades

Navegação Operação Utilitários

Intervencao: 3160 Versao: 2009.01

Descricao: Aspiração de vias aéreas

Atividade: 316001 Versao: 2009.01

Descricao: Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Figura 9- Tela de consulta das Atividades das Intervenções.

SAE - Consulta das Atividades das Intervenções				
Versao	Intervencao	Descricao	Atividade	Descricao
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316001	Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou tra
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316002	Auscultar os sons respiratórios antes e após a aspiraç
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316003	Informar o paciente e a família sobre a aspiração
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316004	Aspirar a nasofaringe com dispositivo de aspiração, c
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316005	Usar precauções padronizadas: luvas, óculos e másc
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316006	Inserir dispositivo nasal para facilitar a aspiração nasc
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316007	Usar equipamento esterilizado descartável para cada
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316008	Monitorar o estado de oxigenação do paciente (nívei
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316009	Aspirar a orofaringe após o término da aspiração da tr
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316010	Limpar a área em torno do estoma traqueal após o tér
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316011	Orientar cuidador sobre forma de aspirar as vias aére
2009.01	3160	Aspiração de vias aéreas	316012	Hiperoxigenar com oxigênio a 100%, usando ventilad

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

4.2.2.6 Elaboração dos resultados de enfermagem e o conjunto de indicadores que os compõem

Os RE (NOC, 2008) foram incluídos na tabela respectivamente a cada IE. Cada resultado possui um grupo de indicadores que caracterizariam o estado atual do paciente. Mediante a avaliação do enfermeiro, o escore final representa o resultado alcançado após uma IE.

Utilizamos para registrar essas informações no “Gandhi” as seguintes funcionalidades do menu:

- “SAE – Resultados” operacionalizada da seguinte forma: clicando na lupa de pesquisa que se encontra na frente do número do resultado, é possível consultar a relação de intervenções existentes e selecionar a desejada. Para excluí-la, basta clicar no ícone da lixeira; para alterar a descrição, digitar as alterações no campo descrição e clicar no ícone salvar e, para incluir um novo resultado, clicar no ícone novo, digitar o número e descrição e clicar no ícone salvar (Fig. 10).

Figura 10- Tela de cadastro de Resultados.

SAE - Cadastro de Resultados

Navegação Operação Utilitários

Resultado: 0402 Versão: 2009.01

Descrição: Estado respiratório: troca gasosa

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

- “SAE – Indicadores” operacionalizada da seguinte forma: clicando na lupa de pesquisa que se encontra na frente do número do indicador, é possível consultar a relação de intervenções existentes e selecionar a desejada. Para excluí-la, basta clicar no ícone da lixeira; para alterar a descrição, digitar as alterações no campo descrição e clicar no ícone salvar e, para incluir um novo indicador, clicar no ícone novo, digitar o número e descrição e clicar no ícone salvar (Fig. 11 e 12).

Figura 11- Tela de cadastro de Indicadores.

SAE - Cadastro de Indicadores

Navegação Operação Utilitários

Resultado: 0402 Versão: 2009.01

Descrição: Estado respiratório: troca gasosa

Indicador: 040202 Versão: 2009.01

Descrição: Facilidade para respirar

Score[1]: severam comprometido

Score[2]: muito comprometido

Score[3]: moderadamente comprome

Score[4]: levemente comprometido

Score[5]: não comprometido

Score[6]: Não avaliado

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Figura 13- Tela de cadastro de Intervenções por Diagnósticos.

Cadastro de Intervenções por Diagnóstico

Navegação Operação Utilitários

Selecione um Diagnóstico

Diagnostico: 0001 Versao: 2009.01

Descricao: Risco de infecção

Intervenções já existentes para este Diagnóstico

Diagnostico	Descricao	Intervencao	Descricao
0001	Risco de infecção	6540	Controle de infecção
0001	Risco de infecção	6550	Proteção/prevenção de infecção

Excluir a relação "Intervenção X Diagnóstico" selecionada acima

Selecione uma nova Intervenção

Intervencao: 0480 Versao: 2009.01

Descricao: Cuidados com ostomias

Adicionar esta Intervenção ao Diagnóstico acima

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

4.2.2.8 Elaboração da Inter-relação entre os Indicadores de resultados e as respectivas Atividades das Intervenções

Cada atividade de uma intervenção possui um Indicador de resultado para avaliar o grau de eficiência do cuidado do paciente. Assim, o enfermeiro, ao definir o(s) DE(s) do paciente/cuidador, pode selecionar quais as IE(s) e RE(s) mais adequadas.

Foi utilizada para registrar essas informações no Gandhi, as seguintes funcionalidades do menu:

- “SAE – Atividades x Indicadores” operacionalizada da seguinte forma: clicando na lupa de pesquisa que se encontra na frente do número da atividade e intervenção, é possível

consultar a relação de atividades e intervenções existentes e selecionar a desejada. Para excluí-la, basta clicar no ícone da lixeira; para alterar a descrição, digitar as alterações no campo descrição e clicar no ícone salvar e, para incluir uma nova atividade e intervenção, clicar no ícone novo, digitar o número e descrição e clicar no ícone salvar. Nesta mesma janela podemos selecionar um Indicador do resultado desejado e seu respectivo score (Fig. 14).

Figura 14- Tela de cadastro dos Indicadores (Resultados) das Atividades (Intervenções).

Cadastro dos Indicadores (Resultados) das Atividades (Intervenções)

Navegação Operação Utilitários

Selecione uma Atividade (da Intervenção desejada)

Intervenção: 3140 Versão: 2009.01

Descrição: Controle de vias aéreas

Atividade: 314003 Versão: 2009.01

Descrição: Remover secreções: aspirar

Indicadores (dos Resultados) já existentes para esta Atividade (da Intervenção)

Intervenção	Descrição	Atividade	Descrição	Resultado	Descrição	Indicador	Descrição
3140	Controle de vias aéreas	314003	Remover secreções: aspirar	0403	Estado respiratório: vi	040306	Remoção de secreções das via
3140	Controle de vias aéreas	314003	Remover secreções: aspirar	0410	Estado respiratório: pi	041006	Remoção de secreções das via
3140	Controle de vias aéreas	314003	Remover secreções: aspirar	0410	Estado respiratório: pi	041010	Remoção e obstruções das vias

Exclui a relação "Indicador X Atividade" selecionada acima

Selecione um Indicador (do Resultado desejado)

Resultado: 0203 Versão: 2009.01

Descrição: Posicionamento do corpo: auto-iniciado

Indicador: 020303 Versão: 2009.01

Descrição: Movimenta-se da posição sentada para deitada.

Score[1]: severam comprometido

Score[2]: muito comprometido

Score[3]: moderadamente compromete

Score[4]: levemente comprometido

Score[5]: não comprometido

Score[6]: Não avaliado

Adicionar este Indicador para a Atividade acima

Fonte: imagem capturada do Sistema "Gandhi"- HRAC-USP.

A pesquisadora realiza a avaliação individual do paciente/cuidador, identifica os DE(s) da NANDA (2010), com suas respectivas IE(s) e atividades da NIC (2008); seus Indicadores e RE(s) da NOC (2008). O registro eletrônico dessa avaliação é processado pelo Sistema “Gandhi”. O tempo de preenchimento do registro é cronometrado e indicado na tela “*Prescrição ao Paciente*”, e será submetido à análise estatística.

Avaliado o paciente, iniciamos o registro dos dados clínicos de enfermagem utilizando a funcionalidade do menu “*SAE - Prescrição ao paciente*”. Acessado, será solicitado o número do prontuário do paciente. A seguir serão apresentadas na tela as seguintes informações: nome do paciente, idade, histórico das internações anterior e atual, data de entrada e saída das internações, tipo de tratamento (cirúrgico/clínico), condição atual do paciente (Fig. 15).

Figura 15- Tela Sistematização da Assistência de Enfermagem- Prescrição ao Paciente.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

Navegação Operação Utilitários

RG: 01 00002 78 Nome:

Pacientes Internados

INTERNAÇÕES desse paciente

Dt Internação: 12/12/1988 Tipo: ☐ Cirúrgico ☒ Tratamento Condição Atual: Alta

Idade: 26a8m12d Dt Alta: 13/12/1988 Dt Saída: 13/12/1988

PRESCRIÇÕES dessa Internação

Data: Hora início: Hora fim: Tempo total: Versão:

DIAGNÓSTICOS dessa Prescrição

Diagnostico	Descricao

Evolução de Enfermagem

Nova PRESCRIÇÃO

IMPRIMIR

Novo DIAGNÓSTICO

Exclui diag. selec.

ATIVIDADES (das intervenções) e seus INDICADORES (dos Resultados)

Interv.	Intervencao	Atividade	Atividade	Result	Resultado

EXCLUIR ATIVIDADE selecionada acima

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

O procedimento de realização de uma prescrição é clicar no ícone “*Nova prescrição*”. O sistema fornecerá uma nova tela, com data atual, e horário inicial da execução dessa atividade. O enfermeiro inicia o registro da evolução de enfermagem por meio do ícone “*Evolução de Enfermagem*” (Fig. 16 e 17).

- “*Evolução de Enfermagem*” operacionalizada da seguinte forma: clicando em Evolução de Enfermagem, teremos um campo em branco, onde o enfermeiro pode digitar a evolução do paciente e clicar no ícone salvar. Após salvar as anotações, não será possível realizar alterações no que já foi registrado. Para acrescentar uma nova anotação o enfermeiro deve clicar em Evolução de Enfermagem e fazê-lo novamente. A anterior permanecerá visível na tela, contendo data, hora e nome do profissional.

As CD, os FR e os FRi dos diagnósticos foram considerados pela pesquisadora e descritos no campo em branco. O SIH não disponibilizou as telas com as CD, FR, FRi. Na

apresentação dos resultados serão listadas as características definidoras, uma vez que são importantes para a identificação das manifestações clínicas para um diagnóstico. Após a realização do exame físico do paciente por meio de levantamento de dados, os sinais e sintomas ou as CD são analisadas e interpretadas e sugerem um DE. Os FR oferecem o contexto para as CD e compõem os DE. Os FRi são fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade do paciente. Dessa forma, podemos realizar o planejamento da assistência.

Figura 16- Tela de ocorrência da Internação.

Ocorrências da Internação

Data: 18/10/10 - 09:55:40 Enfermeira: DOROTHEA

Digite a ocorrência desejada para esta internação

Ativa reativa alimentação SNG, sem desc respiratório, sem cianose, sem queda SATO2 em ar ambiente, boa ventilação pul

Gravar Cancelar

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Figura 18- Tela para selecionar os Diagnósticos da Internação.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Assim, o sistema apresentará todas as atividades das Intervenções relacionadas aquele(s) diagnóstico(s) no primeiro espaço em branco. O enfermeiro escolhe as atividades pertinentes para o paciente que foi avaliado e clica em “seleciona”. Prontamente, aparecerão no espaço em branco abaixo todas as atividades selecionadas. Para cada atividade será mostrado também o respectivo indicador para posterior avaliação de resultado. O enfermeiro terá também a possibilidade de excluir/remover possíveis atividades não pertinentes a esse paciente, clicando no ícone “remove” (Fig. 19).

Figura 19- Tela de Diagnósticos da Internação com as atividades selecionadas.

Diagnósticos da Internação

Selecione o diagnóstico desejado

Diagnóstico: 0009 Versão: 2009.01

Descrição: Padrão ineficaz de alimentação bebê- capacid prejud de sugar/coordenar a resposta sucção-deglutição, resultando em nu

Atividades relacionadas a este diagnóstico. Selecione as desejadas.

1052 Alimentação por mamadeira	105204 Fazer o bebê eructar frequentemente dura	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105205 Colocar o bico da mamadeira na parte sup	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105206 Controlar a ingestão de líquidos ajusta	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105207 Aumentar o estado de alerta do bebê afr	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105208 Encorajar a sucção estimulando o reflex	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105209 Aumentar a eficiência da sucção comprim	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105210 Oferecer apoio ao queixo para reduzir o	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105211 Monitorar a ingestão de líquidos	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105212 Monitorar/avaliar o reflexo de sucção du	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105213 Monitorar o peso do bebê (protocolo da i	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105214 Orientar os pais ou o cuidador sobre as	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803

Atividades selecionadas para este paciente. Quando terminar clicar em Concluir.

1052 Alimentação por mamadeira	105201 Determinar o estado do bebê antes de ini	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105202 Segurar o bebê durante a alimentação	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803
1052 Alimentação por mamadeira	105203 Colocar o bebê na posição semi-Fowler pa	1008 Estado nutricional: ingestão d	100803

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

Selecionadas as atividades, clicar na opção “confirmar esse diagnóstico com essas atividades”. Essas informações estarão apresentadas na tela “Prescrição Paciente”. Se o diagnóstico e atividades selecionadas na tela não são apropriados, temos a opção de cancelar. O enfermeiro deve clicar no ícone “cancelar esse diagnóstico/atividades”. Para inserir outro diagnóstico, clicar no ícone da lupa de pesquisa do diagnóstico, selecionar o diagnóstico desejado e, em seguida, escolher suas respectivas atividades e, assim, sucessivamente, sempre que incluirmos um diagnóstico (Fig. 20).

Figura 20- Tela Sistematização da Assistência de Enfermagem- Prescrição ao Paciente com os dados nomeados.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

Navegação Operação Utilitários

RG: [] [] [] [] Nome: []

INTERNAÇÕES desse paciente

Dt Internação: 13/10/2010 Tipo: ☐ Cirúrgico ☒ Tratamento Condição Atual: Alta

Idade: 0a0m26d Dt Alta: 30/10/2010 Dt Saida: 30/10/2010

PRESCRIÇÕES dessa Internação

Data: 18/10/2010 Hora início: 17:47:04 Hora fim: 17:56:48 Tempo total: 00:09:44 Versão: 2009.01

DIAGNÓSTICOS dessa Prescrição

Diagnostico	Descricao
0001	Risco de infecção- risco aumentado de ser invadido por organismos patógenos
0002	Risco de aspiração- risco entrada secreções gastrointestinais, orofaríngea, sólidos ou fluídos nas vias traqueobrônquicas
0007	Padrão respiratório ineficaz- inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada

ATIVIDADES (das Intervenções) e seus INDICADORES (dos Resultados)

Interv.	Intervenção	Atividade	Atividade	Result.	Resultado
1052	Alimentação por mamadeira	105201	Determinar o estado do bebê antes de iniciar a alimen	1008	Estado nutricional: ingestão de alimentos e
1052	Alimentação por mamadeira	105201	Determinar o estado do bebê antes de iniciar a alimen	1008	Estado nutricional: ingestão de alimentos e
1052	Alimentação por mamadeira	105202	Segurar o bebê durante a alimentação	1008	Estado nutricional: ingestão de alimentos e
1052	Alimentação por mamadeira	105202	Segurar o bebê durante a alimentação	1008	Estado nutricional: ingestão de alimentos e
1052	Alimentação por mamadeira	105203	Colocar o bebê na posição semi-Fowler para alimentá	1008	Estado nutricional: ingestão de alimentos e

EXCLUIR ATIVIDADE selecionada acima

Botões: Nova PRESCRIÇÃO, IMPRIMIR, Novo DIAGNÓSTICO, Exclui diag. selec.

