

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LEONARDO TADEU DE ANDRADE

CATÁLOGO CIPE[®] PARA PACIENTES ADULTOS EM PROCESSO DE
NEUORREABILITAÇÃO

Belo Horizonte
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LEONARDO TADEU DE ANDRADE

**CATÁLOGO CIPE® PARA PACIENTES ADULTOS EM PROCESSO DE
NEURORREABILITAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde e Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Tânia Couto M. Chianca
COORIENTADORA: Prof. Dra. Telma Ribeiro Garcia

BELO HORIZONTE

2018

Andrade, Leonardo Tadeu de.
A553c Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo de
neuroreabilitação [manuscrito]. / Leonardo Tadeu de Andrade. -- Belo
Horizonte: 2018.
329f.: il.
Orientador: Tânia Couto Machado Chianca.
Coorientador: Telma Ribeiro Garcia.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Enfermagem em Reabilitação. 2. Processo de Enfermagem. 3.
Cuidados de Enfermagem. 4. Enfermagem Prática. 5. Diagnóstico de
Enfermagem. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Chianca, Tânia Couto
Machado. II. Garcia, Telma Ribeiro. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 150.5

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

Escola de Enfermagem - UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Antônio Carlos, 190 - 2010-210
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Tel: (31) 4109-2500 | Fax: (31) 4109-9229
Cadastral nº 1854 - inscrita no CNPQ nº 1854


enfermagem
pós-graduação - UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

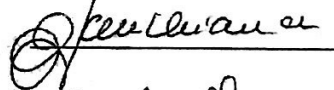
ATA DE NÚMERO 99 (NOVENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELO CANDIDATO LEONARDO TADEU DE ANDRADE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "CATÁLOGO CIPE® PARA PACIENTES ADULTOS EM PROCESSO DE NEURORREABILITAÇÃO", do aluno **Leonardo Tadeu de Andrade**, candidato ao título de "Doutor em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Tânia Couto Machado Chianca (orientadora), Telma Ribeiro Garcia (coorientadora), Maria Miriam Lima da Nóbrega, Márcia Regina Cubas, Meire Chucre Tannure Martins e Patrícia de Oliveira Salgado, sob a presidência da primeira. A professora Maria Miriam Lima da Nóbrega participou da sessão por meio de skype. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

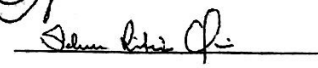
() APROVADA;
~~() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;~~
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2018.

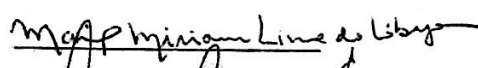
Prof.ª Dr.ª Tânia Couto Machado Chianca
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



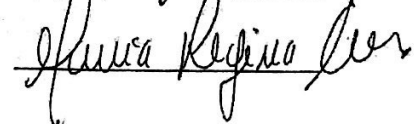
Prof.ª Dr.ª Telma Ribeiro Garcia
(UFPB - Coorientadora)



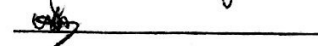
Prof.ª Dr.ª Maria Miriam Lima da Nóbrega
(UFPB)



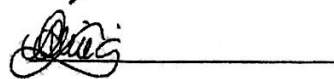
Prof.ª Dr.ª Márcia Regina Cubas
(PUC/PR)



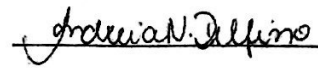
Prof.ª Dr.ª Meire Chucre Tannure Martins
(PUC/MG)




Prof.ª Dr.ª Patrícia de Oliveira Salgado
(UFV)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 05.03.2018


Prof.ª Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

Aos enfermeiros de reabilitação que participaram da pesquisa. A contribuição de vocês extrapola os objetivos deste estudo. Agradeço pela sabedoria compartilhada!

AGRADECIMENTOS

QUE ME DIZ: CORAGEM

Padre Fábio de Melo

*Tens o dom de ver estradas
Onde eu vejo o fim
Me convences quando falas
Não é bem assim
Se me esqueço, me recordas
Se não sei, me ensinas
E se perco a direção
Vens me encontrar*

*Tens o dom de ouvir segredos
Mesmo se me calo
E se falo me escutas
Queres compreender
Se pela força da distância
Tu te ausentas
Pelo poder que há na saudade
Voltarás*

*Quando a solidão doeu em mim
Quando meu passado não passou por mim
Quando eu não soube compreender a vida
Tu vieste compreender por mim*

*Quando os meus olhos não podiam ver
Tua mão segura me ajudou a andar
Quando eu não tinha mais amor no peito
Teu amor me ajudou a amar*

*Quando o meu sonho vi desmoronar
Me trouxeste outros pra recomeçar
Quando me esqueci que era alguém na vida
Teu amor veio me lembrar*

*Que Deus me ama, que não estou só
Que Deus cuida de mim
Quando fala pela tua voz
Que me diz: Coragem*

*Que Deus me ama, que não estou só
Que Deus cuida de mim
Quando fala pela tua voz*

Deus... por me sustentar nos momentos mais
difíceis e me dizer coragem!

FAMÍLIA

Autor desconhecido

*Pais, filhos, irmãos e parentes.
Permaneçam unidos nos laços de simpatia.
Tudo em família, estejam sempre presentes.
Para que em seu lar, haja muita harmonia.*

*É preciso saber amar,
dividir, repartir e compartilhar.
Estar sempre presente e se sacrificar.
Pra que sua Família possa se recriar.*

Família... por estar sempre ao meu lado

PROFESSOR

Leonardo Andrade

*O conhecimento é o seu alimento.
Mediar é o mais puro contentamento.
Para esse ser que é puro encantamento
O seu alimento diário ele divide
Muitas vezes incompreendido
Pelo simples fato do aluno não ter discernimento
As coisas boas que ele poderia ter vivido
Sábio é aquele que entende a essência desse ser.
Que de algum modo transforma o mundo sem você perceber
A vida como símbolo do ato de viver*

Professoras Tânia e Telma... minhas eternas
orientadoras, mestras e amigas

MOTIVO

Cecília Meireles

*Eu canto
Porque o instante existe
E a minha vida está complete
Não sou alegre
Nem sou triste
Sou poeta...*

A Rede Sarah... pelo investimento e
por me ajudar a ser este poeta

*Trago no olhar a escuridão,
Mas no peito um enorme coração.
Na memória lembranças do que meus olhos registraram,
E em meu interior sentimento que marcaram.
Aprendi com a vida que importante
Não é o que se vê, e sim como viver.
Que a mensagem vale mais que uma paisagem.
Que se caminha no escuro,
Mais sempre com um coração puro.
Vejo com os olhos do amor,
Para nunca sentir dor.
Aprendi de um modo diferente,
registrar o presente.
Observar sem olhar,
E na mente tatuar.
E sempre com uma certeza,
A vida tem sua beleza,
E que em meio a escuridão,
Aprendi a ver, com os olhos do coração.*

Keila Souza

RESUMO

ANDRADE, L.T. **Catálogo CIPE[®] para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

Introdução: A neuroreabilitação é identificada, como um importante componente no processo saúde-doença de pessoas com deficiência, condição cada vez mais complexa e diversificada. O Processo de Enfermagem é uma ferramenta metodológica que deve ser utilizada para direcionar os cuidados prestados a essa população e para utilizá-la é recomendado o uso de uma terminologia unificada, capaz de possibilitar, aos enfermeiros codificar, armazenar e recuperar a informação em um formato que possa ser útil e aplicável na assistência ao paciente. **Objetivo:** construir um Catálogo de conceitos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) na neuroreabilitação de adultos. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em quatro etapas: composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem; construção de definições operacionais para os enunciados dos diagnósticos / resultados de enfermagem; validação de conteúdo dos enunciados e das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem e dos enunciados das intervenções de enfermagem junto a enfermeiros especialistas na área; organização do Catálogo de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy. **Resultados:** Foram construídos 1490 enunciados, sendo 394 diagnósticos/resultados de enfermagem e 1090 intervenções de enfermagem. Validou-se quanto ao conteúdo 266 diagnósticos/resultados de enfermagem e 540 intervenções. Os enunciados foram alocados nos modos do Modelo de Adaptação de Roy, sendo 20 diagnósticos/resultados e as intervenções de enfermagem no modo desempenho de papel, 10 diagnósticos/resultados e suas intervenções de enfermagem no modo interdependência; 52 no modo autoconceito e, 184 no modo fisiológico. **Conclusão:** desenvolveu-se um Catálogo CIPE[®] para Adultos em processo de neuroreabilitação à luz do modelo teórico de adaptação de Roy. Diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem foram propostos e validados e para ajudar o raciocínio clínico do enfermeiro. Este foi julgado como refletindo as demandas que a população pode apresentar durante o processo de neuroreabilitação e seu uso dará suporte à documentação sistemática do cuidado clínico de enfermagem, usando a CIPE[®] como terminologia de referência. A CIPE[®] tem sido considerada uma classificação versátil pois se adapta às muitas realidades e singularidades da prática de enfermagem. Neste sentido, acredita-se que esse Catálogo possa ser usado por enfermeiros reabilitadores na sua prática, padronizando a linguagem empregada e contribuindo com o processo de tomada de decisão clínica.

Descritores: Enfermagem, Enfermagem em Reabilitação, Processos de Enfermagem, Cuidados de enfermagem, Enfermagem prática, Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

ANDRADE, L.T. **ICNP[®] catalog for adult patients in Neurorehabilitation process.** 2018. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Minas Gerais Federal University, Belo Horizonte, 2018.

Introduction: Neurorehabilitation is identified as an important component in the health-disease process of people with disabilities, an increasingly complex and diversified condition. The Nursing Process is a methodological tool that should be used to direct the care provided to this population and to use it, it is recommended to use a unified terminology, capable of enabling nurses to code, store and retrieve information in a format which may be useful and applicable in patient care. **Objective:** to construct a Catalog of concepts of the International Classification for Nursing Practice (CIPE[®]) in adult neuro-rehabilitation. **Method:** It is a methodological study developed in four stages: composition of the statements of diagnoses / results and nursing interventions; construction of operational definitions for statements of nursing diagnoses / results; validation of contents of statements and operational definitions of nursing diagnoses / results and statements of nursing interventions with specialist nurses in the area; organization of the Catalog according to Roy's Adaptation Model. **Results:** A total of 1490 statements were constructed, being 394 nursing diagnoses / results and 1096 nursing interventions. 266 nursing diagnoses / results and 540 interventions were validated. The statements were allocated in the Roy Adaptation Model modes, with 20 diagnoses / results and the nursing interventions in paper performance mode, 10 diagnoses / results and their nursing interventions in the interdependence mode; 52 in the self-concept mode, and 184 in the physiological mode. **Conclusions:** a CIPE[®] Catalog for Adults in the process of neurorehabilitation was developed in light of Roy's theoretical model of adaptation. Diagnoses / outcomes and nursing interventions were proposed and validated and should enhance the nurses' clinical reasoning. This was judged as reflecting the demands that the population may present during the neuro-rehabilitation process and its use will support the systematic documentation of clinical nursing care, using CIPE[®] as a reference terminology. CIPE[®] has been considered a versatile classification because it adapts to the many realities and singularities of nursing practice. In this sense, it is believed that this Catalog can be used by rehabilitation nurses in their practice, standardizing the language used and contributing to the clinical decision-making process.

Descriptors: Nursing, Rehabilitation Nursing, Nursing Process, Nursing Care, Nursing Practical, Nursing Diagnosis.

RESUMEN

ANDRADE, L.T. **Catálogo CIPE[®] para pacientes adultos en proceso de Neurorehabilitación.** 2018. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

Introducción: La neurorehabilitación es identificada, como un importante componente en el proceso salud-enfermedad de personas con discapacidad, condición cada vez más compleja y diversificada. El proceso de enfermería es una herramienta metodológica que debe ser utilizada para dirigir los cuidados prestados a esa población y para utilizarla se recomienda el uso de una terminología unificada capaz de posibilitar a los enfermeros codificar, almacenar y recuperar la información en un formato que pueda ser útil y aplicable en la asistencia al paciente. **Objetivo:** construir un Catálogo de conceptos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE[®]) en la neurorehabilitación de adultos. **Método:** Se trata de un estudio metodológico desarrollado en cuatro etapas: composición de los enunciados de diagnósticos / resultados e intervenciones de enfermería; construcción de definiciones operacionales para los enunciados de los diagnósticos / resultados de enfermería; validación de contenido de los enunciados y de las definiciones operativas de los diagnósticos / resultados de enfermería y de los enunciados de las intervenciones de enfermería junto a enfermeros especialistas en el área; organización del Catálogo de acuerdo con el Modelo de Adaptación de Roy. **Resultados:** Se construyeron 1490 enunciados, siendo 394 diagnósticos / resultados de enfermería y 1090 intervenciones de enfermería. Se validó en cuanto al contenido 266 diagnósticos / resultados de enfermería y 540 intervenciones. Los enunciados fueron asignados en los modos del Modelo de Adaptación de Roy, siendo 20 diagnósticos / resultados y las intervenciones de enfermería en el modo desempeño de papel, 10 diagnósticos / resultados y sus intervenciones de enfermería en el modo interdependencia; 52 en el modo autoconcepto y 184 en el modo fisiológico. **Conclusiones:** se desarrolló un Catálogo CIPE[®] para Adultos en proceso de neurorehabilitación a la luz del modelo teórico de adaptación de Roy. Diagnósticos / resultados e intervenciones de enfermería fueron propuestos y validados y deben potenciar el raciocinio clínico del enfermero. Este fue juzgado como reflejando las demandas que la población puede presentar durante el proceso de neurorehabilitación y su uso dará soporte a la documentación sistemática del cuidado clínico de enfermería, usando la CIPE[®] como terminología de referencia. La CIPE[®] ha sido considerada una clasificación versátil pues se adapta a las muchas realidades y singularidades de la práctica de enfermería. En este sentido, se cree que ese Catálogo puede ser utilizado por enfermeros rehabilitadores en su práctica, estandarizando el lenguaje empleado y contribuyendo con el proceso de toma de decisión clínica.