Fonte: imagem capturada do Sistema “Gandhi”- HRAC-USP.

A tela acima permite visualizar os dados que o enfermeiro inseriu; permite ser impressa clicando o ícone impressora. Para imprimir: selecionar a impressora configurada e confirmar a impressão. Temos a opção de apenas visualizar esses dados na tela, clicando no ícone impressora na opção “vídeo”, onde veremos todas as informações que seriam impressas.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com auxílio do programa SigmaStat for Windows versão 3.5.

Foi utilizada a abordagem descritiva, por meio do teste não paramétrico de Friedman, com valores de média e mediana das variáveis do grupo da amostra e dia de avaliação. Este teste de análise estatística, de distribuição livre, é utilizado para comparar observações repetidas sobre os mesmos assuntos que não têm distribuição normal.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para medir a relação de duas variáveis, tempo e diagnóstico, tempo e intervenção, tempo e atividade, tempo e resultado, e tempo e indicadores, onde considerou o valor de $p < 0,05$. É um teste não paramétrico para comparar duas variáveis. Foi considerado significativo quando $p < 0,05$, para o teste executado. Este coeficiente mostra o valor de r quando foi correlacionada a análise de duas variáveis: tempo e diagnóstico, tempo e intervenção, tempo e atividade, tempo e resultado, e tempo e indicadores. Os valores de r obtidos após a correlação são classificados de acordo com a tabela 1.

Tabela 1 – Classificação do valor r através de intervalos de 0 a 1. Bauru, 2010.

Intervalo	Significância
0,0 – 0,20	Correlações nulas
0,21 – 0,40	Correlações fracas
0,41 – 0,70	Correlações substanciais
0,71 – 0,90	Correlações fortes
0,91 – 1,0	Correlações extremamente Fortes

Fonte: Costa WR. Estatística aplicada. 6ª.ed. [online]. 2008;34

RESULTADO E DISCUSSÃO

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Apresentamos a seguir os resultados da pesquisa em relação a SAE realizada eletronicamente. Inicialmente descreveremos o conteúdo das categorias dos DE, IE, RE apontados pela pesquisadora, em seguida apresentaremos a análise estatística das variáveis do estudo.

O banco de dados dos DE, IE e RE (anexo 1) desenvolvido, descrito no capítulo de “Métodos”, se constitui numa base fundamental na elaboração das telas da SAE no sistema “Gandhi” do SIH.

O tempo utilizado para a realização da coleta de dados para cada paciente foi mensurado pelo cronômetro do microcomputador, durante o período de elaboração das telas da SAE. Esses dados referentes ao tempo despendido diariamente foram comparados e analisados estatisticamente.

5.1 ANÁLISES DAS CATEGORIAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O banco de dados elaborado e inserido no Sistema “Gandhi” contém 13 categorias. Após a análise dos dados da coleta observamos que 11 dessas 13 categorias de diagnósticos foram utilizadas: *Risco de infecção*, *Risco de Aspiração*, *Mucosa oral prejudicada*, *Integridade da pele prejudicada*, *Deglutição prejudicada*, *Integridade tissular prejudicada*, *Padrão respiratório ineficaz*, *Desobstrução ineficaz de vias aéreas*, *Padrão ineficaz de alimentação do bebê*, *Enfrentamento ineficaz* e *Enfrentamento familiar comprometido*.

Tabela 2 – Diagnósticos de enfermagem inseridos no sistema “Gandhi” e os apontados pela pesquisadora durante a coleta dos dados. Bauru, 2010.

DE inseridos no sistema “Gandhi” 13	DE identificados pela pesquisadora nos pacientes 11
Risco de infecção	Risco de infecção
Risco de aspiração	Risco de aspiração
Mucosa oral prejudicada	Mucosa oral prejudicada
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele prejudicada
Deglutição prejudicada	Deglutição prejudicada
Integridade tissular prejudicada	Integridade tissular prejudicada
Padrão respiratório ineficaz	Padrão respiratório ineficaz
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Desobstrução ineficaz de vias aéreas
Padrão ineficaz de alimentação do bebê	Padrão ineficaz de alimentação do bebê
Enfrentamento ineficaz	Enfrentamento ineficaz
Enfrentamento familiar comprometido	Enfrentamento familiar comprometido
Desempenho de papel ineficaz	
Déficit no autocuidado	

Observamos que dois DE - *Desempenho de papel ineficaz* e *Déficit no autocuidado* não foram apontados pela pesquisadora na elaboração da SAE eletrônica. Atribuímos esse resultado pelas necessidades de cuidado das crianças e o perfil dos cuidadores. A faixa etária das crianças internadas na Unidade de Terapia Semi-Intensiva é menor de um ano de idade e a média de internação de treze dias. As circunstâncias que envolvem as necessidades de cuidado dessas crianças são complexas e dependem de alguns fatores como: da eficiência da equipe de enfermagem na assistência, as condições de compreensão por parte dos cuidadores e seus familiares sobre o processo terapêutico e da reabilitação, e a capacidade do autocuidado.

As reações emocionais dos pais frente ao nascimento de uma criança com malformação são choque, negação, raiva, tristeza, ansiedade e adaptação. O agente do autocuidado, quando bem orientado, aceita a criança com malformação com mais facilidade (Mondini 2001).

Mondini (2008) relata que as diferentes fases emocionais em que se encontram o cuidador e/ou familiares poderão interferir na capacidade de aprendizagem dos mesmos, bem como na manutenção do binômio mãe-bebê.

As reações positivas podem favorecer no processo terapêutico, porém observamos que na maioria das vezes isso depende do enfrentamento individual do cuidador e familiar.

A pesquisadora identificou na avaliação clínica de enfermagem durante a coleta dos dados que alguns sinais e sintomas relacionados ao fenômeno de Enfrentamento foram relevantes e predisponentes na confirmação das hipóteses diagnósticas: de *Enfrentamento Ineficaz* e *Enfrentamento Familiar Comprometido*.

A NANDA-I (2010) conceitua o DE *Enfrentamento Ineficaz* como “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, e/ou de utilizar recursos disponíveis, e/ou escolha inadequada das respostas praticadas”. E também, propõem as CD e FR que coincidem com os resultados desse estudo.

As CD identificadas no estudo que confirmam o DE de *Enfrentamento Ineficaz* foram: dificuldades para organizar informações; distúrbios do sono; fadiga; falta de comportamento direcionado à resolução de problemas; incapacidade de atender às expectativas do papel; incapacidade de lidar conforme as informações; incapacidade de satisfazer as necessidades básicas; resolução de problemas inadequada, utilização de formas de enfrentamento que impedem o comportamento adaptativo; verbalização de incapacidade de enfrentamento e de pedir ajuda.

Os FR identificados foram: crise maturacional e situacional; distúrbio no padrão de avaliação da ameaça; incapacidade de conservar energias adaptativas; incerteza; nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento; nível inadequado de percepção de

controle; recursos disponíveis inadequados; suporte social inadequado pelas características dos relacionamentos.

Em relação ao DE de *Déficit no autocuidado* não foi apontado pela pesquisadora como fenômeno, porque ele é caracterizado por incapacidades do cuidador de desempenhar atividades relacionadas à alimentação, banho, higiene. Notamos que essa incapacidade de desempenho muitas vezes depende primeiramente da necessidade de avaliação pelo enfermeiro do enfrentamento demonstrado pelo cuidador/familiar. Ou seja, de nada adianta a enfermagem oferecer subsídios para o aprendizado do autocuidado pelo cuidador/familiar em relação às necessidades da criança, se os mesmos não aceitam a situação, não utilizam formas de enfrentamento adaptativo, não possuem recursos sociais adequados, e/ou sentem-se inseguros pela atual situação do processo saúde-doença.

Observamos que foi imprescindível, para o planejamento do cuidado da população desse estudo, a identificação dos fenômenos relacionados ao domínio psicossocial, considerando as reações emocionais de enfrentamento do cuidador/familiar. Essas reações podem interferir no processo de ensino-aprendizagem entre enfermagem e cuidador, assim como na reabilitação da criança.

Mondini (2008) refere que os profissionais devem ter uma nova maneira de olhar para a família, vendo-a não somente como cuidador, mas também como alguém que necessita de cuidados. Isso poderá promover e fortalecer as relações e intervenções da equipe. O desempenho desse papel é fundamental por parte dos profissionais e do cuidador, pois colaboram para minimizar o sofrimento e a dor e auxilia no processo do tratamento.

O estudo de Pereira, Carvalho e Santana (2009) relatam a importância da identificação de diagnósticos psicossociais, utilizando as taxonomias NANDA, NIC e NOC na elaboração da SAE, embasando o cuidado ao paciente de forma holística, humanizada e individualizada.

Em relação ao domínio fisiológico, dos nove DE citados na tabela 2, oito deles são utilizados atualmente no impresso do plano de cuidados do local do estudo- *Risco de infecção, Risco de aspiração, Mucosa oral prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Deglutição prejudicada, Padrão respiratório ineficaz, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Padrão ineficaz de alimentação do bebê*. Foi acrescentado no sistema eletrônico um DE que é: *Integridade tissular prejudicada*.

5.2 ESTATÍSTICA DESCRITIVA E FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES, ATIVIDADES, RESULTADOS E INDICADORES DE ENFERMAGEM

O conteúdo dos DE, das IE, e suas respectivas atividades, dos RE e seus indicadores, foram identificados para cada paciente da amostra do estudo. Após análise, observamos um número expressivo dos mesmos e optamos em citar os valores de média/desvio-padrão e mediana com a finalidade de quantificar a frequência das categorias de DE, IE, atividades, RE e indicadores dos pacientes. Foram considerados os valores subtotais das frequências de cada paciente dos dias da coleta. Em seguida, esses dados foram agrupados e submetidos à análise da média/desvio-padrão e mediana, onde obtivemos o valor total, como evidencia a tabela 3.

Tabela 3 – Valores de média (DP), mediana dos diagnósticos, intervenções, atividades, resultados e indicadores de enfermagem dos 13 pacientes. Bauru, 2010.

Categorias	Média (DP)	Mediana
Diagnósticos	6,1 (0,3)	6
Intervenções	15,5 (1,4)	14
Atividades	59,4 (6,0)	53
Resultados	64,6 (7,2)	59
Indicadores	92,2 (11,0)	82

Para os valores obtidos dos 13 pacientes, observamos que: a média de DE foi de 6,1 (0,3) e a mediana 6; em relação as IE a média representa 15,5 (1,4) dos 13 pacientes e a mediana 14; para as atividades 59,4 (6,0) e a mediana 53; nos RE, a média foi de 64,6 (7,2) e a mediana 59; dos indicadores, a média foi de 92,2 (11,0) e a mediana 82.

O uso dos sistemas de classificação nesse estudo possibilitou o registro das ações a serem desenvolvidas pela enfermagem, por meio da elaboração da SAE eletrônica, evidenciando e especificando o cuidado individualizado. Visualizamos a significância da abrangência e do volume de trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem da Unidade Semi-Intensiva do HRAC-USP, classificada como Unidade de Cuidado Semi-Intensivo, conforme o instrumento de Perroca (Perroca 2011).

Terminologias padronizadas como as da NANDA, NIC e NOC permitem ao enfermeiro determinar as necessidades de cuidados dos pacientes e proporcionam informações quantificáveis para uma avaliação eficiente (NANDA –I 2010).

Exemplificamos a quantificação das IE e atividades, e dos RE, para um DE: *Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas* caracterizado por cianose, agitação, mudança na frequência respiratória e ritmo, expectoração, tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios relacionado à presença de traqueostomia. Foram apontados nove RE para cinco IE com 29 atividades. Assim, o pesquisador identificou a ampla quantidade de ações de enfermagem na elaboração do plano de cuidados, para um paciente, utilizando recurso eletrônico proposto no estudo (anexo 4).

No estudo de Pereira, Carvalho e Santana (2009) que descrevem um caso clínico utilizando as linguagens de classificação no plano de cuidados, foram identificados sete DE, totalizando 12 RE, 17 IE, 36 atividades de enfermagem. As autoras evidenciaram que o plano de cuidados foi eficiente, possibilitando direcionamento e transparência para a equipe de profissionais.

O recurso eletrônico para o registro dos dados da amostra do estudo associado à utilização do conteúdo das linguagens da NANDA, NIC e NOC, permitiu que a pesquisadora pudesse elencar os fenômenos relativos aos pacientes de forma a discernir várias opções. Isso, comparado ao registro manuscrito, tem a vantagem de que o uso do sistema informatizado pode minimizar o tempo gasto pelo enfermeiro para a inserção eletrônica dos dados, aliado a um universo de possibilidades de clicar opções que, às vezes, a memória humana não pode reter. As listas de termos padronizados gerados a partir da memória humana são pequenas, comparadas às listagens eletrônicas. Isso influencia quantitativa e qualitativamente na identificação dos fenômenos de enfermagem (Fontes 2006).

5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS

A análise estatística consistiu na avaliação das variáveis: tempo (em segundos) e número de dias das avaliações para os 13 pacientes durante a elaboração da SAE eletrônica.

5.3.1 Análise estatística das variáveis: tempo e dia de avaliação

As variáveis tempo e dias de avaliação, não apresentaram variações importantes de um dia para outro, pois seus valores são muito próximos. O gráfico 1 apresenta, na ordenada, a mediana do tempo (em segundos), representada pela linha central; o limite inferior da caixa representa o quartil 1 (percentis 25) e, o limite superior, o quartil 3 (percentis 75). Os limites inferior e superior da linha vertical representam o percentis 10 e 90.

Gráfico 1 – Box Plot de distribuição de **tempo** (em segundos) da elaboração da SAE dos 13 pacientes nos 10 dias de avaliação.

A tabela 4 demonstra esses valores da mediana dos 13 pacientes e dos dias avaliados.

Tabela 4 – Valores da mediana do tempo e dias de avaliação. Bauru, 2010.

Dia	Mediana	Variação (segundos/minutos)	
		Mín.	Máx.
1	781	423/7:05	1104/18:40
2	696	579/9:65	919/15:31
3	703	521/8:68	905/15:08
4	680	452/7:53	905/15:08
5	663	424/7:06	937/15:61
6	792	584/9:73	980/16:33
7	704	575/9:58	906/15:10
8	705	505/8:41	859/14:31
9	712	471/7:85	978/16:30
10	713	460/7:66	884/14:73

A mediana geral apresentou 704 segundos, o que corresponde a 11 minutos e 44 segundos; a média geral foi de 716 segundos, representando 11 minutos e 56 segundos, como tempo empregado para a elaboração da SAE eletrônica pela pesquisadora.

Foi utilizado teste não paramétrico de Friedman para fazer a comparação entre os dias de avaliação com o grupo de pacientes, pois proporcionou analisar o mesmo grupo submetido a várias avaliações em dias diferentes.

Não foi identificada diferença estatisticamente significante na comparação das variáveis tempo de avaliação com os diferentes dias. O valor de “p” foi igual a 0,075. A mediana variou entre 663 (11 minutos e 5 segundos) a 792 segundos (13 minutos e 12 segundos).

Observamos que houve variações de tempo entre pacientes durante o planejamento da assistência. Isso reflete um maior número de DE, IE, e atividades, associados às condições clínicas em alguns pacientes, que requerem cuidados mais específicos da enfermagem.

A escolha dos resultados e intervenções para cada diagnóstico depende das habilidades clínicas do enfermeiro, que deve avaliar as particularidades de cada situação, para definir os

resultados possíveis e desejáveis e, em seguida realizar as intervenções. As classificações NOC e NIC oferecem sugestões de ligações entre diagnósticos, intervenções e resultados que podem ajudar o enfermeiro com as dificuldades na utilização das classificações (Fontes e Cruz 2007).

5.3.2 Análise estatística das variáveis: tempo x DE, IE, atividade, RE e indicadores de resultados

Foi realizada uma análise para comparar a variável tempo (em segundos) com as variáveis DE, IE, atividade, RE e indicadores de resultados. O valor de rho, denominado coeficiente de correlação de Spearman, derivou da correlação do tempo com essas variáveis.

A tabela 5 indica os resultados dos coeficientes de correlação das variáveis.

Tabela 5 – Correlação entre o tempo de avaliação e as variações. Bauru, 2010.

Variações	Valores de ρ* N= 13	Valores de p
Diagnóstico	0,53	<0,0001
Intervenções	0,65	<0,0001
Atividades	0,46	<0,0001
Resultados	0,46	<0,0001
Indicadores	0,40	<0,0001

* Ver tabela 1, classificação do valor r de intervalo

Observamos que o maior valor do coeficiente de correlação foi para a variável IE e, o menor, para os indicadores. Porém, os valores de ρ demonstrados na tabela 5, podem ser classificados como correlação substancial – intervalo de 0,41 – 0,70 – de acordo com a tabela 1 e altamente significantes.

Podemos destacar a importância das ligações entre os DE da NANDA, as IE e atividades da NIC e os resultados e indicadores da NOC, constituindo significativa estrutura teórica na organização dos dados úteis de enfermagem, e a sua transformação em categorias definidas para o desenvolvimento e o direcionamento do plano de cuidados.

O estudo mostra que a incorporação de instrumento eletrônico, que o enfermeiro pode associar na prática diária, por meio do registro dos dados clínicos do paciente, pode melhorar o entendimento, a comunicação e auxiliar na monitorização e apoio a tomada de decisão. As classificações da NANDA, NIC e NOC são instrumentos para melhorar a confiabilidade, a validade e a usabilidade da documentação de enfermagem, especialmente utilizados em sistemas eletrônicos e, assim, contribuir nas pesquisas, consultas, nas trocas de informações e experiências, para um melhor desempenho do enfermeiro.

Johnson et al (2009), refere que as taxonomias proporcionam um esquema organizado de acomodação de telas no computador, que facilitam o acesso à documentação. O uso da linguagem padronizada oferece maior eficiência, fornecendo agrupamentos de diagnósticos, intervenções e resultados, com grande probabilidade de relações eficazes para o cuidado do paciente.

Fontes e Cruz (2007), realizaram um estudo para analisar os registros dos DE após três meses da implementação da classificação da NANDA-I, no Hospital Universitário da USP, e propuseram resultados e intervenções para os três diagnósticos mais frequentes. O diagnóstico dor aguda, integridade tissular prejudicada, desobstrução ineficaz e vias aéreas, foram os mais frequentes, e mencionam sua importância na organização de conteúdos para os estudantes e profissionais de enfermagem na prática assistencial.

O estudo de Chianca et al (2009), mostrou que em 77,7% das 486 intervenções da NIC são aplicáveis à prática clínica e essenciais para os enfermeiros, e sua utilização contribui para visibilidade do trabalho dos enfermeiros.

A atividade do registro e documentação da SAE consome considerável tempo do trabalho do enfermeiro. A utilização do recurso tecnológico como a informatização dos dados clínicos dos pacientes na prática assistencial é um avanço na enfermagem e pode contribuir para a racionalização e otimização do tempo que o enfermeiro despende para o planejamento e implementação do cuidado ao paciente.

Foi elaborado, por Sperandio e Évora (2004), um instrumento de registro manual para coleta de dados e prescrição de enfermagem, implementado numa Unidade de Terapia Semi-Intensiva. Citam que houve redução de 50% do tempo que as enfermeiras utilizavam para a elaboração da prescrição de enfermagem e esse instrumento proporcionou o desenvolvimento de um software para implementar a SAE.

O tempo tem se constituído um dos recursos fundamentais de uma organização e de administração do trabalho, com conseqüente auxílio à compreensão do trabalho no processo de produção.

A implementação no Hospital Universitário da USP, de um sistema padronizado de linguagem de DE e o modo de documentação do registro evidenciou a redução no tempo despendido pelo enfermeiro na realização da SAE, e proporcionou uma assistência de enfermagem com maior qualidade, no processo do cuidar (Gaidzinski et al 2008).

Rezende e Gaizinski (2008), concluíram que o tempo despendido pela enfermeira na realização da SAE, após a implementação do sistema padronizado de linguagem de diagnósticos da NANDA, contribuiu para um maior tempo no cuidado direto ao paciente, proporcionando uma assistência de enfermagem com maior qualidade.

Na prática profissional, o estabelecimento de intervenções prioritárias pode auxiliar as enfermeiras assistenciais a desenvolver planos de cuidados específicos e com maior poder de

resolutividade, revertendo em ganho de tempo, maximização de recursos e diminuição de gastos com intervenções desnecessárias (Monteiro et al 2008).

Observamos nos estudos citados a preocupação do enfermeiro em relação ao tempo despendido para as avaliações do paciente nos momentos de admissão, consultas de enfermagem de segmento e a documentação da SAE. Ações implementadas pelos enfermeiros da prática clínica como a utilização de recursos tecnológicos, instrumento de coleta de dados em forma de check list, informatização da SAE, são indispensáveis para a maior permanência do enfermeiro ao lado do paciente, proporcionando-lhe assistência direta.

A SAE eletrônica pode melhorar o tempo que o enfermeiro leva para realizar os registros da documentação clínica, constituído de informações técnicas, científicas, legais e éticas, fornecendo às instituições de saúde registros importantes para o faturamento, a auditoria e a estimativa de qualidade de atendimento (Peres et al 2009).

Peres et al (2009), apontam que a associação de três elementos para melhorar a documentação de enfermagem é essencial nas situações de cuidado ao paciente: a definição de dados essenciais, o uso de sistemas de classificação de linguagem e a informatização.

Peres et al (2009), Chianca (2009) e Anjos et al (2010), consideram um Sistema de Informação Hospitalar como uma ferramenta facilitadora não só do trabalho administrativo dos hospitais, mas também do trabalho dos profissionais de enfermagem quanto à prática de suas ações de assistência ao paciente, favorecendo um melhor manuseio e acesso dos dados de enfermagem.

O banco de dados permite o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao contexto dos fenômenos de enfermagem, das propostas de intervenções e avaliação dos resultados obtidos.

O instrumento utilizado neste estudo proporcionou, para o planejamento do cuidado do enfermeiro, discernir e acessar um banco dos dados de enfermagem, com as opções para selecionar as ações pertinentes, possíveis e apropriadas para a assistência de enfermagem. A informação de enfermagem documentada de forma sistematizada, por meio de recurso eletrônico, auxiliou na organização e legibilidade da documentação dos pacientes.

Apesar do avanço tecnológico, persistirá o desafio para os enfermeiros, relacionado ao aperfeiçoamento individual, conhecimento técnico, científico, na observação acurada dos pacientes e, quanto ao raciocínio clínico nas ações de enfermagem e na tomada de decisões.

Cabe observar que não se pode deixar a tecnologia descaracterizar os valores humanísticos do cuidar. O profissional não pode esquecer que o cuidado é e será sempre essência da enfermagem com um papel preponderante na busca da promoção do bem estar, considerando sua individualidade e dignidade.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A elaboração do banco de dados contendo os Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, de acordo com os referenciais da NANDA, NIC e NOC se constituiu na base fundamental para elaboração da SAE.

A inserção dos dados dos DE da NANDA-I, dos IE da NIC, atividades, RE da NOC e indicadores, no sistema “Gandhi” do SIH para a elaboração da SAE eletrônica, contribuiu de forma inovadora e fornece informações ao enfermeiro na prestação do cuidado ao paciente. É o início da informatização da prática da enfermagem do HRAC-USP.

Na análise do tempo da elaboração da SAE para os 13 pacientes, obteve-se uma média de tempo calibrado de 11 minutos e 56 segundos e a mediana geral foi de 11 minutos e 44 segundos. Não foi identificada diferença estatisticamente significativa na comparação das variáveis: número de pacientes com dias de avaliação, para o valor de p igual 0,075.

A relação tempo e variáveis DE, IE, atividade, RE e indicadores, apresentou uma correlação substancial – intervalo de 0,41 – 0,70–, com maior valor de coeficiente de correlação para a variável IE e o menor, para indicadores; portanto uma correlação altamente significativa entre o tempo da avaliação e as variáveis.

A utilização dos Sistemas de Classificação de Enfermagem da NANDA-I, da NIC, da NOC e a informatização da SAE colaboraram para agilizar o registro da SAE que contribuiu, assim, para a prática assistencial. Esses resultados mostram a possibilidade que o enfermeiro tem, com o auxílio da informatização, de otimizar o seu tempo no cuidado direto aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento utilizado favoreceu a realização da SAE eletrônica, pois possibilitou a aplicação das taxonomias, fornecendo ao pesquisador condições de executar o planejamento informatizado do cuidado com otimização do tempo despendido.

Dentre os aspectos mais relevantes nesse estudo está a contribuição nas trocas de informações e experiências entre os enfermeiros, no volume de registros armazenados pelo sistema e na prontidão da recuperação dos dados informatizados. Na pesquisa clínica, oferece estrutura para comparar e correlacionar as variáveis e gerar futuras investigações.

A padronização da linguagem por meio das ligações NANDA-I, NIC e NOC, associada a um sistema eletrônico de dados clínicos de paciente certamente acelera o conhecimento na enfermagem.

Constitui um importante instrumento na prática da enfermagem baseada em evidências, na educação, ensino e pesquisa. Permitem a identificação de novos diagnósticos e características definidoras, novas propostas de intervenções e avaliação de resultados.

A SAE informatizada oferece vantagens quantitativas e qualitativas, como, maior quantidade de informações, em menor tempo, e qualidade no registro dos dados. Esse maior e melhor armazenamento e facilidade de recuperação de dados certamente facilitará a comunicação entre os enfermeiros e entre a equipe interdisciplinar.

Por essas razões, a associação SAE/informatização permite alterações rápidas e precisas, com ganho de eficiência e flexibilidade de atuação o que contribui para viabilizar a prática da enfermagem no processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Almeida AM de. Pierre Robin- relevâncias de interesse para o anestesiológico. Experiência no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 1999.

Almeida MBV de, Rolim Filho EL, Malheiros HA, Amaral APCA do, Almeida RC, Gusmão AMV. Síndrome de Moebius. Rev Bras Ortop. 2004;39(7):382-9

Anjos KF, Santos VC, Almeida OS, Simão AAG. Implementação informatizada da Sistematização da assistência de enfermagem: uma proposta na evolução do cuidar. ConScientia e saúde [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 23 agosto 2010]; 9(1):147-154. Disponível em:
<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2144/1701>

Aquino DR, Lunardi Filho, WD. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. Cogitare enferm. 2004;9(1):60-70.

Barbosa PMK. Sistematização da assistência de enfermagem informatizada. Nursing (São Paulo). 2007;108(9):212-3.

Barrros ALBL, Fakihi FT, Michel JLM. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem- a experiência do hospital São Paulo/UNIFESP. Rev Bras Enferm. 2002;5(6):714-19.

Bertoni AMC, Mondini CC da SD, Fontes CMB. Análise retrospectiva e mapeamento cruzado de diagnósticos e intervenções de enfermagem à pacientes portadores de Sequência de Robin. In: Anais do 3º Encontro Internacional e 2º Encontro Nacional de Disfagia Pediátrica; 2004 Out. 24; Bauru, Brasil. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004. p.24.

Brasil. Constituição Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. No uso de suas atribuições legais e regimentais [online]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 5 out 1988 [acesso em 7 out 2008]. Disponível em:
http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm

Brasil. Congresso Nacional, de 13 de julho de 1990, Lei nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [online]. [acesso em 13 ago 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

Cerullo JA da SB, Cruz D de ALM da. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz D de ALM da, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.38-46.

Chianca TCM, Souza CC, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. Rev Eletrônica Enferm. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 10 Dez 2009];11(3):477-83.
Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a03.pdf>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras [online]. Conselho Regional de Enfermagem [acesso em 7 out 2008]. Disponível em:
http://www.corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_ID=10086&texto=SAE

Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências [online]. Portal COFEN. 26 jun 1986 [acesso em 7 out 2008] Disponível em:
<http://www.portalcofen.gov.br/2007/matérias.asp?ArticleID=22§ionID=35>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 240/2000, de 30 de agosto de 2002. Aprova o código de ética de enfermagem e dá outras providências [online]. Portal COFEN. 30 ago 2000 [acesso em 7 out 2008]. Disponível em:
<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7096§ionID=34>

Costa WR. Estatística aplicada. 6a ed. [online] [acesso em 26 dez 2010]. 2008. p.34. Disponível em: http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/estat_ambiental_2008.pdf

Cruz D de ALM da. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p.63-84.

Cruz D de ALM da. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz D de ALM da, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.25-37.

Daniel LF. A enfermagem planejada. 3a ed. São Paulo: EPU; 1981.

Darli MCB. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia I revisada da NANDA [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.

Dochterman JM, Bullechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem: NIC. Trad. RM Garcez. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Évora YDM, Darli MCB, O uso do computador como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2002;5(6):709-13.

Fontes CMB. Fissuras Lábio-Palatais: Diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Fontes CMB, Bertone AMC, Sassaki CH. Implementação da fase do diagnóstico de enfermagem nos registros de enfermagem da unidade de terapia intensiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. [Pôster]. Encontro Internacional de Disfagia Pediátrica, 4º, Encontro Nacional em Disfagia Pediátrica, 3º; 2006, out.25-28; Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.

Fontes CMB. Perfis de diagnóstico de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Fontes CMB, Cruz D de ALM da. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev esc enferm USP. 2007;41(3):395-402.

Gaidzinski RR, Cruz D de ALM da, Pimenta CAM, Soares AVN, Lima AFC, Sancinetti TR, et al. Impacto da classificação de diagnóstico de enfermagem na prática clínica do enfermeiro. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz D de ALM da, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.355-68.