Descriptores: Enfermería, Enfermería de Rehabilitación, Proceso de Enfermería, Cuidados de Enfermería, Enfermería Práctica, Diagnóstico de Enfermería.

LISTA DE INLUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 1 - Representação da pessoa como um sistema adaptativo	21
FIGURA 2 - Modos de adaptação e problemas de adaptação, segundo Roy.....	27
FIGURA 3 - Modificações da CIPE [®] Versão Beta 2 para a o Modelo de sete eixos da Versão 1.0	30
FIGURA 4 - Estrutura categorial para representar diagnósticos de enfermagem.....	33
FIGURA 5 - Estrutura categorial para representar ações de enfermagem.....	34

QUADROS

QUADRO 1 - Princípios científicos do Modelo de Adaptação de Roy.....	20
QUADRO 2 - Princípios filosóficos do Modelo de Adaptação de Roy.....	21
QUADRO 4 - Intervenções de enfermagem com índice de concordância dos Especialistas acima de 0,80. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2018.....	57

TABELAS

TABELA 1 - Diagnósticos / resultados de enfermagem segundo o índice de concordância dos especialistas. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2018.....	51
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiras

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE[®] - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNR-CIE - Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiras

DA – Disreflexia Autonômica

EUA – Estados Unidos da América

EVA – Escala Visual Analógica

HC-UFGM - Hospitais das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

LM – Lesão Medular

NANDA I - NANDA Internacional

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Trauma Crânio-Encefálico

WOL - Web Ontology Language

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	OBJETIVOS	09
	2.1 Objetivo geral.....	09
	2.2 Objetivos específicos.....	09
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
	3.1 Reabilitação: aspectos históricos e controvérsias.....	11
	3.2 Deficiência: definição, classificação, causas e características.....	13
	3.3 Reabilitação no Brasil.....	15
	3.4 Enfermagem de reabilitação.....	16
4	MARCO CONCEITUAL	19
	4.1 O Modelo de Adaptação de Roy: uma visão geral.....	20
	4.1.1 Origem paradigmática do Modelo de Adaptação de Roy.....	20
	4.1.2 O sistema adaptável como ponto central do modelo.....	21
	4.1.2.1 Estimulo focal, contextual e residual.....	22
	4.1.2.2 Resposta ou comportamento.....	23
	4.1.2.3 Mecanismos de resistência.....	23
	4.1.3 Os modos de adaptação.....	24
	4.1.4 Saúde.....	26
	4.1.5 Objetivos da Enfermagem.....	26
	4.1.6 Abordagem dos estudos sobre o modelo.....	26
	4.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	28
	4.3 Validação de diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	37
5	MATERIAL E MÉTODOS	41
	5.1 Tipo de estudo.....	41
	5.2 Local.....	41
	5.2.1 Caracterização da população.....	42
	5.3 Procedimentos para a construção do Catálogo CIPE® para a neuroreabilitação.....	43
	5.3.1 Primeira etapa: composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem.....	43

5.3.2	Segunda etapa: construção de definições operacionais para os enunciados dos diagnósticos / resultados de enfermagem.....	44
5.3.3	Terceira etapa: validação de conteúdo dos diagnósticos / resultados e das intervenções de enfermagem.....	44
5.3.3.1	População e amostra.....	45
5.3.3.2	Procedimento de coleta de dados.....	46
5.3.3.3	Tratamento e análise dos dados.....	47
5.3.4	Quarta etapa: Organização do Catálogo de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy.....	47
5.4	Aspectos éticos.....	48
6	RESULTADOS.....	50
6.1	Composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem e construção das definições operacionais dos diagnósticos / resultados de enfermagem.....	50
6.2	Validação de conteúdo dos diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem elaboradas.....	51
6.3	Organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo o Modelo de Adaptação de Roy.....	63
7	ESTRUTURAÇÃO DO CATÁLOGO CIPE® PARA ADULTOS EM PROCESSO DE NEURORREABILITAÇÃO.....	82
7.1	Importancia para a Enfermagem.....	82
7.2	Orientação para a Utilização.....	83
7.3	O Modelo Teórico da Estruturação do Catálogo.....	84
7.4	Enunciados do Catálogo.....	87
7.4.1	Modo Desempenho do Papel.....	87
7.4.2	Modo Interdependência.....	90
7.4.3	Modo Autoconceito.....	92
7.4.4	Modo Fisiológico.....	98
7.4.4.1	Oxigenação.....	98
7.4.4.2	Nutrição.....	103
7.4.4.3	Eliminação.....	106
7.4.4.4	Atividade e Repouso.....	112

7.4.4.5	Proteção.....	116
7.4.4.6	Sentidos.....	123
7.4.4.7	Fluidos E Eletrólitos.....	126
7.4.4.8	Função Endócrina.....	127
7.4.4.9	Função Neurológica.....	128
8	GLOSSÁRIO DE CONCEITOS.....	131
9	CONCLUSÃO.....	170
	REFERÊNCIA.....	174
	APÊNDICES.....	197

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela temática relaciona-se com a minha experiência acumulada na área da neuroreabilitação, com o processo de enfermagem (PE) e no desenvolvimento e implantação de nomenclatura de enfermagem, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). O resultado desta experiência é fruto de um trabalho iniciado em 2004, quando participei de um “*Workshop*” sobre a implantação do PE no Hospitais das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), ministrado pelas Professoras Doutoras Tânia Couto Machado Chianca e Telma Ribeiro Garcia.

Durante o mestrado, validei as intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada em pacientes com lesão medular (ANDRADE, 2007) e, desde então tenho dedicado meus estudos ao PE e as classificações de enfermagem, especialmente a CIPE®.

Trabalho desde o ano de 2002 com a neuroreabilitação de adultos com lesões neurológicas e medulares adquiridas ou congênitas, com doenças neuromusculares e osteomusculares, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte. No ano de 2005, iniciou-se o processo de implantação do PE como metodologia de assistência de enfermagem e o uso da CIPE®, como sistema de classificação (ANDRADE et al., 2015).

O contato com estes temas geraram inquietações que me mobilizaram a desenvolver um projeto no ano de 2009 para a construção do Catálogo CIPE® na área da neuroreabilitação, sendo que em 2012 a colega Danyelle Souza identificou e validou um banco de termos da linguagem especial de Enfermagem na área da neuroreabilitação.

A presente investigação tem a perspectiva de contribuir com a ampliação do conhecimento de enfermagem na área da reabilitação, além de apoiar a nomeação, documentação e visibilidade do enfermeiro do trabalho do enfermeiro reabilitador além de proporcionar um melhor planejamento e gestão dos cuidados, previsões financeiras, análise dos resultados apresentados pelos pacientes.

As pesquisas de enfermagem com o uso da CIPE® utilizam o termo “subconjunto de conceitos ou subconjunto terminológico” entretanto, a escolha do termo “Catálogo” ocorreu pois é este o mais empregado pelos enfermeiros da Rede Sarah.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A neurorreabilitação é identificada, cada vez mais, como um importante componente no processo saúde-doença e no cuidado psicossocial de pessoas com deficiência. Essa ênfase ocorre devido ao aumento significativo no número de pacientes com doenças crônico-degenerativas e das que sobrevivem a lesões neurológicas, como acidente vascular encefálico (AVE), lesão medular (LM) e trauma crânio-encefálico (TCE). Eles apresentam problemas físicos, cognitivos e comportamentais, necessitando assim, de um processo de reabilitação cada vez mais complexo e diversificado (ANDRADE et al., 2010, TOSIN et al., 2015).

A Enfermagem cuida deles, tanto na fase aguda da doença ou do evento, como na fase crônica. Ela, ainda, colabora com os diversos profissionais reabilitadores, com outros setores da saúde e com a comunidade, construindo e compartilhando o conhecimento sobre a condição desses indivíduos. Suas ações educativas são direcionadas ao favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento das necessidades de cada paciente e família, dentre as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais (ANDRADE et al., 2010).

Os enfermeiros são reconhecidos como membros de uma equipe de reabilitação, mas seu papel continua indefinido. Uma das causas para essa invisibilidade é o desconhecimento dos seus elementos específicos, seus conceitos, seus significados e a utilização desses conceitos na sua prática (ANDRADE et al., 2010).

Um dos instrumentos que podem proporcionar a visibilidade ao enfermeiro é a organização da assistência de enfermagem, nomeada no Brasil, pela maioria dos enfermeiros como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Porém, sistematizar corresponde a qualquer estratégia de organização e não necessariamente ao uso de etapas de um método para estruturação da prática de enfermagem. Neste sentido, PE é o termo mais adequado no contexto a ser trabalhado. Ele é definido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática de Enfermagem (DINIZ et al., 2015; GARCIA, 2016). A linguagem da Enfermagem e os conceitos da sua prática, são vistos durante execução das fases do PE.

Portanto, líderes da Enfermagem têm se mobilizado em todo mundo, com o objetivo de universalizar a linguagem e evidenciar os conceitos da sua prática. A clarificação da linguagem é o modo mais efetivo de definir a essência de um conceito e de solucionar problemas relevantes de pesquisas, como especificar a estrutura lógica de uma dada

expressão, de significados comuns de termos, explicitações centrais para reduzir limitações, ambiguidades e inconsistências do uso ordinário para propor uma reinterpretação para aumentar a clareza e precisão dos significados (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

O conceito é uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características podendo ter um ou mais nomes. Além disso, pode ser representado usando um ou mais termos, imagens, ícones ou sons (ISO, 2014). A Enfermagem usa seus próprios conceitos para comunicar seus conhecimentos.

Nos dias atuais, há diversos sistemas de classificação de enfermagem que possuem termos ou expressões que representam conceitos relevantes para a Enfermagem. Esses conceitos são as respostas das pessoas às circunstâncias de vida e saúde (diagnósticos); as ações que a enfermagem realiza para influenciar positivamente essas respostas (intervenções) e obter ou manter as melhores condições possíveis de saúde e bem-estar (resultados). Portanto, os sistemas de classificação organizam conceitos relativos a diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Entretanto, estes sistemas possuem estruturas diferentes e são sujeitos a influências culturais locais, que acabam por dificultar a universalização da linguagem dos enfermeiros, bem como a sua adaptação às demais comunidades de Enfermagem. Conseqüentemente, observou-se a necessidade de desenvolver um modelo de referência que apoiasse tanto a representação dos conceitos de Enfermagem, quanto a integração desse modelo com outros da área da saúde (LIMA; NOBREGA, 2009; NOBREGA; GARCIA, 2005).

Por isso, em 1989, o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) apresentou uma proposta para o desenvolvimento de um sistema de classificação internacional, uma vez que a impossibilidade de designar os fenômenos específicos da Enfermagem impedia o reconhecimento adequado da sua contribuição para a saúde e, conseqüentemente, para os cuidados de saúde. Decidiu-se então por desenvolver a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]).

A CIPE[®] foi concebida para ser uma ferramenta tecnológica, multiaxial, com termos representados em um modelo de sete eixos (Foco, Julgamento, Meio, Tempo, Localização, Cliente, Ação). Ela permite que os termos pertencentes aos eixos sejam combinados de forma a compor títulos que nominam diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Portanto, ela é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

A CIPE[®] pode facilitar aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos pacientes. A partir do seu uso, os dados e informações de Enfermagem podem ser utilizados para o planejamento e gestão dos cuidados, previsões financeiras, análise dos resultados apresentados pelos pacientes e desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Por seguir um padrão internacional, ela facilita a obtenção e análise de dados de Enfermagem entre populações de diversos países, o que favorece a tomada de decisão, conseqüentemente, a melhora da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e seus familiares (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a CIPE[®] como parte integrante da Família de Classificações Internacionais, onde se encontra a Classificação Internacional de Doenças (CID). Desde sua concepção até o presente momento, nove versões da CIPE[®] foram publicadas em português: Alfa, Beta e Beta 2, versão 1.0, versão 1.1, versão 2.0, versão 2011, a versão 2013, a versão 2015 (GARCIA, 2015) e a versão 2017.

A CIPE[®] é um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos, permitindo múltiplas combinações dos termos de seus eixos. Porém, o uso dessa classificação não assegura que o enfermeiro nomeie corretamente um diagnóstico, resultado ou intervenção de enfermagem. Esta problemática é conhecida e, para estimular o uso da CIPE[®] na prática profissional, seja por meio do registro em prontuários eletrônicos ou em sistemas manuais de informação, o CIE tem recomendado a construção de Catálogos CIPE[®] (COENEN et al., 2012).

Esses Catálogos contêm um grupo de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, frequentemente utilizados para áreas específicas da enfermagem ou prioridades de saúde (GARCIA; NOBREGA, 2009). Compreendendo-os como instrumentais tecnológicos para uso durante a execução do PE, o CIE tem em vista que o uso dos Catálogos CIPE[®] facilitam o processo de tomada de decisão clínica do enfermeiro; além de oferecer suporte à documentação sistemática do cuidado, de estimular a pesquisa e de promover a formulação de políticas de saúde que objetivem a qualificação da prática profissional (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2008).