Heermann JA, Starkey A, Thompson CB. Effect of computerized nursing documentation on clinical care activities in a neonatal Intensive Care Unit (NICU). In: American Medical Informatics Association. Symposium Proceedings; 2005; Omaha,NE,USA. University of Nebraska Medical Center College of Nursing; 2005. p.977.

Henderson V. On nursing care plane and their history. Nurs Outlook. 1973;21(6):378-9.

Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):675-9.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Trad. RM Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Ligações entre NANDA, NOC, NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Trad. RM Garcez. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Laudon KC. Sistemas de informação gerenciais: administrando a empresa digital. Trad. AS Marques. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2004. p.3-36.

Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(1):82-8.

Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC. Nurse Educator. 2006;31(1):40-46.

Lunney M. The need for international diagnosis research and a theoretical framework. Int J Nurs Terminol Classif. 2008;19(1):28-34.

Martinelli APMC. Avaliação da audição na síndrome de stickler e a associação com fatores de risco de perda auditiva na infância [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2006.

Marin H de F. Tecnologia da informação em enfermagem: próximos passos. Mundo saúde. 2000;24(3):200-4.

Marin H de F, Cunha ICKO. Perspectivas atuais da informática em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):354-7.

Mondini CC da SD, Fontes CMB. Programa mãe participante. Rev Bras Enferm. 1999;52(1):100-4.

Mondini CC da SD. Os agentes de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidadoso da criança portadora de fissura lábio-palatal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Mondini CC da SD. Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com Sequência de Robin [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Monteiro FPM, Silva VM da, Lopes MV de O, Araújo TL de. Desobstrução ineficaz das vias aéreas: mapeamento das atividades de enfermagem para crianças com infecção respiratória. Rev Eletrônica Enferm. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 7 Nov 2010];10(3):563-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a02.pdf>

Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem: NOC. Trad. M Avena. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Acheterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007;18(1):5-17.

Nóbrega MML da, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) no Brasil. Rev Bras Enferm. 2005;58(2):227-30.

Nonino FOL, Napoleão AA, Carvalho EC, Petrilli Filho JF. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão de literatura. Rev Bras Enferm. 2008;61(6):872-7.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Trad. JLM, Michel. Porto Alegre: Artmed; 2001.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. NANDA Internacional. Trad. C Correa. Porto Alegre: Artmed; 2006.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. NANDA Internacional. Trad. RM Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Orem DE. Nursing concepts of practice. 5th ed. Saint. Louis: Mosby; 1995.

Ozbolt JG, Graves JR. Clinical nursing informatics: developing tools for knowledge workers. *Nurs clin north am*. 1993;28(2):407-25.

Palomo JSH, Damas BGB, Gutierrez MA. Avaliação do registro eletrônico da prescrição e evolução de enfermagem do InCor-HCFMUSP.[periódico na Internet].[acesso em 10 de junho 2010]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/950.pdf>

Pereira JC, Stuchi RAG, Arreguy-Sena C. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias nanda/nic/noc para o diagnóstico de conhecimento deficiente. *Cogitare enferm*. 2010;15(1):74-81.

Pereira SK, Carvalho MR de, Santana RF. A importância do vínculo com o cliente cirúrgico para a realização dos diagnósticos de enfermagem psicossociais: estudo de caso. *Rev Enferm UFPE on line*.2009; [acesso em 18 novembro 2010];3(2):113-19.
Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/298/294>

Peres HHC, Lima AFC, Ortiz DCF. Processo de informatização do sistema de assistência de enfermagem de um hospital universitário. In: X congresso brasileiro de informática em Saúde: informática em saúde e cidadania. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 13 Março 2009];89-90. Disponível em <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/335.doc>

Peres HHC, Ortiz DCF. Sistemas eletrônicos de informação em saúde e o processo de enfermagem. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.338-53.

Peres HHC, Cruz D de ALM da, Lima AFC, Gaidzinski RR, Ortiz DCF, Trindade MM e, et al. Desenvolvimento de sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1149-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a02v43s2.pdf>

Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2011; 19(1):58-66.

Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latinoam enferm*. 2009;17(3):302-7.

Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2a ed. São Paulo: Iátria, 2007. p. 76-77.

Ralph SS, Taylor CM. O processo de enfermagem. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.2-14.

Regis LFLV, Porto IS. A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):565-68.

Rezende PO, Gaidzinski RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. Rev esc enferm USP. 2008;42(1):152-9.

Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p.41-62.

Santos MSP dos. Informatização das atividades administrativo-burocrático de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Santos MJS, Nóbrega MML. Ações de enfermagem identificadas no projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. Rev esc enferm USP. 2004;38(4):369-78.

Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev Latinoam enferm. 2003 jan/fev; 11(1):80-7.

Silva DL da, Neto FXP, Carneiro SG, Souza KLC, Souza SS, Palheta ACP. Síndrome de Treacher Collins: Revisão de Literatura. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2008;12(1):116-21.

Sistema “Gandhi”: gerenciamento de informação hospitalar. Universidade de São Paulo. Hospital de Anomalias Craniofaciais. Bauru. 2010.

Spera FC, Martins HAL, Velloso NA, Kannebley ZM. Ensino clínico. Rev Bras Enferm. 1956;9(4):264-84.

Sperandio DJ, Évora YDM. Proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. Ciênc Cuid Saúde. 2004;3(1):99-104.

Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE, sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p.15-20.

Von Krogh G, Dale C, Nåden D. A framework for integrating NANDA, NIC and NOC terminology in electronic patient records. *J Nurs Scholarsh*; 2005;37(3):275-81.

Von Krogh G., Nåden D. A nursing-specific model of EPR documentation: organizational and professional requirements. *J Nurs Sholarsh*. 2008;40(1):68-75.

ANEXOS

Anexo 1 – Banco de dados contendo diagnósticos (CD, FR e FRi), intervenções, atividades, indicadores e resultados de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Gradação
Risco de infecção	Controle de infecção	Manter técnicas de isolamento conforme orientação CCIH	Conhecimento: controle de infecção	Descrição de procedimentos para monitoração	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Lavagem das mãos antes e após cada cuidado		Lava as mãos	Severam compr1 mto compr 2 moder compr 3 leve comp 4 não comp 5
		Orientar cuidador: técnica de lavagem das mãos		Lava as mãos	Severam compr1 mto compr 2 moder compr 3 leve comp 4 não comp 5
		Instituir precauções designadas	Autocuidado: higiene	Descrição de procedimentos para monitoração	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Realizar curativo conforme padronização CCIH		Descrição de procedimentos para monitoração	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter local asséptico durante o acesso venoso central na beira do leito		Descrição de práticas que reduzem a transmissão	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Assegurar o manuseio asséptico de rede venosa		Descrição de práticas que reduzem a transmissão	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Usar cateterização intermitente		Descrição de procedimentos de exame	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Administrar terapia com antibiótico conforme prescrição		Descrição de tratamento de uma infecção diagnosticada	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Risco de infecção	Proteção/prevenção de infecção	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção	Descrição de sinais e sintomas	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Examinar aspecto da incisão cirúrgica/ferida	Descrição de sinais e sintomas	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Coletar culturas quando solicitado	Descrição de procedimentos para monitoração	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Comunicar infecções suspeitas à CCIH	Descrição de procedimentos para monitoração	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Comunicar resultado de cultura à CCIH	Descrição de procedimentos para monitoração	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Examinar a pele e mucosas: observar dor, rubor, calor local, drenagem de secreção	Descrição de sinais e sintomas	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas	Descrição de sinais e sintomas	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter técnicas de isolamento	Descrição de práticas que reduzem a transmissão	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do modo de transmissão	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Orientar a família como evitar infecções	Descrição de práticas que reduzem a transmissão	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição dos fatores que contribuem para a transmissão	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Risco de infecção

Domínio 11: Segurança/proteção

Classe 1: Infecção

Definição: Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos

Fatores de risco	Conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos
	Defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, diminuição da ação ciliar, estase de fluídos orgânicos, mudanças de pH das secreções, peristaltismo alterado)
	Desnutrição
	Destruição de tecidos
	Doença crônica
	Exposição ambiental aumentado a patógenos
	Procedimentos invasivos

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação
Risco de aspiração	Precauções/prevenção contra aspiração	Monitorar o nível de consciência, o reflexo da tosse, o reflexo da náusea e a capacidade para deglutir	Estado neurológico: consciência	Abertura dos olhos aos estímulos externos Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Respostas motoras a estímulos dolorosos Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Atenção a estímulos do ambiente Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Frequência da náusea Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Intensidade da náusea Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Desconforto da náusea Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Frequência do espasmo Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Intensidade do espasmo Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Gravidade da náusea e dos vômitos		Frequência do vômito Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Intensidade do vômito Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Desconforto do vômito Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Secreção de saliva excessiva Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Perda de peso Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Dor epigástrica Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Vômitos em jato Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Hematêmese Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Risco de aspiração	Precauções/prevenção contra aspiração	Monitorar o nível de consciência, o reflexo da tosse, o reflexo da náusea e a capacidade para deglutir	Estado da deglutição	Capacidade de segurar os alimentos na boca
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Manejo das secreções orais
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Produção de saliva
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Passagem do bolo para a hipofaringe proporcional ao reflexo de deglutição
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Capacidade para desobstruir a cavidade oral
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Formação do bolo no momento correto
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Quantidade de deglutições adequadas ao tamanho (volume)/textura do bolo alimentar
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Duração da refeição com respeito à quantidade consumida
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Reflexo para deglutir no momento correto
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Mantém posição neutra da cabeça e do tronco
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Aceitação dos alimentos
				Sev compr 1 muito compr 2 moder
				compr 3 leve com 4 não comp 5
				Qualidade da voz
				Grave 1 substancial 2 moderado 3
				leve 4 nenhuma 5
				Sufocação
				Grave 1 substancial 2 moderado 3
				leve 4 nenhuma 5
				Tosse
				Grave 1 substancial 2 moderado 3
				leve 4 nenhuma 5
				Engasgo
				Grave 1 substancial 2 moderado 3
				leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Risco de aspiração	Precauções/prevenção contra aspiração	Monitorar o nível de consciência, o reflexo da tosse, o reflexo da náusea e a capacidade para deglutir	Esforço aumentado para deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Estado da deglutição	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Refluxo gástrico	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar a função pulmonar	Desconforto ao deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Detecção de riscos	Nunca demonstr 1 raram dem 2 às vezes dem 3 mtas vezes dem 4 consistentemente demon 5
			Identifica fatores de risco	Nunca demonstr 1 raram dem 2 às vezes dem 3 mtas vezes dem 4 consistentemente demon 5
		Prevenção da aspiração	Evita fatores de risco	Nunca demonstr 1 raram dem 2 às vezes dem 3 mtas vezes dem 4 consistentemente demon 5
			Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do uso do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do cuidado adequado do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter um dispositivo para via aérea	Descrição da ação adequada em caso de complicações	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Movimenta-se da posição sentada para deitada	Sever compr 1 mto compr 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Posicionar em decúbito a 90° ou o mais elevado possível	Posicionamento do corpo: auto-iniciado	
		Manter aspirador disponível	Conhecimento: procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Risco de aspiração	Precauções/prevenção contra aspiração	Fracionar dieta	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Checar o posicionamento da sonda nasogástrica antes de alimentar o paciente	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do uso do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Checar o posicionamento da gastrostomia antes de alimentar o paciente	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do uso do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Verificar resíduo gástrico antes de alimentar o paciente Descontar resíduo gástrico do paciente se houver grande volume residual	Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa
			Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa
		Oferecer dieta espessante conforme prescrição médica	Utiliza espessantes para líquidos, quando necessário	Nunca demonstrar 1 raramente 2 às vezes 3 muitas vezes 4 consistentemente 5
		Manter cabeceira elevada após a alimentação Solicitar avaliação com fonoaudiólogo conforme solicitação médica Encaminhar para exame VED quando solicitado	Descrição do procedimento de tratamento Descrição do procedimento de tratamento Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa

Risco de aspiração

Domínio 11: Segurança/proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas

Fatores de risco	Administração de medicação
	Deglutição prejudicada
	Esvaziamento gástrico retardado
	Presença de traqueostomia
	Reflexo de tosse diminuído
	Reflexo de vômito diminuído
	Resíduo gástrico aumentado
	Tubos gastrointestinais

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação	
Mucosa oral prejudicada	Manutenção/promoção da saúde oral	Estabelecer uma rotina de cuidado oral	Higiene oral	Limpeza da boca	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Limpeza dos dentes	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Limpeza da gengiva	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Limpeza da língua	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Cor oral da boca	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Integridade da mucosa oral	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Integridade da língua	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Integridade das gengivas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Halitose	Grave1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Sangramento	Grave1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Dor	Grave1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Lesões da mucosa oral	Grave1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Gengivite	Grave1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Gradação
Mucosa oral prejudicada	Manutenção/promoção da saúde oral	Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e as mucosas orais, quando necessário	Higiene oral	Hidratação dos lábios	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Monitorar a mucosa oral regularmente	Integridade tissular: pele e mucosas	Lesões nas mucosas	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Pigmentação anormal	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Limpeza da boca	Severam compr 1 mto comp2 moder comp 3 leve comp 4 não comp5
		Orientar/auxiliar/fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário	Higiene oral	Limpeza dos dentes	Severam compr 1 mto comp2 moder comp 3 leve comp 4 não comp5
				Limpeza da gengiva	Severam compr 1 mto comp2 moder comp 3 leve comp 4 não comp5
				Limpeza da língua	Severam compr 1 mto comp2 moder comp 3 leve comp 4 não comp5
	Restauração da Saúde Oral	Usar cotonetes/chumaço de algodão, compressa/escova de dente macia para estimular as gengivas e limpar a cavidade oral	Higiene oral	Limpeza da boca	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Limpeza dos dentes	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Limpeza da gengiva	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Limpeza da língua	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5

Mucosa oral prejudicada

Domínio 11: Segurança/proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral

Características definidoras	Desconforto oral
	Dificuldade para comer
	Dificuldade para engolir
	Dor oral
	Edema
	Fissuras
	Halitose
	Hiperemia
	Lesões orais
	Manchas/placas brancas
	Palidez da mucosa
	Presença de patógenos
	Sangramento
	Úlceras e vesículas orais
Fatores relacionados	Conhecimento deficiente sobre higiene oral adequada (higiene oral ineficaz)
	Comprometimento imunológico
	Desidratação
	Desnutrição
	Diminuição da salivação
	Efeitos colaterais de medicamentos
	Fenda labial
	Fenda palatina
	Higiene oral ineficaz
	Infecção
	Respiração pela boca

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação	
Integridade da pele prejudicada	Cuidados com ostomias	Orientar o cuidador quanto ao uso e aos cuidados do dispositivo de ostomia (traqueostomia e gastrostomia)	Autocuidado de ostomia cuidador	Descreve o funcionamento da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Descreve a finalidade da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Mostra-se confortável em olhar para a ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Expressa aceitação da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Demonstra cuidado com a pele ao redor da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
		Fazer o cuidador demonstrar o uso do equipamento	Autocuidado de ostomia cuidador	Troca o curativo da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Descreve o funcionamento da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Descreve a finalidade da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
		Monitorar a cicatrização/tecido subjacente (granuloma) e adaptação do dispositivo da incisão/estoma, complicações pós-operatórias (enfisema subcutâneo, obstrução do dispositivo, extravasamento de secreções/conteúdo gástrico)	Autocuidado de ostomia cuidador	Monitora complicações /secreções da ostomia	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Modifica atividades diárias conforme necessário	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
				Procura profissionais para a assistência se necessário	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade da pele prejudicada	Cuidados com cateter central de inserção periférica (PICC)	Cuidados com cateter PICC	Integridade tissular: pele e mucosa	Temperatura da pele Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Sensibilidade Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Perfusão tissular Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Temperatura da pele Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Sensibilidade Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Elasticidade Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Cuidados com cateter umbilical	Integridade tissular: pele e mucosa	Hidratação Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Transpiração Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Textura Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Espessura Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Perfusão tissular Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Crescimento de pêlos Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Integridade da pele Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação	
Integridade da pele prejudicada	Cuidados com cateter central de inserção periférica (PICC)	Acesso venoso periférico	Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Sensibilidade	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Elasticidade	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Hidratação	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Integridade tissular: pele e mucosa	Transpiração	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Textura	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Espessura	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Perfusão tissular	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Crescimento de pêlos	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Preenchimento capilar dos dedos das mãos	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Preenchimento capilar dos dedos dos pés	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5	
			Perfusão tissular: periférica	Temperatura das extremidades	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso carotídeo direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso carotídeo esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade da pele prejudicada	Cuidados com cateter central de inserção periférica (PICC)	Acesso venoso periférico	Pulso braquial direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso braquial esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso radial direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso radial esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso femoral direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso femoral esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso pedioso direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pulso pedioso esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Dor localizada nas extremidades	Grave 1 substancial 2 moderada 3 leve 4 nenhuma 5
			Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
	Imobilização	Imobilização (braceletes em MMSS, acesso venoso e tratamento postural)	Sensibilidade	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Perfusão tissular	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pigmentação anormal	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Integridade da pele prejudicada	Imobilização	Imobilização (braceletes em MMSS, acesso venoso e tratamento postural)	Perfusão tissular: periférica	Preenchimento capilar dos dedos das mãos	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Preenchimento capilar dos dedos dos pés	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso radial direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso radial esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso femoral direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso femoral esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso pedioso direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso pedioso esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Edema periférico	Grave 1 substancial 2 moderada 3 leve 4 nenhuma 5
				Preenchimento capilar dos dedos das mãos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
	Preenchimento capilar dos dedos dos pés	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5			
	Monitorização das extremidades	Monitorização das extremidades inferiores/superiores	Perfusão tissular: periférica	Função muscular	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Temperatura das extremidades	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Edema periférico	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação	
Integridade da pele prejudicada	Monitorização das extremidades	Monitorização das extremidades inferiores/superiores	Perfusão tissular: periférica	Preenchimento capilar dos dedos das mãos	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Preenchimento capilar dos dedos dos pés	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Função muscular	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Temperatura das extremidades	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Edema periférico	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Dor localizada nas extremidades	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Pulso braquial direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso braquial esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso radial direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso radial esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso femoral direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso femoral esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso pedioso direito	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Pulso pedioso esquerdo	Severam compr 1 mto comp 2 moderad comp 3 leve comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Gradação
Integridade da pele prejudicada	Prevenção de úlceras de pressão	Usar dispositivos especiais sobre a cama para proteger o paciente	Integridade tissular: pele e mucosa	Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Documentar o estado da pele na admissão e diariamente	Consequências da imobilidade: fisiológicas	Úlceras de pressão	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar atentamente qualquer área avermelhada		Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas, incontinência urinária ou fecal		Sensibilidade	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Alterar a posição do paciente a cada 1 a 2 horas, quando adequado		Perfusão tissular	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Fixar os horários para cada mudança de decúbito do paciente junto à cama, quando adequado		Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Examinar diariamente a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar o paciente / monitorar as fontes de pressão e fricção	Integridade tissular: pele e mucosa	Pigmentação anormal	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas		Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Hidratar a pele seca que esteja íntegra		Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Facilitar pequenas e frequentes trocas de peso do corpo		Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Orientar membro da família/cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele, quando adequado		Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade da pele prejudicada	Supervisão da pele	Supervisão da pele: examinar a condição cirúrgica; observar cor, calor, pulsos, textura, edema e ulcerações nas extremidades; examinar vermelhidão e ruptura na pele; monitorar em busca de fontes de pressão e atrito; monitorar infecção, especialmente em áreas edemaciadas; monitorar erupções e escoriações na pele; monitorar ressecamento e umidade excessivos da pele; orientar a família/cuidador sobre sinais de ruptura de pele, quando adequado	Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Sensibilidade	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Hidratação	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Integridade tissular: pele e mucosas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Perfusão tissular	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Integridade da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Pigmentação anormal	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Lesões na pele	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Aproximação da pele	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Aproximação das bordas da ferida	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Formação de tecido cicatricial	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Cicatrização de feridas: primeira intenção	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Drenagem purulenta	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Drenagem serosa da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Drenagem sero-sanguinolenta da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
Drenagem sanguinolenta da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5			

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação	
Integridade da pele prejudicada	Supervisão da pele	Supervisão da pele: examinar a condição cirúrgica; observar cor, calor, pulsos, textura, edema e ulcerações nas extremidades; examinar vermelhidão e ruptura na pele; monitorar em busca de fontes de pressão e atrito; monitorar infecção, especialmente em áreas edemaciadas; monitorar erupções e escoriações na pele; monitorar ressecamento e umidade excessivos da pele; orientar a família/cuidador sobre sinais de ruptura de pele, quando adequado	Cicatrização de feridas: primeira intenção	Drenagem sanguinolenta de um dreno	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Drenagem sero-sanguinolenta de um dreno	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Eritema em torno da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Lesão de pele em torno da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Edema em torno da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Odor proveniente da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Cicatrização de feridas: segunda intenção	Tecido de granulação	Nenhum 1 limitado 2 moderado 3 substancial 4 extenso 5
				Formação de tecido cicatricial	Nenhum 1 limitado 2 moderado 3 substancial 4 extenso 5
				Diminuição do tamanho da ferida	Nenhum 1 limitado 2 moderado 3 substancial 4 extenso 5
				Drenagem purulenta	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Drenagem serosa	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Drenagem sanguinolenta	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Drenagem sero-sanguinolenta	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Eritema em torno da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
				Inflamação da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação
Integridade da pele prejudicada	Supervisão da pele	Supervisão da pele: examinar a condição cirúrgica; observar cor, calor, pulsos, textura, edema e ulcerações nas extremidades; examinar vermelhidão e ruptura na pele; monitorar em busca de fontes de pressão e atrito; monitorar infecção, especialmente em áreas edemaciadas; monitorar erupções e escoriações na pele; monitorar ressecamento e umidade excessivos da pele; orientar a família/cuidador sobre sinais de ruptura de pele, quando adequado	Edema em torno da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Necrose	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Bordas irregulares	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5
			Odor proveniente da ferida	Extenso 1 substancial 2 moderado 3 limitado 4 nenhum 5

Integridade da pele prejudicada

Domínio 11: Segurança/proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Epiderme e/ou derme alteradas

Características definidoras	Destruição de camadas da pele
	Invasão de estruturas do corpo
	Rompimento da superfície da pele
	Fatores mecânicos (forças abrasivas, pressão, contenção)
Fatores relacionados externos	Hipertermia/hipotermia
	Imobilização física
	Pele úmida
	Umidade
	Circulação prejudicada
Fatores relacionados internos	Estado metabólico prejudicado
	Fatores de desenvolvimento
	Mudanças na pigmentação
	Mudanças no estado hídrico
	Mudanças no turgor
	Nutrição desequilibrada
	Proeminências ósseas

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação
Deglutição prejudicada	Precauções contra aspiração	Monitorar o nível de consciência, o reflexo de tosse, o reflexo de náusea e a capacidade para deglutir	Estado neurológico: consciência	Abertura dos olhos aos estímulos externos Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5 Respostas motoras a estímulos dolorosos Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5 Atenção a estímulos do ambiente Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5 Frequência da náusea Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Intensidade da náusea Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Desconforto da náusea Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Frequência do espasmo Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Intensidade do espasmo Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Gravidade da náusea e dos vômitos	Frequência do vômito Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Intensidade do vômito Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Desconforto do vômito Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Secreção de saliva excessiva Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Perda de peso Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Dor epigástrica Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Vômitos em jato Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Hematêmese Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Precauções contra aspiração	Monitorar o nível de consciência, o reflexo de tosse, o reflexo de náusea e a capacidade para deglutir	Estado da deglutição	Capacidade de segurar os alimentos na boca
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Manejo das secreções orais
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Produção de saliva
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Passagem do bolo para a hipofaringe proporcional ao reflexo de deglutição
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Capacidade para desobstruir a cavidade oral
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Formação do bolo no momento correto
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Quantidade de deglutições adequadas ao tamanho (volume)/textura do bolo alimentar
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Duração da refeição com respeito à quantidade consumida
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Reflexo para deglutir no momento correto
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Mantém posição neutra da cabeça e do tronco
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Aceitação dos alimentos
				Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Qualidade da voz
				Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Sufocação
				Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Tosse
				Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Precauções contra aspiração	Monitorar o nível de consciência, o reflexo de tosse, o reflexo de náusea e a capacidade para deglutir	Engasgo	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Esforço aumentado para deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Refluxo gástrico	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Desconforto ao deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter um dispositivo para via aérea	Descrição do uso do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do cuidado adequado do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição da ação adequada em caso de complicações	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Posicionar em decúbito a 90° ou o mais elevado possível Manter aspirador disponível	Movimenta-se da posição sentada para deitada	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Fracionar dieta	Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Checar o posicionamento da sonda nasogástrica antes de alimentar o paciente	Descrição do uso do equipamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Precauções contra aspiração	Verificar resíduo gástrico antes de alimentar o paciente	Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Descontar resíduo gástrico do paciente se houver grande volume residual	Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Oferecer dieta espessante conforme prescrição médica	Utiliza espessantes para líquidos, quando necessário	Nunca demonstrar 1 raramente 2 às vezes 3 muitas vezes 4 consistentemente 5
		Manter cabeceira elevada após a alimentação	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Solicitar avaliação com fonoaudiólogo conforme solicitação médica	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Encaminhar para exame VED quando solicitado	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Auxiliar o paciente a manter posição sentada por 30 minutos após término da refeição	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Terapia para deglutição	Monitorar sinais e sintomas de aspiração	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar os movimentos da língua do paciente enquanto ele se alimenta	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar o fechar dos lábios durante os atos de comer, beber e engolir	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar os sinais de fadiga durante os atos de comer, beber e engolir	Descrição do procedimento de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Orientar a família e o cuidador sobre a forma de posicionar, alimentar e observar o paciente	Explicação do propósito do procedimento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Capacidade de segurar os alimentos na boca	Severamente comprometido 1 muito comprometido 2 moderadamente comprometido 3 pouco comprometido 4 não comprometido 5
			Manejo das secreções orais	Severamente comprometido 1 muito comprometido 2 moderadamente comprometido 3 pouco comprometido 4 não comprometido 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação
Deglutição prejudicada	Terapia para deglutição	Estado da deglutição	Produção de saliva	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Capacidade para mastigar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Passagem do bolo para a hipofaringe proporcional ao reflexo de deglutição	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Capacidade para desobstruir a cavidade oral	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Formação do bolo no momento correto	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Quantidade de deglutições adequadas ao tamanho (volume)/textura do bolo alimentar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Reflexo para deglutir no momento correto	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Mantém posição neutra da cabeça e do tronco	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Aceitação dos alimentos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Qualidade da voz	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Sufocação	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Tosse	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Engasgo	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Esforço aumentado para deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Terapia para deglutição	Estado da deglutição	Refluxo gástrico	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Desconforto ao deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Manutenção de posição neutra da cabeça e do tronco	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Aceitação dos alimentos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Aceitação do volume de alimentos/líquidos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Resultados do exame da deglutição: fase esofágica	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Sufocação ao deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Estado da deglutição: fase esofágica	Tosse ao deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Refluxo gástrico	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Dor epigástrica	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Desconforto ao engolir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Tosse noturna	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Vômitos noturnos	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Sufocação noturna	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Deglutir repetitivo	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Terapia para deglutição	Estado da deglutição: fase esofágica	Hematênese	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Hálito ácido	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Reflexo de deglutir no momento correto	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Número de deglutições adequado ao tamanho (volume)/textura do bolo alimentar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Manutenção de posição neutra da cabeça e do tronco	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Elevação da faringe	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Aceitação dos alimentos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Estado da deglutição: fase faríngea	Resultados do exame da deglutição: fase faríngea	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Alteração na qualidade da voz	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Sufocação	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Tosse	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Engasgo	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Aumento do esforço para deglutir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Refluxo nasal	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
Aspirações	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5			

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação
Deglutição prejudicada	Terapia para deglutição	Estado da deglutição: fase oral	Contenção dos alimentos na boca	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Capacidade de lidar com as secreções orais	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Formação do bolo alimentar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Formação do bolo alimentar em tempo adequado	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Capacidade para mastigar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Passagem do bolo para a hipofaringe concomitante ao reflexo para deglutir	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Capacidade de esvaziar a cavidade oral	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Fechamento dos lábios	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Número de deglutições adequado ao tamanho (volume)/textura do bolo alimentar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Eficiência da sucção dos mamilos/bico de mamadeira	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Reflexo de náusea	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Resultados do exame da deglutição: fase oral	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Tosse antes da deglutição	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Sufocação antes de engolir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Engasgo antes de engolir	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Terapia para deglutição		Estado da deglutição: fase oral	Refluxo nasal
		Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal		Remoção de secreções das vias aéreas
		Auscultar os sons respiratórios antes e após a aspiração		Ruídos respiratórios adventícios
		Informar o paciente e a família sobre a aspiração		Remoção de secreções das vias aéreas
		Aspirar a nasofaringe com dispositivo de aspiração		Remoção de secreções das vias aéreas
		Usar precauções padronizadas: luvas, óculos e máscara, conforme apropriado		Remoção de secreções das vias aéreas
	Aspiração de vias aéreas	Inserir dispositivo nasal para facilitar a aspiração nasotraqueal	Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas	Remoção de secreções das vias aéreas
		Hiperoxigenar com oxigênio a 100%, usando ventilador ou bolsa de ressuscitação manual		Remoção de secreções das vias aéreas
		Usar equipamento esterilizado descartável para cada procedimento de aspiração traqueal		Remoção de secreções das vias aéreas
		Monitorar o estado de oxigenação do paciente (níveis de saturação de O ₂) e o estado hemodinâmico (ritmo cardíaco), antes e após a aspiração		Facilidade para respirar
				Frequência respiratória
				Ritmo respiratório