O movimento para clarificar os conceitos que contribuem para a produção do conhecimento, promoção da unificação da linguagem e o uso adequado dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem empregados pelos enfermeiros não é recente. A literatura evidencia estudos de identificação de linguagem especial, como os Catálogos para portadores de doença renal crônica, idosos, idosos na atenção primária, hipertensos na atenção

básica, pessoas com diabetes, dentre outros. As pesquisas são direcionadas à identificação e mapeamento de termos constantes e não constantes na CIPE[®], na construção e validação por especialistas de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e na construção de Catálogos para áreas específicas de atuação dos enfermeiros ou relativas às diversas condições de saúde dos indivíduos (CLARES, 2014; CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; LINS; ESPIRITO SANTO; FULY, 2011; MEDEIROS, 2014).

Estudos dos fenômenos contidos na CIPE[®] fornecem resultados indispensáveis para a produção e desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem. Quando eles são desenvolvidos, cada termo ou enunciado precisa ser identificado, analisado, clarificado e desenvolvido para que possa representar de forma válida uma unidade de conhecimento da Enfermagem. Na construção dos Catálogos CIPE[®], o estudo dos fenômenos envolve processos de raciocínio dedutivo, indutivo ou de ambos, com regras estabelecidas, para identificar as características do conceito em questão, o seu emprego, a sua representatividade e as suas relações com outros conceitos.

No processo de construção dos Catálogos é fundamental a sua validação, pois só assim estes podem ser considerados adequados, confiáveis e precisos para o que se destinam. Além disso, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem contidos em Catálogos CIPE[®] servem para serem utilizados em diferentes etapas do Processo de Enfermagem (GARCIA; ANTUNES, 2009).

Segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem além de fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMEIRAS, 2009).

Neste estudo, o suporte teórico utilizado na construção do Catálogo é o da adaptação de Sister Calista Roy, o mesmo utilizado desde 2005 na instituição onde a pesquisa foi realizada. Além disto, destaca-se que Souza (2012) construiu e validou, com base nos sete eixos da CIPE[®] Versão 2.0 e nas anotações de enfermagem dos pacientes adultos em processo de reabilitação, um banco com 825 termos da linguagem especial de enfermagem utilizada na reabilitação físico-motora, neste mesmo serviço. Entretanto, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para compor um Catálogo em neuroreabilitação não foi proposto. Neste sentido questiona-se: quais são os diagnósticos, intervenções e resultados de

enfermagem que podem ser construídos no cuidado, utilizando o banco de termos e a CIPE® 2015?

Como a CIPE® encontra-se em desenvolvimento, entende-se que a construção de um Catálogo na área da neuroreabilitação e um estudo que contemple também a sua validação, atestando sua aplicabilidade clínica, é fundamental e poderá colaborar para o atendimento a uma necessidade prática da profissão, a saber, a construção de sistemas de informação de saúde para incluir os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando a CIPE® para essa área particular de cuidado – a neuroreabilitação.

Entende-se que um Catálogo deste tipo poderá trazer benefícios no que se refere a integrar uma linguagem unificada de enfermagem, permitindo o mapeamento para outros sistemas de classificação em enfermagem, além de contribuir com dados consistentes que possam descrever o trabalho do enfermeiro especialista em reabilitação, constituindo uma referência de fácil acesso para os enfermeiros desta área de atuação.

A documentação dos cuidados de enfermagem utilizando a CIPE® poderá melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde ao fornecer indicadores, recuperáveis, acerca dos cuidados de saúde em todo o mundo. Com isso, poderá promover uma melhoria na assistência prestada a partir do monitoramento dos cuidados capaz de favorecer o desenvolvimento de habilidades nos pacientes para o autocuidado, promover um estilo de vida ativo e hábitos relacionados à saúde que sejam saudáveis (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir um Catálogo CIPE[®] que possa ser utilizado no cuidado de enfermagem a pacientes adultos em processo de neuroreabilitação, tendo como referencial o Modelo de Adaptação de Roy.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compor uma listagem de enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação;
- Construir definições operacionais para os enunciados diagnósticos / resultados de enfermagem elaborados;
- Submeter os enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem à validação de conteúdo por especialistas;
- Organizar os diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem elaborados e validados segundo os componentes do Modelo de Adaptação de Roy;
- Incluir os diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem elaborados, validados e organizados segundo os componentes do Modelo de Adaptação de Roy, em um Catálogo CIPE[®] para o cuidado a pacientes adultos em processo de neuroreabilitação.

Revisão de Literatura

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Reabilitação: aspectos históricos e controvérsias

Ao longo da história, as pessoas com deficiência receberam tratamentos diferenciados, de acordo com a cultura, o tempo e a situação em que se encontravam. Na antiguidade, eles eram abandonados a própria sorte. Entretanto, aparece pontualmente trabalhos que se tornaram a base da reabilitação física, como o de Hipócrates que escreveu que o exercício fortalece e a inatividade define. Já Galeno, médico romano, descreveu pela primeira vez na história a relação entre os ossos e os músculos do corpo, essa contribuição parece estar diretamente relacionada com a reabilitação física (APARECIDA DE SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011; PACHECO; ALVES, 2007; RICHARDSON, 2009;).

Durante a Idade Média não houve evolução nos estudos sobre a deficiência e a reabilitação, assim como na área de saúde. Isto ocorreu pois, nessa época, havia um predomínio da igreja na ordem social. Com o Renascimento, época de grande desenvolvimento científico e literário, observou-se um retorno aos estudos de concepção curativa e preventiva. (APARECIDA DE SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011; PESSINI et al., 2008; PESSINI; FERRARI; GONÇALVES, 2008; SCHEWINSKY, 2004).

Com a industrialização tem início uma transformação social caracterizada pelo avanço na utilização de máquinas e pela produção em larga escala. Houve o desenvolvimento das cidades, bem como surgiram condições sanitárias precárias, jornadas de trabalho fatigantes e condições alimentares insatisfatórias, que provocaram a proliferação de novas doenças e epidemias. Nessa época, parece que todos os estudos na área de saúde concentraram a sua atenção ao “tratamento” das doenças e sequelas e deixaram de lado as outras vertentes iniciadas na época renascentista, a “manutenção” de uma condição satisfatória e a “prevenção” de doenças. A atenção ao “tratamento” faz surgir a ideia de atendimento hospitalar (APARECIDA DE SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011; PACHECO; ALVES, 2007).

Mais tarde, começam a surgir as especializações médicas, de forma organizada e mais definida, no sentido de compartimentar áreas de estudo e campos de atuação profissional. Nessa época, os hospitais eram orientados, também, no sentido da especialização e dentro do conceito restrito da cura, que visava apenas a lesão ou o evento que levou o paciente a procurar o médico. Quando adequadamente equipado e com especialidades habilitadas, os

hospitais continuavam “deficientes” no sentido de restituir a saúde ao homem, no seu conceito mais amplo: estabelecer o seu bem-estar, da sua família e do seu grupo social (HESBEEN, 2010; SANTOS BRANCO, 2012).

Foi a necessidade de assistência integral ao paciente, ou seja, deixar o olhar da cura de lado, que fez com que se criasse a quarta função da medicina, depois da promoção, prevenção e do tratamento, a reabilitação. Vários autores referem que a história da reabilitação está intimamente ligada ao crescimento de uma consciência e responsabilidade social e que o interesse mundial por essa especialidade ocorreu principalmente por quatro acontecimentos históricos: as duas grandes guerras mundiais, o processo rápido de urbanização e industrialização, o favorecimento da propagação de epidemias e o aumento de acidentes de trabalho (HESBEEN, 2010; PACHECO; ALVES, 2007; PESSINI; FERRARI; GONÇALVES, 2008; SANTOS BRANCO, 2012; SCHEWINSKY, 2004).

As duas grandes guerras mundiais fizeram com que o mundo se deparasse pela primeira vez com a problemática de um grande número de acidentados e incapacitados físicos. Estas pessoas eram, na sua maioria, jovens e com um futuro a ser vivido. Assim, era premente a necessidade de restituir aos indivíduos acidentados na guerra e com sequelas físicas, quer quanto às capacidades individuais, quer sociais. É durante a II Guerra Mundial, que a medicina começa então a pensar na necessidade de estabelecer uma área de atenção para restaurar o doente no seu potencial máximo, possibilitando assim o regresso à sociedade, melhorando com isso suas condições em todas as esferas bio, psico, sócio e espiritual (ARRUDA, 2006; HASBEEN, 2010; SANTOS BRANCO, 2012).

O período de 1970 a 1980 foi considerado a década da reabilitação, decretada na Assembleia Geral das Nações Unidas. Foi também nesta época, década de 1980, que se percebeu que a tecnologia poderia servir o homem não só na fase curativa e preventiva, mas também na quarta fase da medicina, a reabilitação (HESBEEN, 2010; SANTOS BRANCO, 2012).

Em 2001, foi desenvolvida a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), traduzida para o português em 2003, com o objetivo de “criar” uma linguagem universal, focada no aspecto da funcionalidade (APARECIDA DE SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011).

3.2 Deficiência: definição, classificação, causas e características

No presente estudo, considera-se a definição, classificação, causas e características de deficiência propostas pela CIF. Esta descreve a vida dos indivíduos de acordo com sua saúde. A nova classificação surge devido a uma interação da saúde com as questões sociais. As inovações dessa classificação são as medidas sociais e judiciais tomadas para garantir acessibilidade e tratamento específico aos que necessitam. O termo funcionamento traz uma questão positiva que é a de relacionar as funções e as estruturas do corpo com as atividades e a participação dos indivíduos. São todas as atividades que o indivíduo pode desempenhar na sociedade, levando em consideração os acessos promovidos. A incapacidade de realização de alguma atividade não é somente o resultado da limitação da função corporal, mas também o da interação das funções corporais e as demandas, costumes, práticas e organização do meio em que o indivíduo encontra-se inserido (CASTRO, PINTO, ALMEIDA, 2015).

A deficiência, vale lembrar, é marcada pela perda de uma das funções do ser humano, seja ela física, psicológica ou sensorial. O indivíduo pode, assim, ter uma deficiência, mas isso não significa necessariamente que ele seja incapaz; a incapacidade poderá ser minimizada quando o meio lhe possibilitar acessos. A deficiência não pode sofrer uma naturalização de modo a negar os processos de evolução e de interação com o ambiente. A conceituação da deficiência serve, portanto, para serem definidas as políticas de atendimentos. É de suma importância a diferenciação da deficiência para conhecer quais as necessidades dos indivíduos (SCATOLIM, 2016).

Segundo Bampi, Guilhem e Alves (2010), a legislação brasileira conceitua a deficiência como perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Já a deficiência física é definida como alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Para os mesmos autores, o comprometimento da função física poderá acontecer quando existe a falta de um membro (amputação), sua má-formação ou deformação

(alterações que acometem o sistema muscular e esquelético). Ainda existem as alterações funcionais motoras decorrentes de lesões do sistema nervoso e, nesses casos, são observados principalmente alterações do tônus muscular (hipertonia, hipotonia, atividades tônicas reflexas, movimentos involuntários e incoordenados). As terminologias “mono, para, hemi, tri, tetra”, dizem respeito à determinação da parte do corpo envolvida, significando respectivamente, “somente os membros inferiores, somente um membro, os quatro membros, três membros ou um lado do corpo”.

Além disso, eles entendem que a deficiência física se refere ao comprometimento do aparelho locomotor que compreende os sistemas osteoarticular, muscular e nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir grandes limitações físicas de grau e gravidades variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida. Também, é preciso distinguir lesões neurológicas não evolutivas, como a paralisia cerebral ou traumas medulares, de outros quadros progressivos como distrofias musculares ou tumores que agridem o sistema nervoso.

Nos primeiros casos, a lesão possui característica não evolutiva e as limitações do indivíduo tendem a diminuir a partir da introdução de recursos e estimulações específicas. Já no segundo caso, existe o aumento progressivo de incapacidades funcionais e os problemas de saúde associados poderão ser mais frequentes. Algumas vezes os indivíduos estarão impedidos de executar atividades com a regularidade necessária, por motivo de internação hospitalar ou demanda de cuidados de saúde que deverão ser priorizados.

Cabe também ressaltar, que para esses autores, nem sempre a deficiência física aparece isolada e em muitos casos encontradas associações com privações sensoriais (visuais ou auditivas), deficit cognitivos. Existe, por exemplo, nos casos de pessoas com lesão cerebral, uma associação frequente entre a deficiência física e problemas de cognitivos.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de que os profissionais de saúde conheçam a diversidade e a complexidade dos diferentes tipos de deficiência física, para serem definidas estratégias de cuidado e reabilitação, para desenvolver todo o potencial do indivíduo. De acordo com a limitação física apresentada é necessário utilizar recursos e equipamentos especiais para que a sua reabilitação seja viabilizada. É importante buscar a participação e autonomia do indivíduo, otimizando suas potencialidades, além de transformar o ambiente em busca de uma melhor qualidade de vida.

3.3 Reabilitação no Brasil

No Brasil, a saúde é um direito de todo o cidadão e deve ser garantida pelo Estado, sendo o direito à habilitação e à reabilitação das pessoas portadoras de deficiência garantido por lei federal. Contudo, essa prerrogativa é bastante recente. A saúde pública no Brasil tem duas fases bastante distintas, sendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o marco divisor dessas fases. Antes criação do SUS, a saúde era restrita a uma parcela da população que contribuía com um seguro social para desfrutar de tal benefício. As ações de saúde pública eram de caráter preventivo e coletivo, com escassas exceções de assistência à saúde voltada para doenças específicas ou grupos populacionais. Nessa época, a assistência ao portador de deficiência baseava-se na caridade e na filantropia. A reabilitação não ficava a cargo de nenhuma esfera governamental, com exceção dos centros de reabilitação (CALHEIROS, 2015; RIBEIRO, 2010).