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Deglutição prejudicada	Aspiração de vias aéreas	Hiperventilar e hiperoxigenar a cada passagem do cateter de aspiração traqueal, ao final da aspiração	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Aspirar a orofaringe após o término da aspiração da traquéia	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Limpar a área em torno do estoma traqueal após o término da aspiração traqueal	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Parar a aspiração traqueal e oferecer oxigênio suplementar, caso o paciente apresente bradicardia, dessaturação	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Observar o tipo e a quantidade de secreções obtidas	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Enviar secreções para testes de cultura e sensibilização	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Orientar paciente e familiares sobre forma de aspirar as vias aéreas	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5

Deglutição prejudicada

Domínio 2: Nutrição

Classe 1: Ingestão

Definição: Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica

Características
definidoras

Prejuízo na fase esofágica: anormalidade da fase esofágica, segundo estudo da deglutição; azia; bruxismo; deglutições múltiplas; despertar durante o sono; dor epigástrica; evidência observada de dificuldade para deglutir (por ex.: estase de alimentos na cavidade oral, tossir/sufocar); hematêmese; hiperextensão da cabeça (por ex.: arqueando-se durante ou após as refeições); irritabilidade inexplicável perto dos horários das refeições, limitação do volume de alimentos; odinofagia (dor ao engolir); queixas de que "alguma coisa" entalou; recusa em alimentar-se; regurgitação de conteúdo gástrico ou arrotos úmidos; respiração com odor ácido; vômito; vômito no travesseiro

Prejuízo na fase faríngea: anormalidade da fase faríngea segundo estudo da deglutição; deglutição retardada e múltipla; elevação inadequada da laringe; febres inexplicadas; infecções pulmonares recorrentes; posições alteradas da cabeça; qualidade da voz gorgolejante; recusa de alimentos; refluxo nasal; ânsia de vômito antes da deglutição; sufocar antes da deglutição; tossir antes da deglutição

Prejuízo na fase oral: acúmulo de líquidos nos sulcos laterais; alimentos empurrados para fora da boca; anormalidade da fase oral, segundo estudo da deglutição; baba; deglutição pedaço a pedaço; entrada prematura do bolo; falta de mastigação; falta de ação da língua para formar o bolo; fechamento incompleto dos lábios, formação lenta do bolo; incapacidade de esvaziar a cavidade oral; os alimentos caem da boca; refeições longas com pequena consumação; refluxo nasal; sentir ânsia de vômito antes da deglutição; sialorréia; sucção fraca (bico de mamadeira) resultando em preensão ineficiente da região areolar-mamilar (se mamar no peito); sufocar antes da deglutição; tossir antes da deglutição

Deglutição prejudicada

Domínio 2: Nutrição

Classe 1: Ingestão

Definição: Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica

Fatores relacionados

Defeitos congênitos: anomalias de via aérea superior; desnutrição de energia protéica; distúrbios respiratórios, doença cardíaca congênita; estados com hipotonia significativa; história de alimentação por sonda; insuficiência para desenvolver-se; lesão neuromuscular (por ex.: reflexo de náusea diminuído ou ausente, força ou contração diminuídas dos músculos envolvidos na mastigação, prejuízo perceptivo, paralisia facial); obstrução mecânica (por ex.: edema, cânula de traqueostomia, tumor); problemas de alimentação relacionados ao comportamento.

Problemas neurológicos: acalasia (desordem motora do esôfago); anomalias de vias aéreas superiores; anormalidades da laringe; anormalidades orofaríngeas; atraso no desenvolvimento; defeitos anatômicos adquiridos; defeitos esofágicos; defeitos laríngeos; defeitos nas cavidades nasofaríngeas; defeitos nasais; defeitos traqueais; doença do refluxo gastroesofágico

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Gradação
Integridade tissular prejudicada	Cuidados com lesões	Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor	Integridade tissular: pele e mucosas	Lesões na pele	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Lesões nas mucosas	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Integridade da pele	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Perfusão tissular	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Pigmentação anormal	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Medir o leito da lesão, quando adequado	Conhecimento: regime de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Limpar a lesão com soro fisiológico		Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, se adequado		Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Trocar o curativo de acordo com a quantidade de exsudatos e drenagem		Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Comparar e registrar com regularidade quaisquer mudanças na lesão		Descrição das responsabilidades de autocuidado para o tratamento em curso	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Orientar o paciente ou membro da família sobre os procedimentos de cuidado com a ferida		Descrição das responsabilidades de autocuidado para o tratamento em curso	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Orientar o paciente ou membro da família sobre sinais e sintomas de infecção	Conhecimento: regime de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Documentar o local, o tamanho e o aspecto da lesão		Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Integridade tissular prejudicada	Cuidados circulatórios: insuficiência arterial	Cuidados circulatórios: insuficiência arterial. Realizar uma avaliação completa da circulação periférica (pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades)	Integridade tissular: pele e mucosa	Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Sensibilidade	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Preenchimento capilar dos dedos das mãos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Preenchimento capilar dos dedos dos pés	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Perfusão tissular: periférica	Coloração da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Temperatura das extremidades	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Sensibilidade	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
	Cuidados circulatórios: insuficiência venosa	Cuidados circulatórios: insuficiência venosa. Realizar uma avaliação completa da circulação periférica (pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades)	Integridade tissular: pele e mucosa	Elasticidade	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Textura	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Endurecimento	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Preenchimento capilar dos dedos das mãos	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Perfusão tissular: periférica	Preenchimento capilar dos dedos dos pés	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Coloração da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
				Temperatura das extremidades	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade tissular prejudicada	Manutenção da saúde oral	Estabelecer uma rotina de cuidado oral	Limpeza da boca	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Limpeza dos dentes	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Limpeza da gengiva	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Limpeza da língua	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Cor oral da boca	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Integridade da mucosa oral	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Integridade da língua	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Integridade das gengivas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Halitose	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Sangramento	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Dor	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Lesões da mucosa oral	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Gengivite	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e as mucosas orais, quando necessário	Hidratação dos lábios	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade tissular prejudicada	Manutenção da saúde oral	Monitorar a mucosa oral regularmente	Integridade tissular: pele e mucosas	Lesões nas mucosas Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Pigmentação anormal Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Limpeza da boca Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Orientar cuidador/fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário	Higiene oral	Limpeza dos dentes Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5 Limpeza da gengiva Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5 Limpeza da língua Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Colocar o paciente na posição terapêutica designada	Conhecimento: regime de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s) Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Oferecer apoio a áreas edemaciadas (ex: apoio às partes do corpo)		Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s) Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Posicionamento	Elevar a cabeceira da cama, quando adequado	Conhecimento: regime de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s) Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar sinais e sintomas e locais de infecção		Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s) Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar técnicas de isolamento, quando adequado	Integridade tissular: pele e mucosas	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s) Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5 Lesões na pele Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem		Lesões nas mucosas Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Integridade da pele Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5 Perfusão tissular Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade tissular prejudicada	Proteção contra infecção	Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem	Pigmentação anormal	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Temperatura da pele	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Integridade tissular: pele e mucosas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Sensibilidade	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Eritema	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida	Endurecimento	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Aproximação da pele	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Aproximação das bordas da ferida	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Cicatrização de feridas: primeira intenção	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Formação de tecido cicatricial	Extensa 1 substancial 2 moderada 3 limitada 4 nenhuma 5
			Edema em torno da ferida	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Cicatrização de feridas: primeira intenção	Extensa 1 substancial 2 moderada 3 limitada 4 nenhuma 5
			Edema em torno da ferida	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Tecido de granulação	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Cicatrização de feridas: segunda intenção	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Formação de tecido cicatricial	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Diminuição do tamanho da ferida	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Integridade tissular prejudicada	Redução do sangramento: nasal	Aplicar pressão manual sobre o sangramento ou a potencial área de sangramento	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Identificar a causa do sangramento	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar a quantidade de sangramento na orofaringe	Conhecimento: regime de tratamento Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Aplicar bolsa de gelo na área afetada	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Colocar tampão na cavidade nasal, se apropriado	Descrição do(s) procedimento(s) prescrito(s)	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Descrição das responsabilidades de autocuidado para situações de emergência	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Supervisão da pele	Orientar paciente e/ou família sobre sinais de sangramento e ações apropriadas (p. ex., notificar o enfermeiro), se ocorrer mais sangramento	Conhecimento: regime de tratamento Descrição das responsabilidades de autocuidado para o tratamento em curso	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Examinar a condição da incisão cirúrgica, quando adequado	Descrição do processo da doença	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Observar cor, calor, pulsos, textura, edema e ulcerações nas extremidades	Descrição do processo da doença	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Examinar vermelhão, calor exagerado ou drenagem na pele e nas mucosas	Conhecimento: regime de tratamento Descrição do processo da doença	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar áreas de descoloramento e contusões na pele e nas mucosas	Descrição do processo da doença	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Observar mudanças na pele e mucosas	Descrição do processo da doença	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Integridade tissular prejudicada

Domínio 11: Segurança/proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos

Características	Tecido destruído
definidoras	Tecido lesado (por ex.: mucosas, pele ou tecido subcutâneo)
	Circulação alterada
	Déficit de conhecimento
	Déficit de líquidos
	Excesso de líquidos
Fatores relacionados	Extremos de temperatura
	Fatores mecânicos (pressão, abrasão, fricção)
	Fatores nutricionais (déficit ou excesso)
	Irritantes químicos
	Mobilidade física prejudicada

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Gradação
Padrão respiratório ineficaz	Administração de medicamentos	Seguir os "cinco certos" da administração de medicamentos (medicação, dose, via, hora e paciente certos) Monitorar possíveis alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos Observar a data de validade no frasco do medicamento	Conhecimento: procedimento(s) de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
				Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
	Assistência ventilatória	Manter as vias aéreas desobstruídas	Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas	Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Remoção e obstrução das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Sufocação	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
	Assistência ventilatória	Posicionar o paciente visando o alívio da dispnéia (posição prona, lateralizada D e E, decúbito 45°, hiperextensão/flexão cervical, tto postural tábua) Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado (posição prona, lateralizada D e E, decúbito 45°, hiperextensão/flexão cervical, tto postural tábua)		Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Assistência ventilatória	Posicionar o paciente visando a minimizar os esforços respiratórios (posição prona, lateralizada D e E, decúbito 45°, hiperextensão/flexão cervical, tto postural tábua)	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Auscultar os sons respiratórios, observando área de ventilação reduzida ou ausente e a presença de ruídos adventícios	Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar a fadiga dos músculos respiratórios	Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Administrar medicamentos (VO, gástrica, enteral, inalatório, injetável) para promover a desobstrução das vias aéreas e a troca de gases	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Controle de vias aéreas	Posicionar o paciente de forma a maximizar o potencial ventilatório	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Inserir via aérea artificial na oro/nasofaringe, (passagem de TNT)	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Remover secreções: aspirar	Remoção e obstrução das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Controle de vias aéreas	Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e a presença de ruídos adventícios	Ruídos respiratórios adventícios Ruídos respiratórios adventícios Ruídos respiratórios adventícios Ausculta	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal (TNT, cavidade oronasal)	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Administrar ar ou oxigênio umidificado (prescrição médica)	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Posicionar o paciente visando a aliviar a dispnéia (posição prona, lateralizada D e E, decúbito 45°, hiperextensão/flexão cervical, tto postural tábua)	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
			Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar o estado respiratório e a oxigenação (oximetria)		

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Monitoração de sinais vitais	Monitorar a pressão sanguínea, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório	Temperatura corporal	Desvio grave dos parâmetros normais 1 desv subst dos parâm normais 2 des mod dos parâm normais 3 desv leve dos parâm normais 4 sem desvio dos parâm normais
			Frequência do pulso radial	Desvio grave dos parâmetros normais 1 desv subst dos parâm normais 2 des mod dos parâm normais 3 desv leve dos parâm normais 4 sem desvio dos parâm normais
			Frequência respiratória	Desvio grave dos parâmetros normais 1 desv subst dos parâm normais 2 des mod dos parâm normais 3 desv leve dos parâm normais 4 sem desvio dos parâm normais
			Pressão sistólica	Desvio grave dos parâmetros normais 1 desv subst dos parâm normais 2 des mod dos parâm normais 3 desv leve dos parâm normais 4 sem desvio dos parâm normais
			Pressão diastólica	Desvio grave dos parâmetros normais 1 desv subst dos parâm normais 2 des mod dos parâm normais 3 desv leve dos parâm normais 4 sem desvio dos parâm normais
		Monitorar a frequência e o ritmo respiratórios	Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Profundidade da respiração	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Expansão simétrica do tórax	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Uso da musculatura acessória	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Monitoração de sinais vitais	Monitorar a frequência e o ritmo respiratórios	Estado respiratório: ventilação + estado resp.: permeabilidade das vias aéreas	Dispnéia em repouso	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Dispnéia com esforços	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Respiração curta	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar os sons pulmonares	Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas + resposta alérgica: sistêmica	Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Sibilos	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Estridor	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar a oximetria de pulso Monitorar a presença de cianose central e periférica	Estado respiratório: troca gasosa	Saturação de O ₂	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Cianose	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
	Monitoração respiratória	Monitorar a frequência, o ritmo, a profundidade e o esforço das respirações	Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas / estado respiratório: ventilação / estado respiratório: troca gasosa sinais vitais	Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Remoção e obstrução das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
				Sufocação	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
				Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Monitoração respiratória	Monitorar a frequência, o ritmo, a profundidade e o esforço das respirações	Saturação de O ₂	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Profundidade da respiração	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Respiração curta	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Respiração com lábios franzidos	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Dispneia em repouso	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas / estado respiratório: ventilação / estado respiratório: troca gasosa sinais vitais	Dispneia com esforços	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Frequência respiratória	Desvio grave dos parâmetros normais 1 desv subst dos parâm normais 2 des mod dos parâm normais 3 desv leve dos parâm normais 4 sem desvio dos parâm normais
			Expansão simétrica do tórax	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Uso da musculatura acessória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Retração do tórax	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Sibilos	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Estridor	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar ruídos respiratórios		
		Observar movimentos do tórax, observando simetria, uso de músculos acessórios e retrações musculares, supraclaviculares e intercostais		