As primeiras instituições brasileiras criadas para portadores de deficiências físicas surgiram nos anos 1940, por iniciativa da sociedade civil. Já em 1960, a atenção à pessoa com deficiência teve como paradigma principal a institucionalização e, conseqüentemente, a segregação. A partir da década de 1970, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu direitos para pessoas com deficiência, incluindo o direito à atenção médica e reabilitação, assim como o direito de retornar ao cuidado familiar e de ser inserido produtivamente na sociedade. Nessa época, havia somente 14 centros de reabilitação profissional (MAENO; VILELA, 2010; RIBEIRO, 2010).

Na década de 1980, marcada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os programas de reabilitação passaram a ter administração federal e conseqüente organização centralizada, passando os atendimentos em reabilitação a estar disponíveis para deficientes na rede pública de saúde. A participação das organizações ligadas aos portadores de deficiências na construção do SUS foi de extrema importância política e histórica, uma vez que enfatizou o delineamento e a organização dos serviços de reabilitação. No entanto, os serviços de reabilitação foram construídos de forma privilegiadamente urbana, concentrados nas regiões economicamente mais favorecidas, com cobertura assistencial baixa e organizados por tipo de deficiência (BRASIL, 2006; MAENO; VILELA, 2010).

No final desta década, foi promulgada a lei 7 853/89, que propunha o apoio às pessoas portadoras de deficiência e a sua integração social. Iniciou-se assim, ainda que timidamente, a organização das redes municipais de reabilitação. Contudo, apesar dos esforços dos estados

em implantar serviços públicos de reabilitação, ainda boa parte da assistência ocorreu por meio de instituições filantrópicas financiadas por recursos públicos. Em 1993, com o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, do Ministério da Saúde, o SUS passou a incentivar a criação de centros de reabilitação multiprofissionais especializados como forma de acompanhar e estimular o desenvolvimento de indivíduos com deficits motores, sensoriais ou cognitivos (BRASIL, 2006; RIBEIRO, 2010).

Com base no conhecimento adquirido no século XX, o século XXI começou com grandes expectativas em relação aos programas de estimulação precoce para a geração de inclusão social. No final do ano de 2004, houve a consolidação da rede de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência. Atualmente, as ações de reabilitação no Brasil ainda se dão em uma rede precária e desarticulada, com dificuldade de comunicação, e não contemplam uma política integral de atendimento às incapacidades. Há uma descontinuidade entre as ações das esferas pública e privada, sendo a assistência prestada a um número reduzido de pessoas. Contudo, as críticas a essa política de saúde devem ser atenuadas, pois ela se mostra pioneira na área de assistência a esse segmento da população (BRASIL, 2006; RIBEIRO, 2010).

3.4 Enfermagem de reabilitação

A história da reabilitação na Enfermagem não é recente. Florence Nightingale, em 1859, deixava claro em seus escritos, as intervenções de enfermagem apropriadas para o cuidado e a reabilitação de pessoas lesionadas na guerra. Entre 1940 e 1950, registrou-se um desenvolvimento significativo na área da medicina da reabilitação, com a criação de unidades especializadas em reabilitação física e a formação de médicos fisiatras. No Brasil, o primeiro modelo assistencial para a reabilitação de pessoas com deficiência física foi introduzido na década de 1950, essencialmente nos centros reabilitadores (FARO, 2006). Entretanto, a atuação do enfermeiro na reabilitação física só foi impulsionada nos últimos 30 anos, a partir da reabilitação de crianças, adultos e idosos com deficiências e portadores de doenças crônico-degenerativas (ANDRADE et al., 2010).

Cada vez mais a neuroreabilitação é reconhecida como um importante componente no processo saúde-doença e no cuidado social de pessoas com deficiência. Essa ênfase ocorre devido ao aumento significativo no número de pessoas com doenças crônico-degenerativas e dos sobreviventes de comprometimentos neurológicos, como AVE, LM, e TCE. O processo de reabilitação ocorre principalmente em unidades especializadas nesta área, as quais

possuem uma equipe interdisciplinar atuando no atendimento global ao paciente. Os pacientes em processo de reabilitação, frequentemente, apresentam problemas físicos, cognitivos e comportamentais, necessitando assim, de uma atenção de saúde cada vez mais complexa e diversificada (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009; TOSIN et al., 2015).

A Enfermagem cuida desses pacientes, tanto na fase aguda da doença ou evento, como na fase crônica. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada paciente e família, dentre as quais se destacam as funcionais, comportamentais, psicossociais e espirituais. A todo momento, busca-se a independência do paciente em relação aos limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade (ANDRADE; CHIANCA, 2013).

Os enfermeiros reabilitadores reconhecem o impacto do contexto e do ambiente social e físico sobre as pessoas com deficiência. Para isso, precisam ser capazes de se comunicar com os outros, quer com a equipe, quer com os pacientes e familiares, de forma efetiva. A tomada de decisão, a resolução de problemas, a construção de um plano de cuidados multidisciplinar são fundamentais neste processo bem como a articulação e a colaboração entre os diversos níveis de saúde (primário, secundário e terciário) (ANDRADE et al., 2010; BURTON; GIBBON, 2005).

Ao agirem desta forma, os enfermeiros reabilitadores clarificam seu papel no seio da equipe. São papéis como o de coordenador de equipe, educador, investigador, consultor, facilitador, advogado, perito e membro da equipe. Entretanto o papel-chave desses profissionais é o de gerir situações de saúde complexas, intervindo ao longo do ciclo da vida, aperfeiçoando suas competências para melhorar os resultados alcançados pelos pacientes, estabelecendo parcerias com estes, coordenando planos de cuidados interdisciplinares e indo ao encontro dos desafios que surgirem ao longo do processo de reabilitação (ANDRADE et al., 2010; PLAYFORD et al., 2000).

Porém a utilização imprecisa dos conceitos revela as dificuldades de pesquisa e da prática na área da deficiência, o que acarreta problemas na aplicação e na utilização do conhecimento produzido em diversos países. Isto reforça os equívocos na escolha do tratamento e no atendimento dispensado às pessoas com deficiência e aumenta o preconceito e a sua discriminação (ANDRADE et al., 2010).

Marco Conceitual

4. MARCO CONCEITUAL

Para Fawcett (2009), é impossível conduzir a pesquisa em enfermagem ou a sua prática, sem a orientação de um modelo conceitual. Numerosos modelos conceituais e teorias de enfermagem são aplicáveis e oferecem a base para o cuidado exercido enfermeiros reabilitadores. O uso do modelo teórico é frequentemente explícito na investigação em reabilitação. Entretanto, quando se fala da prática, as teorias estão mais implícitas. Isto revela uma dificuldade de articular a sua prática com as teorias de enfermagem (HOEMAN, 2011).

Diversas teorias e modelos conceituais de Enfermagem são uteis para a Enfermagem de reabilitação. Eles centram-se no processo de vida, no bem-estar, e/ou na qualidade de vida. Eles orientam a forma como os enfermeiros interagem com o ambiente, a saúde e a doença a fim de otimizar o seu cuidado (HOEMAN, 2011).

Dentre os modelos mais relevantes na área da reabilitação pode-se evidenciar a Teoria do Deficit de Autocuidado de Orem, o Modelo de Adaptação de Roy, o Modelo Conceitual do Homem Unitário de Martha Rogers, o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de King, o Modelo de Sistema de Newman (MAUK, 2012).

O Modelo de Adaptação de Roy é considerado pelos enfermeiros especialistas em reabilitação como apropriado para prática da enfermagem nesta área, sendo consistente com os princípios do processo de reabilitação. Esse modelo, também foi escolhido na unidade onde o presente estudo foi realizado porque é aplicável à educação, pesquisa e na prática da enfermagem (DERSTINE; HARGROVE, 2001).

O Modelo contempla a pessoa de forma holística e como um ser adaptável, identificando quatro modos de adaptação: papel funcional, independência, autoconceito, fisiológico. Portanto o uso do Modelo de Adaptação de Roy promove um cuidado contínuo, identificando não só os aspectos fisiológicos, mas também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do cuidado de enfermagem e o seu impacto no processo de reabilitação da pessoa. Além disso, esse modelo já está implantado na instituição, desde o ano de 2005 (HOEMAN, 2011; ROY; ANDREWS, 2005).

4.1 O Modelo de Adaptação de Roy: uma visão geral

4.1.1 Origem paradigmática do Modelo de Adaptação de Roy

O Modelo de Adaptação de Roy foi desenvolvido pela enfermeira Callista Roy, no final dos anos 1960 e é um dos mais desenvolvidos. Seus conceitos são amplamente utilizados. Roy foi instruída por Dorothy E. Johnson. Ela foi influenciada pelos estudos sociais e por sua experiência com a enfermagem pediátrica, que lhe deu o conhecimento sobre a recuperação do corpo e do espírito (ROY; ANDREWS, 2005).

A primeira publicação do modelo foi em 1970, enquanto docente de uma pequena universidade nos Estados Unidos da América (EUA). Na década seguinte, mais de 1500 professores e estudantes ajudaram a clarificar, desenvolver, aperfeiçoar e ampliar os conceitos do Modelo de Adaptação de Roy (ROY; ANDREWS, 2005).

Os modelos conceituais de enfermagem são baseados em suposições científicas e filosóficas. Com o Modelo de Adaptação de Roy não foi diferente, ele utilizou a teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e a teoria do modelo de adaptação de Helson (1964) para referendar o seu modelo (Quadro 1).

QUADRO 1 - Princípios científicos do Modelo de Adaptação de Roy

Princípios Científicos	
Teoria dos Sistemas	Teoria do Nível de Adaptação
Holismo	Comportamento como adaptável
Interdependência	Adaptação como função dos estímulos e nível de adaptação
Processo de controle	Níveis de adaptação dinâmicos e individuais
Informação de resposta	Processo de resposta positivo e ativo
Complexidade dos sistemas vivos	

Fonte: Roy; Andrews (2005)

A contribuição desses pressupostos para o modelo são evidentes, pois, Roy vê o indivíduo como um sistema que tem a capacidade de se adaptar e criar as mudanças necessárias ao meio ambiente. As respostas positivas a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa (ROY; ANDREWS, 2005).

Quanto aos princípios filosóficos, Roy associa dois, o humanismo e a veracidade. O humanismo reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como essenciais para o conhecimento e a valorização (QUADRO 2).

QUADRO 2 - Princípios filosóficos do Modelo de Adaptação de Roy

Princípios Filosóficos	
Humanismo	Veracidade
Criatividade	Objetivo da existência humana
Objetivo	Unidade do objetivo
Holismo	Atividade e criatividade
Processo interpessoal	Valor e significado da vida

Fonte: Roy; Andrews (2005)

4.1.2 O Sistema adaptável como ponto central do Modelo

Roy descreve os cuidados de enfermagem em termos de um sistema holístico adaptável e o sistema humano funciona como um todo. O termo adaptável é um conceito integral nos pressupostos científicos do Modelo e significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente e por sua vez de afetá-lo. Já o sistema é definido como um conjunto de partes interdependentes ligadas para funcionar como um todo, a fim de alcançar um determinado objetivo. Este sistema tem entradas (estímulos), saída (respostas comportamentais), controles (mecanismos de resistências) e feedback (FIGURA 1) (COSTA et al., 2013; MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

Figura 1 - Representação da pessoa como um sistema adaptativo



Fonte : Roy; Andrews (2005)

As entradas são os estímulos, que podem ser de origem externa ou interna. Eles combinam-se para formar uma entrada específica, o nível de adaptação da pessoa. A pessoa processa o estímulo através do mecanismo de resistência, este sendo regulador e cognitivo. Já o comportamento da pessoa resulta do processo regulador e cognitivo. O comportamento age com resposta adaptável ou com resposta ineficaz. Estas respostas, por sua vez, atuam como um feedback na entrada do sistema e a pessoa decide se aumenta ou diminui os esforços para lidar com os estímulos (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

Portanto, a pessoa é vista como um sistema adaptável e este é afetado pelo meio ambiente e pelo seu interior. De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, o meio ambiente é capaz de produzir estímulos focais, contextuais e residuais e a junção destes estímulos, que desenvolve o nível de adaptação da pessoa. É imperativo saber que a pessoa nunca age isoladamente, mas sim influenciada pelo meio ambiente e que por sua vez também o afeta. A compreensão desta interação da pessoa com o meio ambiente é de suma importância para a prática da enfermagem, de acordo com o modelo de Roy (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

4.1.2.1 Estimulo focal, contextual e residual

Segundo Roy e Andrews (2005), há três tipos de estímulos: focal, contextual e residual. O estímulo focal pode ser externo ou interno e confronta a pessoa imediatamente. Por exemplo, um paciente que foi submetido a uma cirurgia pode estar com uma dor intensa, sendo esta o estímulo focal. Este estímulo é objeto de atenção da pessoa e esta passa a gastar tempo e energia tentando lidar com ele (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015).

Outro estímulo é o contextual. Assim como o focal, pode ser oriundo do meios externo e interno, entretanto, eles não são o centro da atenção da pessoa. Ele influencia a forma da pessoa lidar com o estímulo focal. Uma pessoa fica mais angustiada quando não sabe a causa da dor e como consequência pode não saber lidar com ela, porém quando a causa da dor é conhecida, ela consegue lidar melhor com suas emoções. Portanto, as emoções são os estímulos contextuais que podem potencializar ou reduzir o estímulo focal, neste caso a dor (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

O último estímulo citado por Roy é o residual. Ele pode ser um fator externo ou interno, mas também, não são os centros de atenção da pessoa. A pessoa pode não ter a

consciência da sua influência. No caso da dor, a memória de uma dor passada pode, influenciar a queixa de dor do paciente após a cirurgia (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

O grau de adaptação é determinado pelos estímulos, sendo que o nível de adaptação é o nome dado a mudança de atitude da pessoa. Ele representa a capacidade do indivíduo para responder positivamente uma determinada situação (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

4.1.2.2 Resposta ou comportamento

Os estímulos e a adaptação servem como uma entrada para a pessoa enquanto sistema adaptável. Depois de processar esta entrada, a pessoa desenvolve uma resposta. Roy sugere uma forma de observar essas respostas e as chama de comportamento. Portanto, o modelo define comportamento como ações internas ou externas e reações sob determinadas circunstâncias. O comportamento da pessoa pode ser observado, medido ou relatado. Ele mostra ao enfermeiro se a pessoa adaptou-se bem ou não ao ambiente de mudança. No Modelo de Adaptação de Roy, esta observação é o ponto principal da avaliação e intervenção do enfermeiro (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

Os comportamentos podem ser eficazes ou ineficazes. Roy fornece no seu modelo diversas orientações para as avaliações dos enfermeiros em relação aos comportamentos adaptáveis. Quando eles são adaptáveis, eles promovem a integridade da pessoa, determinando sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Quando eles são ineficazes não promovem a integridade e não se alcança os objetivos da adaptação (RODRIGUES, VIANA, ANDRADE, 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

4.1.2.3 Mecanismos de resistência

Num sistema simples, o processo de controle tem origem em um mecanismo interno. Roy nomeia este controle da pessoa como mecanismos de resistência e define como formas inaptas ou adquiridas de responder às mudanças do ambiente. Além disso, ela categoriza em dois subsistemas: o regulador e o cognitivo (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

As resistências inatas são aquelas com as quais a pessoa nasce, elas são geneticamente determinadas, portanto são vistas como processos automáticos, ou seja, a pessoa não tem que pensar sobre eles. Um exemplo deste mecanismo é o da pessoa se adaptar as mudanças de luminosidade. Já as resistências adquiridas são desenvolvidas através de processos, tais como a aprendizagem. Um exemplo deste mecanismo é quando uma criança ouve a voz da mãe, a voz (estímulo) ativa uma série de ações ao ouvir e a resposta é deliberada, consciente e adquirida (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

Para Roy e Andrews (2005) há dois subsistemas, o primeiro, chamado de subsistema regulador, é básico no processo de adaptação. Ele responde automaticamente aos estímulos por meio dos sistemas endócrino, químico (eletrólitos e fluidos) e nervoso. Os estímulos atuam no sistema nervoso que por sua vez afeta o sistema endócrino e químico e produz uma resposta inconsciente e automática. Este subsistema tem um importante papel na formação das percepções.

O segundo subsistema é o cognitivo e ele responde por meio de quatro processos cognitivos e emotivos: percepção, aprendizagem, avaliação e emoção. O processo de percepção inclui a atenção seletiva, codificação e memória. A aprendizagem envolve imitação, reforço e visão. O processo de avaliação compreende as atividades de resolução de problema e tomada de decisão. Já as emoções são defesas para procurar o alívio da ansiedade e procurar avaliações afetivas e vínculos (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

As complexas relações dos subsistemas regulador e cognitivo ilustram a natureza holística da pessoa como um sistema adaptável.

4.1.3 Os modos de adaptação

Segundo Roy, não é possível identificar diretamente o funcionamento dos processos específicos dos subsistemas regulador e cognitivo. Somente os comportamentos das pessoas que são observáveis. Para ela, o comportamento da pessoa pode ser observado em quatro categorias ou modos de adaptação. Roy denominou estes modos de adaptação de desempenho do papel, interdependência, autoconceito e fisiológico e é através destes modos que os comportamentos e o a adaptação da pessoa pode ser observada (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

O **modo de desempenho do papel** retrata as relações sociais e incide sobre os papéis da pessoa na sociedade, sua posição, como se comporta em relação a uma pessoa que ocupa

outra posição. Para Roy a integridade social é a busca da pessoa. Ela classifica os papéis como primários, secundários e terciários. Comportamentos instrumentais e expressivos estão associados a cada papel, o que acaba por fornecer a adaptação social neste modo (ROY; ANDREWS, 2005).

O **modo de interdependência** é o outro modo social da pessoa. Ele incide sobre as relações com outra pessoa, é o dar e receber amor, o respeito e o valor. A adequação emocional e o sentimento de segurança social são buscados pela pessoa. Há duas relações específicas neste modo e Roy nomeia de outros significativos que são as pessoas mais importantes do indivíduo. O outro é o sistema de apoio, isto é, outras pessoas que contribuem para a satisfação da pessoa (ROY; ANDREWS, 2005).

Para que isto ocorra, a pessoa desenvolve dois tipos de comportamento: o comportamento receptivo e o contributivo que são o receber e dar amor, respeito e valor em relação as outras pessoas. A avaliação destes comportamentos fornecem uma indicação na adaptação social relativa a este modo. Um exemplo disso seria a relação da mãe com seu filho, o comportamento receptivo por parte da criança seria deixar a mãe confortá-la quando magoada e o contributivo seria dar um abraço e um beijo na mãe quando vai ao colégio (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

O ambiente é um conceito principal do Modelo de Adaptação. Ele é entendido como o mundo exterior e interior da pessoa. Segundo o modelo, o ambiente estimula a pessoa de criar respostas adaptáveis. A pessoa acaba por desenvolver respostas as constantes mudanças do ambiente. A medida que o ambiente muda, a pessoa tem a oportunidade de se desenvolver e potencializar o seu significado na vida para todos. De acordo com Roy, o ambiente possui todas as condições, circunstâncias, e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa. É importante salientar a importância da família como parte do ambiente que influencia a pessoa

O **modo de autoconceito** expõe os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa que busca a sua integridade psíquica, ou seja, a necessidade de saber que ela é, para poder ser e existir no sentido de unidade. O autoconceito é definido como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma num determinado tempo da sua vida, formado a partir de percepções internas e dos outros. Este modo tem dois componentes: o eu físico que inclui as sensações do corpo e da sua imagem e o eu pessoal que engloba questões como força, ideal, moral, ética, e espiritual. Afirmações comportamentais da pessoa sobre a

sua imagem corporal, ajudam ao enfermeiro a conhecer o indivíduo (COSTA et al., 2013; ROY; ANDREWS, 2005;).

O **modo fisiológico** apresenta a forma como a pessoa responde com seu físico aos estímulos do ambiente. O comportamento é manifestado pelas atividades fisiológicas do seu ser. Nesse modo são identificados nove componentes, sendo cinco pontos principais e quatro processos. Os cinco pontos principais são oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção. Os quatro processos são sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

4.1.4 Saúde

O conceito de saúde, tal como é apresentado pelo modelo, encontra-se em desenvolvimento e para Roy reflete a adaptação como objetivo de ser da pessoa. Ela é definida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada, ou seja, adaptada ao seu atual momento de vida. A falta de adaptação determina uma deficit de integração e representa a ausência ou diminuição de saúde (ROY; ANDREWS, 2005; SOUZA et al., 2014).

4.1.5 Objetivos da Enfermagem

A meta da Enfermagem, segundo esse modelo, é promover adaptação em cada um dos modos de adaptação contribuindo para a saúde da pessoa, qualidade de vida e ou morte com dignidade. Isso se dá através da avaliação do nível de adaptação, identificando os comportamentos que precisam ser alterados ou que precisam ser reforçados. A Enfermagem pode manipular os estímulos internos e externos, avalia seus resultados e, se necessários, altera suas intervenções. Assim, o processo de enfermagem proposto por Roy inclui as seguintes fases: avaliação de comportamentos, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenções e avaliação (ROY; ANDREWS, 2005).

4.1.6 Abordagem de estudos sobre o Modelo

Diversas são as necessidades adaptativas dos indivíduos, especialmente quando o padrão de saúde está alterado. Nesse sentido, o Modelo de Adaptação de Roy torna-se pertinente na

prática do cuidado em Enfermagem baseado em conhecimentos específicos dessa área. Pensando nisso, Medeiros et al. (2015) realizaram uma revisão integrativa sobre as pesquisas que usaram o Modelo de Adaptação de Roy.

Obedecendo os critérios para a construção da amostra, Medeiros et al. (2015) identificaram 20 artigos. Há um predomínio de estudos do tipo descritivo, produzidos no Brasil e com nível de evidencia IV, ou seja, estudo com a opinião de especialistas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos, ou relatórios de Comitês de Peritos. Eles abordaram os diversos pressupostos do modelo. Quanto aos estímulos 18 pesquisas abordaram o tema, sendo que todas enfatizaram os estímulos focais, 13 os contextuais e 3 os focais. Os problemas de adaptação elencados por Callista Roy segundo os modos de adaptação constituem importantes componentes do Modelo. Foram identificados 38 problemas adaptativos, sendo a 26 no modo fisiológico, 6 no modo autoconceito, 3 no modo desempenho do papel e 3 no modo interdependência (FIGURA 2) (MEDEIROS et al., 2015).

Figura 2 - Modos de adaptação e problemas de adaptação, segundo Roy.

Modos adaptativos	Problemas adaptativos
Fisiológico	Integridade da pele perturbada
	Nutrição maior ou menos que as exigências orgânicas
	Dor aguda
	Padrão inadequado de atividade e repouso
	Náuseas e vômitos
	Edema
	Intolerância a atividade
	Potencial para lesão
	Mobilidade andar e/ou coordenação restritas
	Constipação
	Incontinência intestinal/urinária
	Perda da habilidade do autocuidado
	Enfrentamento ineficiente das modificações do estado imunológico
	Privação do sono
	Deficiência ventilatória
	Desequilíbrio ácido/base
	Retenção de Líquido intracelular
	Deficiência de um sentido primário
	Dor crônica
	Estresse
	Infecção
	Distorção sensorial
	Prurido
	Escaras
	Potencial para distúrbio no padrão do sono
	Peso 20/25% acima ou abaixo da média
Autoconceito	Ansiedade
	Perturbação da imagem corporal
	Baixa autoestima
	Disfunção sexual
	Impotência
Função de papel	Perda
	Distanciamento de papel
	Fracasso de Papel
Interdependência	Conflito de Papel
	Padrão ineficiente de solidão e relacionamento
	Ansiedade pela separação
	Padrão ineficiente de dar e receber nutrientes

Fonte: Medeiros et al. (2015)

Neste estudo, o Modelo de Adaptação de Roy foi aplicado na orientação da construção do Catálogo, os enunciados diagnósticos e de intervenções de enfermagem foram inseridos conforme os Modos de Adaptação.

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

Na Enfermagem, a necessidade de nomear seus fenômenos de interesse existe desde o início da Enfermagem Moderna. Os registros de Florence Nightingale, de 1859, afirmam que “a enfermagem desconhece os seus elementos específicos” ou seja seus fenômenos, da gíria profissional, a linguagem técnica da área. Com isso, espera-se que termos como hematoma, hemorragia, incontinência, lesão por pressão, sejam compreendidos e com sentidos próprios para a Enfermagem, pois fazem parte da sua linguagem de especialidade (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Existem diversos sistemas de classificação de enfermagem, como a NANDA Internacional (NANDA I), cuja primeira versão foi publicada na década de 80; o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos; Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a CIPE® (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Para Garcia, Bartz e Coenen, (2015), apesar dos avanços alcançados no desenvolvimento dos sistemas de classificação, observava-se a necessidade de uma terminologia partilhada no âmbito mundial, para expressar os elementos da prática profissional de forma integral. A utilização dessa terminologia deveria permitir, não somente descrever a prática profissional, como, também, compará-la entre cenários clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempos distintos. Pensando nisso, o CIE entendeu essa necessidade e reconheceu ser essencial contar com normas para representar a prática profissional nos sistemas de informação de saúde. Assim, começou a desenvolver a CIPE®, considerada um marco unificador dos diferentes sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: diagnósticos de enfermagem (as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana), intervenções de enfermagem (o que a Enfermagem faz) e resultados de enfermagem (resultados sensíveis às intervenções de enfermagem).

Segundo essas autoras, tudo começou em 1989, durante o Congresso Quadrienal do CIE realizado em Seul, quando foi aprovada uma resolução pelo Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiras (CNR-CIE) para o

desenvolvimento da CIPE[®]. Seus objetivos iniciais foram de fornecer uma ferramenta para descrever e documentar as práticas de enfermagem; usar essa ferramenta como base para a tomada de decisão clínica; e prover a profissão com um vocabulário e um sistema de classificação que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados e inseri-los em políticas públicas.

Em 1991, foi realizado um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às associações filiadas ao CIE, para identificar, em âmbito internacional, os diversos sistemas de classificação usados pela enfermagem. Como resultado ela divulgou em 1993, o documento “Próximo Avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Um Documento de Trabalho” (Nursing’s Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP) – a Working paper), com uma listagem de termos, identificados na literatura e nas diferentes classificações existentes, que eram usados para descrever os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Em 1996, o CIE publicou a CIPE[®] – Versão Alfa: um marco unificador, contendo duas classificações. A primeira, Classificação de Fenômenos de Enfermagem, era monoaxial e os termos arranjados de forma hierárquica. Já a segunda, Classificação de Intervenções de Enfermagem, era multiaxial, com termos organizados segundo seus eixos .