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Monitoração respiratória	Monitorar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, de Cheyne-Stokes, respiração apnéustica, respiração de Biot e padrões atáxicos	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
			Expansão simétrica do tórax	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Monitorar fadiga muscular diafragmática (movimentos paradoxais)	Uso da musculatura acessória	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Agitação	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Cianose	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída/ausente e presença de ruídos adventícios	Sibilos	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Estridor	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Ausculata	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5
		Determinar a necessidade de aspiração por meio da ausculta de estertores e roncos nas vias aéreas		
		Monitorar aumento de agitação, ansiedade e falta de ar	Ansiedade	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Medo	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Monitoração respiratória	Monitorar aumento de agitação, ansiedade e falta de ar	Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas / estado respiratório: ventilação / estado respiratório: troca gasosa sinais vitais	Sufocação Agitação Cianose	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5 Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar a capacidade do paciente para tossir de forma efetiva		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Observar início, características e duração da tosse		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar as secreções respiratórias do paciente		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar dispnéia	Conhecimento: procedimento(s) de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar presença de crepitações		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Posicionar o paciente lateralmente, como indicado, pra prevenir aspiração		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Iniciar manobras de reanimação, se necessário		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Limpar as secreções orais, nasais e traqueais		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter desobstruídas as vias aéreas		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Oxigenoterapia	Ajustar o equipamento e administrar o oxigênio por meio de um sistema aquecido e umidificado (prescrição médica)	Conhecimento: procedimento(s) de tratamento	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Administrar oxigênio suplementar, (prescrição médica)		Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Oxigenoterapia	Monitorar o fluxo de litros de oxigênio (prescrição médica)	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar a posição do dispositivo de distribuição de oxigênio	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Verificar periodicamente o dispositivo de distribuição de oxigênio para garantir que está sendo distribuída a concentração prescrita	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio (p.ex.: oximetria de pulso, gasometria arterial), prescrição médica	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Assegurar a reposição de máscara/cateter de oxigênio sempre que forem removidos	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar a capacidade do paciente para tolerar a remoção do oxigênio enquanto se alimenta	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Observar sinais de hipoventilação induzida por oxigênio	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar o equipamento de oxigênio para garantir que não esteja interferindo nas tentativas de respirar do paciente	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Providenciar oxigênio quando for transportado	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Orientar a família sobre o uso de oxigênio em casa	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Redução da ansiedade	Encorajar a família a permanecer com o paciente	Ansiedade	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Medo	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão respiratório ineficaz	Supervisão	Monitorar os sinais vitais	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar o nível de conforto e programar intervenções adequadas à situação	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar mudanças nos padrões de sono	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar a oxigenação e instituir medidas para promover a oxigenação adequada dos órgãos vitais	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Detectar e solucionar os problemas com o equipamento e os sistemas, de modo a reforçar a aquisição de dados confiáveis sobre o paciente	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Comparar o estado do paciente com o anterior para detectar melhoras e pioras em sua condição	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Instituir tratamento usando as prescrições adequadas	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Priorizar as ações com base no estado do paciente	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Padrão respiratório ineficaz

Domínio 4: Atividade/repouso

Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

Definição: Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada

	Alterações na profundidade respiratória
	Batimento de asa do nariz
	Bradipnéia
	Dispnéia
Características	Excursão torácica alterada
definidoras	Fase de expiração prolongada
	Ortopnéia
	Respiração com os lábios franzidos
	Taquipnéia
	Uso da musculatura acessória
	Dano cognitivo
	Dano de percepção
	Dano musculoesquelético
	Deformidade da parede do tórax
	Disfunção neuromuscular
Fatores relacionados	Dor
	Fadiga
	Fadiga da musculatura respiratória
	Hiperventilação
	Imaturidade neurológica
	Posição do corpo

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Administração de medicamentos: inalação	<p>Seguir os "cinco certos" da administração de medicamentos</p> <p>Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição</p> <p>Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal</p> <p>Auscultar os sons respiratórios antes e após a aspiração</p> <p>Informar o paciente e a família sobre a aspiração</p> <p>Aspirar a nasofaringe com dispositivo de aspiração, conforme apropriado</p> <p>Usar precauções padronizadas: luvas, óculos e máscara, conforme apropriado</p> <p>Inserir dispositivo nasal para facilitar a aspiração nasotraqueal, conforme apropriado</p>	<p>Conhecimento: procedimento(s) de tratamento</p> <p>Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento</p> <p>Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento</p> <p>Facilidade para respirar</p> <p>Frequência respiratória</p> <p>Ritmo respiratório</p> <p>Remoção de secreções das vias aéreas</p> <p>Remoção e obstrução das vias aéreas</p> <p>Sufocação</p>	<p>Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5</p> <p>Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5</p> <p>Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5</p> <p>Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5</p> <p>Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5</p> <p>Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 leve comp 4 não comp 5</p> <p>Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5</p>
	Aspiração de vias aéreas	<p>Usar equipamento esterilizado descartável para cada procedimento de aspiração traqueal</p> <p>Monitorar o estado de oxigenação do paciente (níveis de saturação de O₂) e o estado hemodinâmico (nível PAM e ritmo cardíaco), imediatamente antes, durante e após a aspiração</p> <p>Aspirar a orofaringe após o término da aspiração da traquéia</p> <p>Limpar a área em torno do estoma traqueal após o término da aspiração traqueal, conforme apropriado</p> <p>Orientar cuidador sobre forma de aspirar as vias aéreas, conforme apropriado</p>	<p>Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas</p> <p>Ruídos respiratórios adventícios</p>	<p>Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5</p>

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Controle de vias aéreas	Abrir a via aérea, usando a técnica de elevação do queixo ou a manobra de elevação da mandíbula, conforme adequado	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Posicionar o paciente de forma a maximizar o potencial ventilatório	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Remover secreções, encorajando o tossir ou aspirando	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Auscular os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e a presença de ruídos adventícios	Ruídos respiratórios adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal	Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
	Controle de vias aéreas artificiais	Administrar oxigênio umidificado	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Posicionar o paciente visando aliviar a dispnéia	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Monitorar o estado respiratório e a oxigenação	Facilidade para respirar	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Instituir medidas para prevenir extubação espontânea: fixar a via aérea artificial com caderço	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Examinar a pele em torno do estoma traqueal, observando secreções, vermelhidão e irritação	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Manter técnica asséptica ao aspirar e oferecer cuidados à traqueostomia	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Proteger a traqueostomia da água	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Monitoração respiratória	Monitorar a frequência, o ritmo, a profundidade e o esforço das respirações	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Observar movimentos do tórax, observando simetria, uso de músculos acessórios e retrações musculares supraclaviculares e intercostais	Frequência respiratória	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Monitorar ruídos respiratórios, tais como sibilos e roncos	Ritmo respiratório	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Monitorar padrões respiratórios: bradpnéia, taquipnéia, hiperventilação, etc	Profundidade da respiração	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Monitorar fadiga muscular diafragmática	Expansão simétrica do tórax	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída/ausente e presença de ruídos adventícios	Uso da musculatura acessória	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
		Monitorar aumento de agitação, ansiedade e falta de ar	Dispnéia em repouso	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Dispnéia com esforços	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Respiração curta	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Ausculta	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
			Ruídos adventícios	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Retração do tórax	Grave 1 substancial 2 moderado 3 leve 4 nenhuma 5
			Remoção de secreções das vias aéreas	Severam compr 1 mto comp 2 moder comp 3 levem comp 4 não comp 5
		Monitorar as secreções respiratórias do paciente		

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Inserção e estabilização de vias aéreas artificiais	Selecionar o tamanho e o tipo correto da via orofaríngea ou nasofaríngea	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Inserir via aérea artificial na oro/nasofaringe, assegurando que atinja a base da língua, apoiando a língua em posição para frente	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Fixar a via aérea artificial de oro/nasofaringe no local adequado	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Monitorar dispnéia, ronco ou sibilos inspiratórios quando a via aérea artificial de oro/nasofaringe estiver colocada	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Trocar o local de fixação da via aérea artificial da oro/nasofaringe diariamente e examinar a mucosa	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Limitar a inserção do TET e da traqueostomia a profissionais qualificados e credenciados	Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Conhecimento: procedimento(s) de tratamento		

Desobstrução ineficaz de vias aéreas

Domínio 11: Segurança/proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída

Características definidoras	Agitação
	Cianose
	Dispnéia
	Expectoração
	Mudanças na frequência respiratória
	Mudanças no ritmo respiratório
	Ruídos respiratórios
	Sons respiratórios diminuídos
	Tosse ineficaz ou ausente
	Vocalização dificultada
Fatores relacionados	<i>Fisiológicos:</i> disfunção neuromuscular; infecção
	<i>Via aérea obstruída:</i> espasmo de via aérea; presença de via aérea artificial; secreções retidas

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Gradação
Padrão ineficaz de alimentação infantil/bebê	Aconselhamento para lactação	Determinar o conhecimento básico sobre a amamentação	Conhecimento da família sobre os benefícios da amamentação continuada	Não adequada 1 levemente adequada 2 moderadamente adequada 3 substancialmente adequada 4 totalmente adequada 5
		Oferecer informações sobre as vantagens e desvantagens do aleitamento materno		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Corrigir conceitos errôneos, informações incorretas e dados imprecisos sobre a amamentação		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Determinar o desejo da mãe e sua motivação para a amamentação	Expressão de satisfação da família em relação ao processo de amamentação	Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Avaliar a compreensão que a mãe tem dos indicadores de fome do bebê	Conhecimento da família sobre os benefícios da amamentação continuada	Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Determinar a frequência das mamadas em relação às necessidades do bebê		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Monitorar a habilidade materna em prender o bebê ao mamilo		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Avaliar o padrão de sucção/deglutição do RN	Conhecimento da família sobre os benefícios da amamentação continuada	Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Demonstrar o treinamento da sucção		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Avaliar a adequação do esvaziamento do seio com a amamentação do bebê		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Avaliar a qualidade e o uso de recursos auxiliares ao aleitamento		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Encorajar a mãe a oferecer ambos os seios a cada amamentação		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Determinar a correção do uso da bomba de sucção para as mamas		Não adeq 1 levemente adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Padrão ineficaz de alimentação infantil/bebê	Aconselhamento para lactação	Orientar os pais sobre como diferenciar entre insuficiência de suprimento de leite perceptível e real	Reconhecimento de sinais de redução do suprimento de leite	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Monitorar a integridade da pele nos mamilos	Amamentação: manutenção	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Avaliar a compreensão de ductos lácteos obstruídos e mastite	Reconhecimento de sinais de obstrução de ductos e de mastite	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 totalm adeq 5
		Explicar o procedimento ao paciente		Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
	Alimentação por sonda enteral	Inserir uma sonda nasogástrica, ou nasoentérica (prescrição médica)		Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Aplicar substância de fixação à pele e prender a sonda com fita adesiva		Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Verificar a colocação correta da sonda, examinando a cavidade oral, verificando os resíduos gástricos ou escutando enquanto o ar é injetado e retirado, conforme o protocolo da instituição	Ingestão de alimentos via sonda	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Marcar a sonda no local de saída para manter a colocação correta	Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Confirmar a colocação da sonda por radiografia antes da administração da dieta ou dos medicamentos via sonda, de acordo com protocolo da instituição		Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar a presença de ruídos intestinais a cada 4 a 8 horas	Ingestão de alimentos via sonda	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar o equilíbrio de líquidos e eletrólitos		Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Padrão ineficaz de alimentação infantil/bebê	Alimentação por sonda enteral	Consultar outros membros da equipe de cuidados de saúde quanto à seleção do tipo de alimentação enteral e ao conteúdo nutricional (SND)			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Elevar a cabeceira da cama em 30 à 45° durante a alimentação			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Oferecer chupeta ao bebê durante a alimentação			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Segurar o bebê e conversar com ele durante a alimentação, simulando atividades usuais de alimentação			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Irrigar a sonda a cada 4 a 6 horas durante alimentações contínuas e após cada dieta intermitente	Estado nutricional:		Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Usar técnica higienizada na administração da dieta por sonda	ingestão de alimentos e líquidos	Ingestão de alimentos via sonda	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Verificar o fluxo do gotejamento ou fluxo de bombeamento de hora em hora			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Desacelerar o fluxo de alimentação por sonda e/ou reduzir a composição nutricional para controle da diarreia (presc médica e SND)			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar a sensação de náusea e vômito			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Verificar os resíduos a cada 4 a 6 horas nas primeiras 24 horas; depois, a cada 8 horas durante alimentações contínuas			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Verificar os resíduos antes de todas as alimentações intermitentes			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Trocar o local de inserção e a sonda de infusão, conforme protocolo da instituição			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Padrão ineficaz de alimentação infantil/bebê	Alimentação por sonda enteral	Verificar os recipientes e os conjuntos para administração da dieta enteral a cada 24 horas	Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Ingestão de alimentos via sonda	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Preparar a família para alimentações por sonda em casa			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar o peso (presc médica e protocolo da instituição)			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Determinar o estado do bebê antes de iniciar a alimentação			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Segurar o bebê durante a alimentação			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
	Alimentação por mamadeira	Colocar o bebê na posição semi-Fowler para alimentá-lo	Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Ingestão oral de líquidos	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Fazer o bebê eructar frequentemente durante e após a alimentação			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Colocar o bico da mamadeira na parte superior da língua			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Controlar a ingestão de líquidos, ajustando a maciez do bico, o tamanho do orifício (presc médica, fono, SND)			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Aumentar o estado de alerta do bebê, afrouxando suas roupas, esfregando suas mãos e pés ou conversando com ele			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Encorajar a sucção, estimulando o reflexo fundamental de sucção		Ingestão oral de líquidos	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Aumentar a eficiência da sucção, comprimindo as maçãs do rosto junto com o ato de sugar			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Oferecer apoio ao queixo para reduzir o vazamento do líquido da mamadeira e melhorar o fechamento dos lábios			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar a ingestão de líquidos			Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Padrão ineficaz de alimentação infantil/bebê	Alimentação por mamadeira	Monitorar/avaliar o reflexo de sucção durante a alimentação	Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Ingestão oral de líquidos	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar o peso do bebê (protocolo da instituição)			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Orientar os pais ou o cuidador sobre as técnicas de desinfecção do equipamento de alimentação			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Orientar os pais ou cuidador sobre o armazenamento e, a diluição adequada da fórmula concentrada (presc médica e SND)			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Orientar e demonstrar aos pais as técnicas de higiene oral adequadas à dentição do bebê			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Selecionar uma chupeta individual macia (protocolo da instituição)			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
	Sucção não-nutritiva	Usar uma chupeta que seja limpa ou esterilizada diariamente	Conhecimento: amamentação	Descrição do sugar nutritivo versus não-nutritivo	Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Movimentar ritmicamente a língua do bebê com a chupeta, se necessário, para encorajar a sucção			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Massagear suavemente as faces do bebê para estimular o reflexo de sucção			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Oferecer a chupeta para estimular a sucção durante a alimentação por sonda e mantê-la após as refeições			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Informar os pais sobre a importância de satisfazer às necessidades de sucção do bebê			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Encorajar a mãe que amamenta a permitir a sucção não-nutritiva do seio após alimentar o bebê			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5
		Orientar os pais sobre o uso da sucção não-nutritiva			Nenhuma 1 limitada 2 moderada 3 substancial 4 extensa 5

Padrão ineficaz de alimentação infantil/bebê

Domínio 2: Nutrição

Classe 1: Ingestão

Definição: Capacidade prejudicada de um bebê de sugar ou de coordenar a resposta sucção-deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas

Características definidoras	Incapacidade de coordenar a sucção, deglutição, respiração
	Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz
	Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz
	Anomalia anatômica
Fatores relacionados	Estado de jejum prolongado
	Hipersensibilidade oral
	Prejuízo neurológico
	Retardo neurológico

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Déficit no autocuidado	Assistência no autocuidado: alimentação	Identificar a dieta prescrita	Desempenho do cuidador: cuidado direto	Conhecimento do processo de doença e conhecimento do plano de tratamento	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Proporcionar alívio adequado da dor antes das refeições			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Providenciar higiene oral antes das refeições			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Colocar o paciente em posição confortável para alimentar-se			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Oferecer os alimentos à melhor temperatura possível			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
	Assistência no autocuidado: banho/higiene	Observar a ingestão	Desempenho do cuidador: cuidado direto	Conhecimento do processo de doença e conhecimento do plano de tratamento	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Promover o banho diário do paciente			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Realizar higiene oronasal/TNT			Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
					Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
					Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Déficit no autocuidado para alimentação