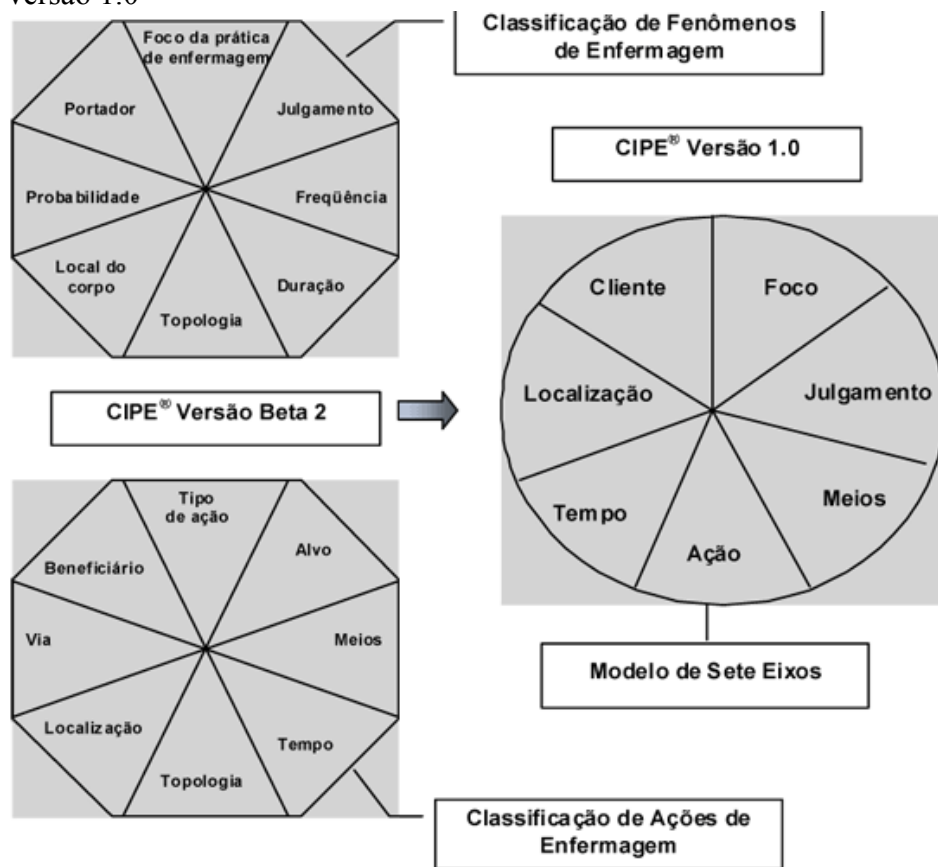
Em seguida, foram publicadas as versões Beta, em 1999 e a Beta 2 em 2001. Nessas versões correu uma mudança na denominação da Classificação de Intervenções de Enfermagem que passou a ser nomeada de Classificação de Ações de Enfermagem. Outra mudança nessa versão foi a adoção do enfoque multiaxial para ambas as classificações, sendo que cada uma passou a ter oito eixos – a Classificação de Fenômenos com os eixos: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia, local do corpo, probabilidade e portador; e a Classificação de Ações com os eixos: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário. Esta mudança proporcionou uma maior solidez à CIPE[®], além de diversificar os conceitos, transformando-a numa terminologia combinatória, pois os termos dos eixos são combinados para compor os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

Os pesquisadores da CIE julgaram que estas duas últimas versões dificultavam a sua utilização na prática do enfermeiro e, conseqüentemente, o alcance da meta de um sistema de linguagem unificada de enfermagem, além de não satisfazer as necessidades dos enfermeiros. Com esta comprovação, o CIE buscou assegurar que a CIPE[®] Versão 1.0 fosse, de fato e de direito, consistente com os vocabulários e as normas existentes (GARCIA, 2015). Para

atender a essa exigência, nessa versão foi usado o *software Protegé* em um ambiente de desenvolvimento de ontologias, a *Web Ontology Language (WOL)* na sua construção. Isto simplificou a representação dos termos, diminuindo as redundâncias e ambiguidades inerentes da classificação. Esta abordagem formal e ontológica diferencia a CIPE[®] de outros sistemas de classificação de enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

No ano de 2005, a CIPE[®] Versão 1.0 foi publicada. Sua estrutura foi uma das principais novidades, pois diferentemente das versões anteriores que possuíam duas classificações com 16 eixos, a Versão 1.0 era uma classificação organizada em 7 eixos, sendo foco – a área de atenção relevante para a enfermagem; julgamento – opinião clínica relacionada ao foco da prática de enfermagem; meios – uma maneira de desempenhar uma intervenção; ação – um processo intencional aplicado a um cliente; tempo – o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; localização – orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção e cliente – sujeito ao qual o diagnóstico se refere (FIGURA 3). Desta forma, essa versão eliminou as ambiguidades e as redundâncias de termos nas versões anteriores.

Figura 3 - Modificações da CIPE[®] versão beta 2 para a o modelo de sete eixos da versão 1.0



Fonte: International Council of Nurses (2005)

Em 2008, foi publicada a Versão 1.1, com os conceitos primitivos dispostos nos sete eixos e uma relação de conceitos pré-coordenados, os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. Assim, a CIPE[®] passou a ser uma classificação combinatória e enumerativa (GARCIA, 2015). Após essa Versão, foram divulgados mais 5 versões: Versão 2.0 (em 2009), Versão 2011 (2011), Versão 2013 (2013), Versão 2015 (2015) e a Versão 2017 (2017).

Garcia et al. (2016) demonstram a evolução progressiva do número total dos conceitos, tanto os primitivos quanto os coordenados. Evidencia-se um processo contínuo e progressivo do aumento dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, ou seja, um percentual maior de conceitos pré-coordenados em relação aos conceitos primitivos.

Desde o processo de desenvolvimento da Versão 1.0, foi incorporada a norma proposta pela Organização Internacional de Padronização (ISO), na norma ISO 18.104:2003, centrada nas estruturas conceituais que são a base de terminologias de enfermagem, a fim de apoiar a interoperabilidade, com objetivo de estabelecer um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem. A ISO está alinhada com as metas e objetivos de outras terminologias em saúde, de forma a fornecer uma terminologia de referência mais unificada. Esta norma é uma referência para construção de diagnósticos e ações de enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013).

A classificação CIPE[®] desde a Versão 1.0 segue as orientações da ISO 18104:2003, segundo as quais um diagnóstico de enfermagem é considerado como um julgamento em um foco ou como um julgamento numa dimensão particular (por exemplo, habilidade, conhecimento) de um foco. Para a construção do diagnóstico enfermagem é necessário um termo do eixo foco e um outro termo do eixo julgamento. Em algumas instâncias especiais, um único termo (por exemplo, dor) serviria para o papel de ambos: foco e julgamento (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013; MATA et al., 2012).

Já a ação de enfermagem é entendida como um processo pelo qual um serviço intencional é aplicado a um receptor de cuidados. Ele é representado por expressões compostas de verbos ou expressões verbais, podendo ser qualificada pelo tempo. Portanto, para compor uma ação deve-se utilizar ao menos um termo do eixo ação e um outro termo alvo, ou seja, qualquer outro termo dos outros eixos, exceto julgamento (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013).

A utilização da norma ISO 18104:2003 foi essencial para o desenvolvimento e padronização da CIPE[®] e para que a Enfermagem desenvolvesse diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem necessários à sua prática. Entretanto, no ano de 2014, foi publicada uma nova versão dessa norma, a ISO 18104:2014, que esclarece as definições de diagnóstico e ações, de modo a estar em conformidade com os processos correntes de desenvolvimento de terminologias e para refletir a prática contemporânea da Enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

Para a ISO 18104:2014, diagnóstico de enfermagem é um título atribuído a um achado, evento, situação ou outro aspecto de saúde, resultantes de uma avaliação, para indicar que são considerados pelo enfermeiro e pelo sujeito do cuidado como sendo merecedores de atenção. Já as ações de enfermagem são consideradas como atos realizados por um enfermeiro, ou sob sua orientação, com a intenção de, direta ou indiretamente, melhorar ou manter a saúde de uma pessoa, grupo ou população (ISO, 2014; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

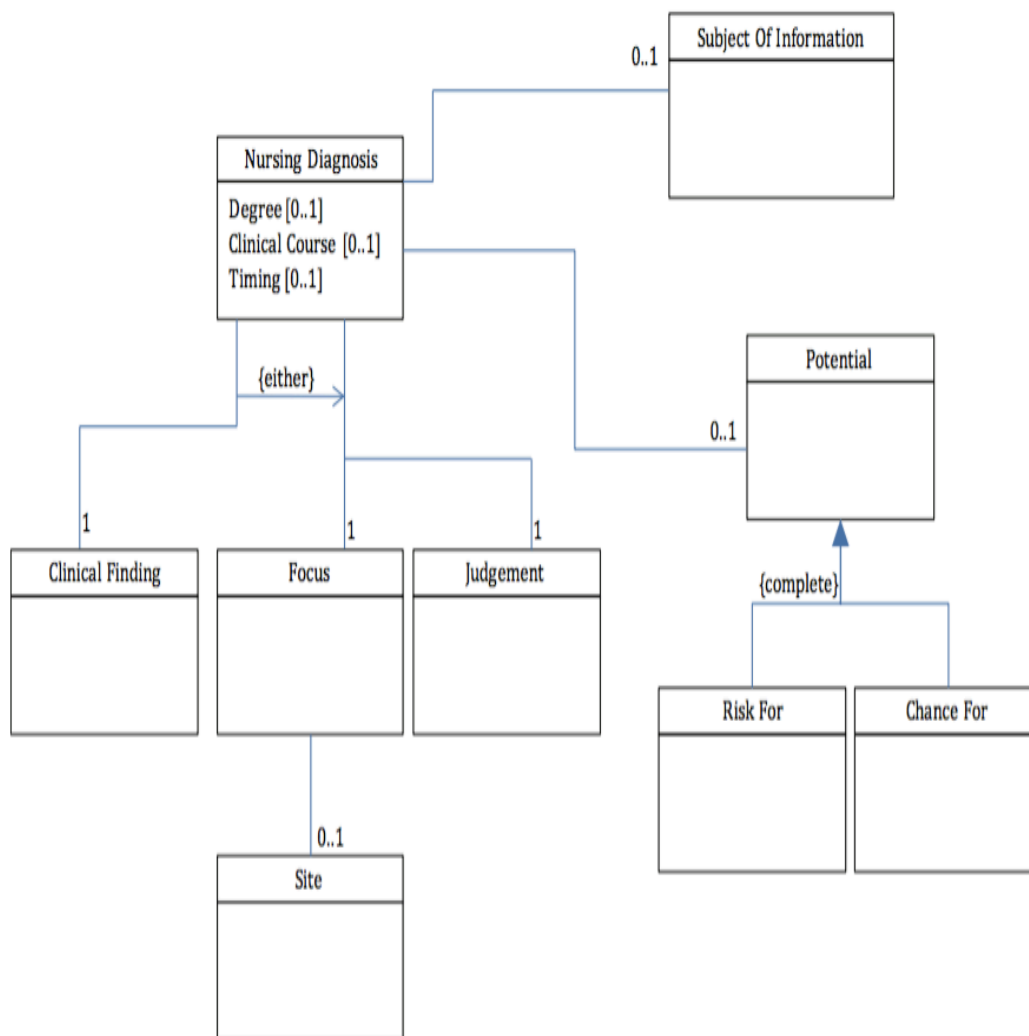
A norma ISO 18104:2014 mantém a construção do enunciado diagnóstico de enfermagem expresso como o julgamento de um foco, ou como uma expressão simples de um achado clínico, representando uma alteração de estado, processo, estrutura, função ou comportamento sobre uma necessidade a ser cuidada. Exemplos do primeiro tipo de expressão (ou seja, uma decisão sobre um foco) inclui a mobilidade, a má nutrição e o conhecimento limitado. Exemplos de uma expressão simples de um achado clínico são as feridas, náuseas, dor e depressão. Para o primeiro tipo de expressão um descritor do eixo julgamento e um descritor do eixo foco são obrigatórios. O foco pode ainda ser qualificado pelo lugar em que ocorre (FIGURA 4) (ISO, 2014; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

Além disso, o enunciado do diagnóstico de enfermagem pode ter um julgamento potencial associado que indica que pode ocorrer um risco de ou uma chance de ocorrer um diagnóstico de enfermagem. Note-se que o risco de é um potencial para um diagnóstico negativo, e uma chance de é uma possibilidade potencial para um diagnóstico positivo. Exemplos do primeiro caso são os diagnósticos risco de depressão, risco de lesão por pressão¹; exemplos do segundo caso, os diagnósticos potencialidade para chance de redução de peso, potencialidade para uma chance de melhor interação social. Um enunciado de

¹ Apesar da CIPE[®] utilizar o termo úlcera por pressão, este estudo segue as orientações da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* que em 2016, publicou a mudança da terminologia de “úlcera por pressão” para “lesão por pressão”, por acreditar que a nova terminologia descreva de forma mais precisa a lesão (www.sobest.org.br/textod/35)

diagnóstico de enfermagem também pode estar associado a um sujeito da informação que não é o assunto o sujeito do registro, por exemplo, o estresse do cuidador. Outra forma de descrever o enunciado diagnóstico de enfermagem pode ser com o uso do grau, o estado clínico e o tempo (FIGURA 4) (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; ISO, 2014).

Figura 4 - Estrutura categorial para representar diagnósticos de enfermagem.

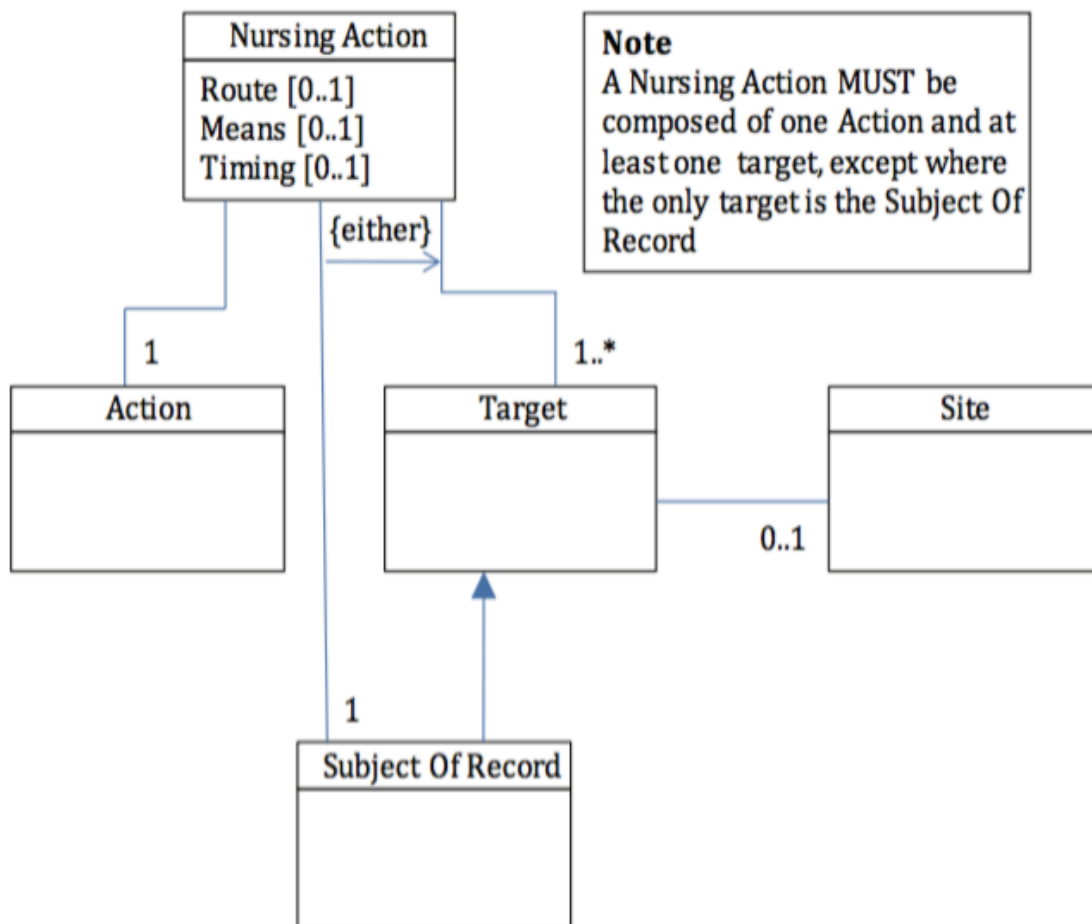


Fonte: ISO 18104:2014 (ISO, 2014)

Segundo a ISO 18104:2014, uma ação de enfermagem é considerada um ato intencional aplicado a um ou mais alvos através de uma ação. O enunciado da ação de enfermagem deve ter um descritor do eixo ação e, pelo menos, um descritor alvo, exceto quando o alvo é o sujeito do registro e está implícito no enunciado. As ações de enfermagem são qualificadas por meio, via e tempo; o local também pode ser usado, para especificar a posição de um alvo. As ações são frequentemente representadas por verbos ou expressões verbais (FIGURA 5) (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; ISO, 2014).

Algumas ações de enfermagem são expressas de forma abstrata, como por exemplo: tratamento bucal. Outras estão mais detalhadas, por exemplo, a remoção de suturas. Esta Norma aplica-se a conceitos de ação de enfermagem em todos os níveis de abstração, onde estes estão incluídos nos sistemas de terminologia (FIGURA 5) (ISO, 2014).

Figura 5 - Estrutura categorial para representar ações de enfermagem.



Fonte: ISO18104:2014 (ISO, 2014)

A utilização destes recursos facilitou a composição dos enunciados e sua organização em grupos significativos, de modo que o enfermeiro tenha acesso rápido a conjuntos de conceitos preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem – os Catálogos CIPE®.

As principais finalidades da elaboração desses Catálogos são as de construir sistemas de registro dos elementos da prática usando a CIPE®, com todos os benefícios de fazer parte de um sistema de linguagem unificada; e torná-la um instrumental tecnológico que pode ser integrado à prática de enfermagem no local do cuidado (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Em 2008, o CIE apresentou um guia para o desenvolvimento de Catálogos, contendo dez passos: 1) identificar a clientela a que se destina e/ou a prioridade de saúde; 2) documentar a significância da prioridade de saúde ou grupo de cliente para a Enfermagem; 3) contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no Catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] para compor as afirmativas de diagnósticos e ações de enfermagem; 5) identificar evidências científicas e literatura que apoiem a elaboração de afirmativas adicionais de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; 6) desenvolver conteúdo de apoio para a aplicação ou documentação do catálogo desenvolvido; 7) testar ou validar as afirmativas do catálogo com a clientela específica e com enfermeiros peritos na prioridade de saúde ou clientela selecionada; 8) adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do Catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE na elaboração da cópia final do Catálogo; e 10) auxiliar o CIE na disseminação do Catálogo (ICN, 2008).

Coenen e Kim (2010) apresentaram um novo método para a construção de catálogos. Elas reduziram os passos anteriormente descritos pelo CIE para seis, alinhando-os aos três componentes do ciclo de vida da terminologia CIPE[®] - a) pesquisa e desenvolvimento; b) manutenção e operações; e c) disseminação e educação. Segundo a proposta das autoras, ao componente **pesquisa e desenvolvimento**, correspondem os seguintes passos: a) identificar a clientela e prioridade de saúde, e b) coletar termos e conceitos; ao componente **manutenção e operações**, correspondem: c) mapear os conceitos identificados, e d) adicionar novos conceitos ou adaptar conceitos existentes, para torná-los mais claros; e, finalmente, ao componente **disseminação e educação**, correspondem: e) finalizar o catálogo, e f) disseminar o catálogo.

Nóbrega et al. (2017) propuseram um novo método para desenvolvimento de Subconjuntos da CIPE[®]. Tal método pautou-se na análise do *guideline* do CIE, no método de Coenen e Kim e nos métodos utilizados por pesquisadores brasileiros para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE[®]. O processo de construção é dividido em duas partes, chamadas de pré-requisitos e etapas.

A primeira parte, a de pré-requisitos, corresponde às seguintes fases: 1) identificação da clientela e/ou prioridade de saúde; 2) a justificativa da importância para a Enfermagem; 3) a escolha do modelo teórico. De fato, os três primeiros passos do *guideline* são condições indispensáveis para iniciar a construção do Catálogo. A opção por utilizar a tipologia de pré-requisitos pode ser considerada como um potencial do método. Em especial, a explicitação da

necessidade de escolha do modelo teórico para ancorar a elaboração do Catálogo tem um papel fundamental para a aplicação do mesmo. O modelo teórico ancora a justificativa da importância desse para o conhecimento da Enfermagem e de que, ao ser aplicado à prática, poderá orientar mudanças no modelo assistencial.

A escolha de teorias de Enfermagem como modelo teórico não é obrigatória no método proposto por Nóbrega et al. (2017), entretanto ao ser ancorado por teorias de Enfermagem, o subconjunto poderá potencializar uma práxis de cuidados, baseados em conhecimento específico da profissão.

A segunda parte chamada de Etapas apresenta como fases: 4) Identificação de termos; 5) Mapeamento entre os termos identificados e a CIPE[®]; 6) Construção dos enunciados seguindo as recomendações em quatro bases empíricas, em consonância com a proposta do CIE, a saber: o banco de termos; o Modelo de 7-Eixos da CIPE[®]; a norma ISO 18.104; prontuários 7) validação dos enunciados construídos, por um grupo de especialistas ou juízes; 8) estruturação do subconjunto fundamentado em um modelo teórico.

O método Nóbrega et al. (2017) pode contribuir para o desenvolvimento de Catálogos no Brasil. Ele é coerente com padrões internacionais e tem potencial para colaborar, em especial, para a validação de conteúdo dos enunciados, uma vez que apresenta descrição detalhada para tal.

Os Catálogos CIPE[®] podem originar conjuntos de dados a serem usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional. Além disso, contribuem para a expansão do uso da CIPE[®] no âmbito mundial, uma vez que permitem incluir as variações culturais e linguísticas. Entretanto, esses Catálogos não substituem o julgamento clínico do enfermeiro, que será sempre essencial para dispensar cuidados individualizados aos pacientes e suas famílias (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

O CIE incentiva a utilização de diferentes perspectivas e processos para o desenvolvimento de Catálogos, uma vez que não há um modelo teórico ou conceitual específico para sua organização. Porém, verifica-se que, independentemente do método adotado, os passos para o desenvolvimento do subconjunto carecem de um maior detalhamento. A falta de detalhamento dos passos dificulta a reprodutibilidade dos métodos. Dessa forma, pesquisadores que se dedicam à elaboração de Catálogos da CIPE[®] adaptam o método e conduzem os passos de modo não uniforme. Os autores também referem a

importância de iniciativas para sistematizar métodos alternativos, como o Método apresentado por Nóbrega (CARVALHO; CUBAS; NOBREGA, 2017).

4.3 Validação de diagnósticos e intervenções de enfermagem

Atualmente os enfermeiros pesquisadores estão preocupados com a identificação e a mensuração dos fenômenos que se encontram em seu domínio de conhecimento. Assim, ao planejar o método de coleta de dados, os enfermeiros precisam pensar em procedimentos que garantam indicadores confiáveis. Ao escolherem o desenho da pesquisa, eles necessitam selecionar instrumentos de medidas adequados, precisos e confiáveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; MEDEIROS et al., 2015).

Dessa forma, os pesquisadores estão alertas sobre uma correta avaliação das qualidades dos instrumentos de coleta de dados. Instrumentos têm sido criados para colaborar com suas medidas e avaliação (MEDEIROS et al., 2015). Os atributos mais importantes de medida têm sido: validade, confiabilidade, utilidade prática, sensibilidade e responsividade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Portanto, percebe-se um número crescente de questionários e escalas disponíveis que procuram verificar e avaliar um determinado fenômeno. No entanto, é imprescindível que esses instrumentos possuam fidedignidade e validade para minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos. Assim, o reconhecimento da qualidade dos instrumentos torna-se um aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade aos resultados de uma pesquisa, o que reforça a importância do processo de validação (MEDEIROS et al., 2015).

Para Alexandre e Coluci (2011), um instrumento precisa medir exatamente o que se propõe a medir. Testa-se a validade para checar a capacidade do instrumento medir com precisão o fenômeno de interesse. Para validar emprega-se os seguintes métodos: validade de conteúdo, de critério e de constructo.

Por sua vez, entende-se por confiabilidade a capacidade do instrumento de reproduzir resultado consistente no tempo ou espaço ou com observadores diferentes. Métodos empregados na sua avaliação incluem estabilidade (teste-reteste), homogeneidade e equivalência (inter-observadores). A sensibilidade é a capacidade de uma medida identificar diferenças entre pacientes ou grupos de pacientes. Responsividade é a capacidade de um instrumento mostrar se houve mudanças no estado clínico de pacientes. A praticabilidade consiste nos aspectos de aplicabilidade prática no uso do instrumento. Inclui-se a avaliação da

facilidade e tempo de administração, interpretação e custos envolvidos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Diferentes modelos são empregados para se validar diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. Dentre os modelos tradicionais de validação destacam-se os modelos de Gordon e Sweeney (retrospectivo, clínico e de validação por enfermeiros especialistas); os modelos de Fehring (validação de conteúdo, clínica e diferencial de diagnósticos); o modelo de Hoskins para validação clínica de diagnósticos de enfermagem, composto por três fases: análise do conceito, validação por especialistas e validação clínica (GARCIA, 1998). Modelos atuais para a validação têm sido propostos como a análise de conceito, revisão integrativa da literatura, análise de conteúdo por especialistas, validação clínica e estudos de acurácia. Métodos avançados para a validação de diagnóstico de enfermagem têm sido reconhecidos como os de equações de estimativa generalizada, árvores de classificação, análise de sobrevivência e análise de correspondências múltiplas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; MEDEIROS et al., 2015).

Ressalta-se que a validação clínica tem o objetivo de testar se a lista dos componentes das classificações, desenvolvida na análise de conceito e validada pelo grupo de especialistas, é sustentada por dados clínicos. Um importante passo a ser considerado é descrever claramente cada componente que será testado, e, se possível, construir definições operacionais para cada componente indicando o quê e como será avaliado (OLIVEIRA et al., 2013).