Domínio 4: Atividade/repouso

Classe 5: Autocuidado

Definição: Capacidade prejudicada do cuidador de desempenhar ou completar atividades de alimentação

Características definidoras	Incapacidade de abrir recipientes
	Incapacidade de completar a alimentação-refeição
	Incapacidade de manipular utensílios-artefatos e recipientes com alimento e levá-lo a boca
	Incapacidade de preparar alimentos para a oferta
Fatores relacionados	Ansiedade
	Barreiras ambientais
	Cansaço
	Desconforto
	Diminuição motivação
	Dor
	Fraqueza
	Prejuízo: cognitivo, neuromuscular, perceptivo, musculoesquelético

Déficit no autocuidado para banho*Domínio 4: Atividade/repouso**Classe 5: Autocuidado**Definição:* Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho-higiene por si mesmo

Características definidoras	Incapacidade: lavar o corpo; obter fonte de água; pegar os artigos para o banho; desligar a água do banho e secar o corpo.
Fatores relacionados	Ansiedade Barreiras ambientais Diminuição motivação Dor Fraqueza Incapacidade de perceber a relação espacial Prejuízo: cognitivo, neuromuscular, perceptivo, musculoesquelético

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação	
Desempenho de papel ineficaz	Apoio ao cuidador e melhora do papel	Auxiliar, encorajar, estimular, apoiar, ensinar, exemplificar, demonstrar, promover, monitorar, informar, prover, aderir, vigiar, confiar quanto ao conhecimento do cuidador sobre o regime terapêutico	Desempenho do cuidador: cuidado direto	Conhecimento do processo de doença	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Conhecimento do plano de tratamento	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Adesão plano de tratamento	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Desempenho dos tratamentos	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Auxílio nas atividades da vida diária	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Auxílio nas atividades instrumentais da vida diária	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Provisão de apoio emocional ao receptor dos cuidados	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Vigilância do estado de saúde do receptor dos cuidados	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Vigilância do comportamento do receptor dos cuidados	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Antecipação das necessidades do receptor dos cuidados	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Demonstração de consideração positiva incondicional pelo receptor dos cuidados	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Demonstração de competência no monitoramento do próprio nível de habilidade de cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Confiança no desempenho das tarefas necessárias	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
				Provisão de ambiente seguro	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Desempenho de papel ineficaz

Domínio 7: Papéis nos relacionamentos

Classe 3: Desempenho de papéis

Definição: Padrões de comportamento e autoexpressão que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente

Características definidoras	Adaptação inadequada à mudança
	Ambivalência de papel
	Ansiedade
	Apoio externo inadequado para o desempenho do papel
	Autocontrole inadequado
	Competência inadequada para o papel
	Confiança inadequada
	Conflito e confusão de papéis
	Conhecimento deficiente
	Depressão
	Discriminação
	Enfrentamento inadequado
	Expectativas de desenvolvimento impróprias
	Habilidades inadequadas
	Incerteza
	Insatisfação com o papel
	Motivação inadequada
	Negação do papel
	Percepções de papel alteradas
	Pessimismo
Fatores relacionados	Sentimento de impotência
	Sobrecarga de papéis
	Tensão do papel
	<i>Conhecimento:</i> expectativas não-realistas a respeito do papel; preparo inadequado do papel (transição de papel, ensaio das habilidades, validação)
	<i>Fisiológicos:</i> baixa autoestima; déficits cognitivos, depressão; dor; fadiga
	<i>Sociais:</i> baixo status socioeconômico; conflito; estresse; falta de recursos; sistema de apoio inadequado; socialização inadequada do papel

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Enfrentamento familiar comprometido	Mobilização familiar	Ser um ouvinte para os membros da família	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Estabelecer uma relação de confiança com os membros da família	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Identificar os pontos fortes e os recursos da família, de seus membros, de seu sistema de apoio e de comunidade	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Oferecer informações frequentes a família para ajudar seus membros a identificarem as limitações, a evolução e as implicações dos cuidados do paciente	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Promover uma mútua tomada de decisões com os membros da família em relação ao plano de cuidados	Apoio social ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Ensinar os cuidadores domiciliares sobre a terapia do paciente	Recursos para o oferecimento de cuidados	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Explicar aos membros da família a necessidade de cuidados de saúde profissionais e contínuos	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Cooperar com os membros da família no planejamento e na implementação de terapias e mudanças no estilo de vida do paciente	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Dar apoio às atividades familiares que promovam a saúde do paciente ou o controle da condição, quando adequado	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Ajudar os membros da família a identificarem os serviços de saúde e os recursos comunitários que possam ser usados para melhorar o estado de saúde do paciente	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC		Graduação
Enfrentamento familiar comprometido	Mobilização familiar	Monitorar a atual situação familiar	Potencial de resistência do cuidador para o cuidado prolongado	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Encaminhar os membros da família a grupos de apoio compostos por outras famílias, se apropriado		Apoio social ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Estabelecer uma relação pessoal com o paciente e com os membros da família que se envolverão nos cuidados		Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Identificar as capacidades dos membros da família para envolvimento no cuidado do paciente		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do principal provedor de cuidados		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Identificar as expectativas dos membros da família em relação ao paciente		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
	Promoção do envolvimento familiar	Encorajar os membros da família e o paciente a auxiliarem no desenvolvimento de um plano de cuidados, inclusive nos resultados esperados e na implementação do plano	Potencial de resistência do cuidador para o cuidado prolongado	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar o envolvimento dos membros da família nos cuidados do paciente		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Encorajar o cuidado por membros da família durante a hospitalização		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Oferecer aos membros da família informações essenciais sobre o paciente		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Identificar a percepção dos membros da família quanto à situação, aos eventos precipitadores, aos sentimentos e aos comportamentos do paciente		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Identificar os sintomas físicos de estresse de cada um dos membros da família (choro, náusea, vômito, distração)		Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 levem adeq 2 moder adeq 3 subst adeq 4 completam adeq 5

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Enfrentamento familiar comprometido	Suporte à família	Assegurar a família que o paciente está recebendo o melhor cuidado possível	Demonstra flexibilidade no desempenho do seu papel	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
		Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente	Demonstra flexibilidade no desempenho do seu papel	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
		Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família	Demonstra flexibilidade no desempenho do seu papel	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5
		Orientar a família em relação ao local de prestação de cuidados	Demonstra flexibilidade no desempenho do seu papel	Nunca demons 1 raram dem 2 às vezes dem 3 muitas vezes dem 4 consistentemente dem 5

Enfrentamento familiar comprometido

Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2: Reações de enfrentamento

Definição: Uma pessoa fundamental, usualmente apoiadora (membro da família ou amigo íntimo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários ao cliente para administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas ao seu desafio de saúde

Objetivas:

Pessoa significativa afasta-se do cliente

Pessoa significativa tenta comportamentos assistenciais, com resultados insatisfatórios

Pessoa significativa tenta comportamentos de apoio, com resultados insatisfatórios

Subjetivas:

Características
definidoras

A pessoa significativa descreve preocupação com a reação pessoal (medo, pesar, culpa, ansiedade) à necessidade do cliente

A pessoa significativa manifesta base de conhecimentos inadequada, que interfere na eficácia dos comportamentos de apoio

A pessoa significativa manifesta entendimento inadequado, que interfere na eficácia dos comportamentos de apoio

O cuidador expressa preocupação com reação-resposta do outro - pessoa significativa ao problema de saúde

Compreensão inadequada de informação por uma pessoa fundamental

Compreensão incorreta de informação por uma pessoa fundamental

Crise situacional - desenvolvimento que a pessoa significativa pode estar enfrentando

Desorganização familiar temporária

Fatores relacionados

Doença prolongada que exaure a capacidade de apoio da pessoa significativa

Informação inadequada por parte de uma pessoa fundamental

Mudança de papéis temporária na família

Preocupação temporária de uma pessoa significativa

Situações coexistentes que afetam a pessoa significativa

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de enfermagem NIC	Atividades	Resultados de enfermagem NOC	Graduação
Enfrentamento do cuidador ineficaz	Apoio ao cuidador	Determinar o nível de conhecimento do cuidador	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Determinar a aceitação do papel por parte do cuidador	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Aceitar expressões de emoção negativa	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Investigar os aspectos positivos e negativos do cuidador	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Oferecer apoio às decisões tomadas pelo cuidador	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar os problemas de interação familiar relacionados ao cuidado do paciente	Relação receptor dos cuidados-cuidador mutuamente satisfatória	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Proporcionar informações sobre a condição do paciente	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Ensinar ao cuidador a terapia do paciente	Domínio das atividades de cuidado direto	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Monitorar indicadores de estresse	Apoio do sistema de cuidados de saúde ao cuidador	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Informar o cuidador estratégias para acessar e utilizar recursos comunitários de cuidados à saúde	Serviços suplementares para fornecer cuidados	Não adeq 1 leveq 2 moderq 3 subst adeq 4 completam adeq 5
		Potencial de resistência do cuidador para o cuidado prolongado		

Enfrentamento do cuidador ineficaz

Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2: Reações de enfrentamento

Definição: Incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis

Características definidoras	Concentração insatisfatória
	Dificuldade em assumir riscos
	Distúrbio do sono
	Fadiga
	Incapacidade de atender às expectativas do papel
	Incapacidade de lidar com informações de dificuldade para organizar as informações
	Incapacidade de satisfazer a necessidades básicas
	Mudanças no padrão de vida diária (econômico, social)
	Resolução de problemas inadequada
	Uso diminuído de suporte social
	Utilização de formas de enfrentamento que impedem o comportamento adaptativo
	Verbalização de incapacidade de enfrentamento
	Verbalização de incapacidade de pedir ajuda
	Crise maturacional
	Crise situacional
Fatores relacionados	Diferenças relacionadas ao gênero nas estratégias de enfrentamento
	Distúrbio no padrão de alívio de tensão
	Incapacidade de conservar energias adaptativas
	Incerteza
	Nível inadequado de confiança capacidade de enfrentamento
	Nível inadequado de percepção de controle
	Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores
	Recursos disponíveis inadequados
	Suporte social inadequado criado pelas características dos relacionamentos

**Anexo 2 – Aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do
HRAC-USP.**

Ofício nº 400/2008-SVAPEPE-CEP

Bauru, 16 de dezembro de 2008.

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **“Construção de impresso eletrônico de registro de enfermagem: proposta de implementação”**, de autoria de **Dorothea Maria Beckers Marques de Almeida** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **11 de dezembro de 2008**, o parecer do relator **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para o início da pesquisa. Solicitamos a V. Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao pesquisador e anexar o presente ofício ao projeto pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

O pesquisador fica responsável pela entrega na SVAPEPE – Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como, comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente

PROFª DRª IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilma Sra
Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Enfermagem - HRAC/USP

Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421
E-mail: cep@centrinho.usp.br

Anexo 3 – Aprovação da alteração no título do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP.

Ofício nº 248/2010-SVAPEPE-CEP

Bauru, 08 de outubro de 2010.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa intitulado **"Construção de impresso eletrônico de registro de enfermagem: proposta de implementação"**, de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 16 de dezembro de 2008. Na reunião realizada em **28 de setembro de 2010**, a solicitação de alteração no título para: **"Sistematização da assistência de enfermagem informatizada em Unidade de Cuidado Semi-Intensivo"**, foi **aprovada**.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, reading "Izabel Marchi de Carvalho", is positioned above the printed name of the signatory.

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

DOROTHEA MARIA BECKERS MARQUES DE ALMEIDA

A/C

Dra. Cassiana Mendes Bertonecello Fontes

Enfermagem – HRAC/USP

Anexo 4 – Diagnóstico de Enfermagem – Desobstrução ineficaz de vias aéreas: intervenções e resultados

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)	Resultados de Enfermagem (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Estado Respiratório: permeabilidade das vias aéreas	<p>Aspiração de vias aéreas</p> <p><i>Atividades:</i></p> <p><u>Supervisão:</u> Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal Auscultar os sons respiratórios antes e após a aspiração Informar o paciente e a família sobre a aspiração Usar equipamento esterilizado descartável para cada procedimento de aspiração traqueal Aspirar a nasofaringe com dispositivo de aspiração, conforme apropriado Inserir dispositivo nasal para facilitar a aspiração nasotraqueal, conforme apropriado Aspirar orofaringe após o término da aspiração traqueal Limpar a área em torno do estoma traqueal após o término da aspiração traqueal, conforme apropriado Monitorar o estado de oxigenação do paciente (níveis de saturação de O₂) e o estado hemodinâmico antes, durante e após a aspiração</p> <p><u>Controle da infecção:</u> Usar precauções padronizadas: luvas óculos e máscara, conforme apropriado Orientar cuidador sobre a forma de aspirar as vias aéreas, conforme apropriado</p>
	Estado Respiratório: permeabilidade das vias aéreas	<p>Controle de vias aéreas</p> <p><i>Atividades:</i></p> <p><u>Supervisão:</u> Posicionar o paciente de forma a maximizar o potencial ventilatório Remover secreções: aspiração Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e a presença de ruídos adventícios Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal Administrar oxigênio umidificado Posicionar paciente visando aliviar a dispnéia Monitorar o estado respiratório e a oxigenação</p>

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)	Resultados de Enfermagem (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Estado Respiratório: permeabilidade das vias aéreas; Estado Respiratório: ventilação; Estado Respiratório: troca gasosa; Conhecimento: procedimento de tratamento	<p>Controle de vias aéreas artificiais</p> <p><i>Atividades:</i> <u>Controle da infecção:</u> Examinar a pele em torno do estoma traqueal, observando secreções, vermelhidão e irritação Manter técnica asséptica e oferecer cuidados a traqueostomia Proteger a traqueostomia da água</p>
	Estado Respiratório: ventilação; Conhecimento: procedimento de tratamento	<p>Monitorização respiratória</p> <p><i>Atividades:</i> <u>Supervisão:</u> Monitorar a frequência, ritmo, a profundidade e o esforço das respirações Observar movimentos do tórax, observando simetria, uso de músculos acessórios e retrações musculares, supraclaviculares e intercostais Monitorar ruídos respiratórios: sibilos e roncos Monitorar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação Monitorar fadiga muscular diafragmática Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e a presença de ruídos adventícios Monitorar aumento de agitação, ansiedade e falta de ar Monitorar as secreções do paciente</p>
	Conhecimento: procedimento de tratamento	<p>Inserção e estabilização de vias aéreas artificiais</p> <p><i>Atividades:</i> <u>Supervisão:</u> Limitar a inserção da traqueostomia a profissionais qualificados e credenciados Fixar a via aérea artificial adequadamente Monitorar dispnéia, roncos ou sibilos Trocar o local de fixação da via aérea artificial diariamente e examinar a mucosa</p>