Um Catálogo CIPE[®] evidencia a realidade da prática de enfermagem e se destina a uma especialidade clínica ou prioridade de saúde. Ele contém um grupo de enunciados diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem, sendo que, uma vez construído deve ser submetido a um processo de validação por um grupo de especialistas. Portanto, a validação de conteúdo por um grupo de especialistas ou juizes é uma etapa fundamental (COENEN; KIM, 2010).

A validação de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novos instrumentos porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Na validade de conteúdo avalia-se o grau em que cada elemento de um instrumento é relevante e representativo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Esta análise é baseada, necessariamente, no julgamento realizado por um grupo de juizes experientes na área, a quem caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MEDEIROS et al., 2015).

Durante o desenvolvimento de instrumento, um dos pontos discutidos nessa avaliação é o número e a qualificação desses juízes. A literatura apresenta controvérsias sobre esse ponto. Os critérios de seleção propostos por Fehring (1987) privilegiam a formação acadêmica em detrimento da experiência clínica. A proposta inicial descrevia um mínimo de 25 *experts* para, em seguida, determinar um mínimo de 50, apesar de não ter nenhuma justificativa para tais números (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013). Colucci, Alexandre e Milani (2015) sugerem que o pesquisador deve levar em consideração a experiência e a qualificação dos juízes, destacando a experiência clínica; publicação e pesquisa sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção do instrumento pesquisado.

Além disso eles afirmam que os juízes devem analisar os itens do instrumento, verificando sua clareza e pertinência. Em relação à clareza, deve-se avaliar a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir. Pertinência ou representatividade significa notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos. Deve-se deixar um espaço para que os especialistas possam redigir sugestões para melhorar o item ou fazer comentários.

Após a etapa de validação de conteúdo, torna-se necessário verificar sua operacionalização e proceder a uma testagem clínica do instrumento. No caso dos catálogos CIPE[®], confirmar se os seus componentes são sustentados por dados clínicos reais de uma população específica.

O Catálogo CIPE[®] é considerado um instrumento tecnológico, com finalidade de aplicação prática. Ele possibilita uma linguagem comum para a prática de enfermagem, sendo uma representação de conceitos e descrição de cuidados na prática local e mundial. Isto possibilita a comparação de dados, incentiva a pesquisa, auxilia o ensino e projeta tendências das necessidades dos pacientes aos quais o Catálogo se destina.

No presente estudo considera-se que é necessário estabelecer a validade dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem aqui elaborados, pois se pretende construir um Catálogo CIPE[®] útil à prática da neuroreabilitação. Caso os enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que estão sendo testadas não sejam consideradas eficazes, as conclusões extraídas da fase empírica do estudo serão inválidas e não promoverão o seu desenvolvimento (RIBEIRO et al., 2013).

Material e Métodos

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Os estudos que têm como objetivo desenvolver Catálogos CIPE[®] são classificados como pesquisas metodológicas (NOBREGA et al., 2015). Considerando-se que o Catálogo CIPE[®] é um instrumento tecnológico para apoiar o cuidado de enfermagem a pacientes em processo de neuroreabilitação, este estudo constitui-se em uma pesquisa metodológica, pois envolve diferentes métodos de coleta, organização e análise de dados (POLIT; BECK, 2011).

5.2 Local

O estudo foi realizado na Rede de Hospitais de Reabilitação, unidade de Belo Horizonte - MG. A Rede é uma das maiores do mundo em reabilitação. Ela é constituída por nove unidades hospitalares, sendo duas localizadas em Brasília-DF e uma, respectivamente, em Salvador - BA, São Luís - MA, Belo Horizonte - MG, Fortaleza - CE, Rio de Janeiro - RJ, Macapá - AP e Belém - PA.

Todos os atendimentos realizados na Rede têm como objetivo a reabilitação do indivíduo e, como princípio, a interdisciplinaridade. Além de uma cuidadosa avaliação das condições clínicas de cada paciente, prevê a percepção do indivíduo na sua integralidade permitindo a adequada atuação de cada profissional envolvido no programa de reabilitação proposto.

As especialidades de atendimento disponíveis para pacientes adultos são ortopedia, neurologia, genética médica, cirurgia reparadora. Os programas de reabilitação disponíveis são os de reabilitação neurológica, neuroreabilitação em lesão medular, auxílio ao diagnóstico e tratamento (Ortopedia adulto).

O Programa de Ortopedia realiza tratamento clínico, cirúrgico e reabilitação de pessoas com doenças neurodegenerativas e as osteomusculares.

O Programa de Reabilitação Neurológica admite adultos portadores de lesões neurológicas adquiridas ou congênitas. As principais patologias atendidas pela Equipe de Reabilitação Neurológica na unidade de Belo Horizonte são: Doença de Parkinson; Ataxias

hereditárias e adquiridas; Esclerose múltipla; Alterações motoras e cognitivas decorrentes de AVE e TCE; Doenças do sistema nervoso periférico; polineuropatias periféricas e miopatias.

O Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular admite adultos com lesões medulares congênitas ou adquiridas. As lesões adquiridas podem ser de etiologia traumática e não traumática. Entre as causas de lesões traumáticas, encontram-se os acidentes de trânsito, as quedas, os mergulhos, os ferimentos por armas brancas e por armas de fogo, entre outros. As lesões não traumáticas podem ser originárias de tumores, infecções, malformações arteriovenosas e de doenças degenerativas.

Os programas de reabilitação são individualizados e organizados de forma dinâmica e contextualizada, de acordo com o potencial de recuperação funcional, e podem ser realizados ambulatorialmente, em regime de hospital-dia ou internação.

5.2.1 Caracterização da população

A Rede tem como prática disseminar o conhecimento junto a pacientes e cuidadores, para que estes se tornem sujeitos dos processos terapêuticos, sendo essa uma prática constante em todas as etapas de atendimento. Além de capacitar os profissionais que nela atuam. Para tanto, a equipe de enfermagem da Rede Sarah tem como meta manter-se atualizada, ampliar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, através de pesquisas e estudos clínicos, em benefício do paciente, coletividade e do desenvolvimento da profissão, para que o seu trabalho alcance os níveis de excelência esperados e que a assistência de enfermagem seja qualificada.

Os enfermeiros especializaram-se na neuroreabilitação. Eles são treinados para avaliar continuamente o nível de qualidade dos cuidados prestados aos pacientes portadores de sequelas ou com problemas neurológicos e motores, propondo condutas para a melhoria da assistência de enfermagem. Estes enfermeiros são submetidos, tanto no seu ingresso como periodicamente, a treinamentos direcionados ao atendimento especializado em toda a rede hospitalar. Por tudo isso, os enfermeiros da Rede Sarah foram selecionados como especialistas para a validação de conteúdo do Catálogo proposto neste estudo.

5.3 Procedimentos para a construção do Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação

Para proceder à construção do Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação, foram seguidas as seguintes etapas: 1) composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem; 2) construção de definições operacionais para os enunciados dos diagnósticos / resultados de enfermagem; 3) validação de conteúdo dos enunciados e das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem e validação de conteúdo dos enunciados das intervenções de enfermagem; 4) organização do Catálogo de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy.

5.3.1 Primeira etapa: composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem

Esta etapa teve o objetivo de compor, com base em banco de termos construído em pesquisa anterior (SOUZA, 2012), na literatura da área, nos conceitos pré-coordenados e nos conceitos primitivos do modelo de sete eixos da CIPE® Versão 2015, uma listagem de enunciados de diagnósticos /resultados e intervenções de enfermagem para o paciente em processo de neuroreabilitação.

Seguindo a orientação do CIE, a elaboração de novos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem teve como referencial a norma ISO 18.104:2014 da Organização Internacional de Normalização (*International Organization of Standardisation*, ISO) (ISO, 2014).

No que diz respeito à literatura, realizou-se um levantamento de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais focalizando a neuroreabilitação. Fez-se também uma busca em livros-texto da área da saúde, da Enfermagem, da Reabilitação, da Neurologia, da Urologia, além de dicionários da área da Enfermagem e da saúde, com a finalidade de verificar se existiam enunciados de diagnósticos /resultados e intervenções de enfermagem para a área da neuroreabilitação ainda não contemplados.

Após a revisão da literatura e a composição da listagem de enunciados de diagnósticos /resultados e intervenções de enfermagem, estes foram inseridos em uma planilha.

Após a criação dos diagnósticos/resultados e intervenções, eles foram alocados no Excel for Window e submetidos a um processo de mapeamento cruzado, o que implicou na

ligação dos enunciados construídos com os enunciados da CIPE[®] Versão 2015, Para isso, foi utilizado o programa Access for Windows com a importação da planilha do Excel para construir a tabela dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, a qual foi cruzada com os enunciados da CIPE[®] Versão 2015.

Os enunciados idêntico e similares foram classificados como constantes na classificação e os diferentes como os não constantes.

5.3.2 Segunda etapa: construção de definições operacionais para os enunciados dos diagnósticos / resultados de enfermagem

Esta etapa foi realizada tendo em vista que o processo de validação requer, para compreensão do conceito em análise, uma definição que explicita, como elemento mínimo e essencial, os traços que estabelecem a identidade semântica do diagnóstico / resultado de enfermagem. Além disso, considerou-se conceituar cada diagnóstico / resultado de enfermagem levando em consideração o uso deles na prática de enfermagem de neuroreabilitação (LOPES, SILVA; ARAUJO, 2013).

Para os diagnósticos / resultados de enfermagem construídos foram elaboradas definições operacionais, utilizando-se as seguintes etapas: 1) revisão da literatura 2) desenvolvimento de uma definição; 3) identificação e desenvolvimento de características específicas da neuroreabilitação.

Na definição dos diagnósticos / resultados de enfermagem, foram consideradas as seguintes recomendações: a definição deve ter sentido e não ser circular; não deve ser tão ampla que permita que o diagnóstico / resultado de enfermagem se defina e se aplique a mais objetos do que ao devido, nem ser tão restrita que exclua suas legítimas aplicações; deve expor os atributos essenciais dos conceitos subjacentes ao enunciado, evitando-se a linguagem ambígua; deve ser literal; expressar-se em uma frase positiva; ser neutra e não valorativa (PAVEL; NOLET, 2003).

5.3.3 Terceira etapa: validação de conteúdo dos diagnósticos / resultados e das intervenções de enfermagem

Nesta etapa, teve-se como objetivo validar o conteúdo dos enunciados e das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem e validar o conteúdo dos enunciados

das intervenções de enfermagem do Catálogo CIPE[®] para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação. Utilizou-se a validação de conteúdo, realizado por um grupo de juízes, “*experts*”, na área do conhecimento desta pesquisa.

Segundo Alexandre e Coluci (2011) o método de validação de conteúdo segue as seguintes etapas: construção do instrumento (termos que irão compor o Catálogo CIPE[®] para reabilitação) e avaliação pelo comitê de especialistas. Para a seleção de especialistas deve-se levar em conta um número mínimo de juízes, de acordo com a proposta da pesquisa; ter conhecimento sobre a CIPE[®] e experiência no seu uso; experiência clínica na neuroreabilitação e, se possível, ter publicação e pesquisas sobre o tema.

5.3.3.1 População e amostra

Uma revisão da literatura realizada por Alexandre e Coluci (2011) evidenciou controvérsias sobre o número de juízes para realizar a validação de conteúdo de um instrumento.

Entretanto para a definição do tamanho amostral de especialistas a ser incluído nesta fase da pesquisa, adotou-se a fórmula que leva em consideração a proporção final de sujeitos em relação à determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção: $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d$, onde Z_{α} refere-se ao nível de confiança, que foi de 95%, P é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência do componente do resultado de enfermagem e será considerada de 85%, e d é a diferença de proporção considerada aceitável, que será de 15%, incluindo um intervalo de 70 a 100% na referida concordância.

Desse modo, o cálculo final foi determinado por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$, concluindo em um número amostral de 22 especialistas.

Quanto à experiência e à qualificação dos juízes (enfermeiros), foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter experiência de no mínimo cinco anos no atendimento assistencial de pacientes adultos em processo de neuroreabilitação e experiência clínica de no mínimo de três anos no uso da CIPE[®].

Os questionários foram enviados para 78 enfermeiros que tinham os critérios preestabelecidos para serem juízes da pesquisa, com um retorno de 33 questionários.

5.3.3.2 Procedimento de coleta de dados

Após o aceite em participar da pesquisa os enfermeiros receberam um instrumento com duas partes distintas (APÊNDICE B): a primeira parte, contendo os enunciados e as definições operacionais dos diagnósticos / resultados de enfermagem; a segunda parte, contendo as ações de enfermagem sugeridas para os diagnósticos/resultados de enfermagem.

A primeira parte do instrumento de coleta de dados foi construída com base numa ferramenta para avaliação de conceitos, adaptada à realidade da assistência ao paciente em neuroreabilitação. Os itens foram avaliados conforme sugerido por Cubas et al. (2007), quanto à clareza das frases; possibilidade de observação, medição ou verificação dos sinais e sintomas; possibilidade de intervenção da enfermagem; e aplicação na prática atual.

Os sujeitos responderam se concordavam com os enunciados propostos para o Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação, percorrendo os seguintes passos: a) leitura da definição proposta; b) marcação da concordância ou discordância com o enunciado e posteriormente ao conceito nos quatro itens propostos para cada definição. Em caso de concordância parcial ou discordância nos itens relativos à clareza da frase e a possibilidade de verificação ou medição dos sinais e sintomas, o respondente poderia sugerir alterações e indicar, se possível, a referência que o respaldou.

No processo de validação de conteúdo foi perguntado a cada especialista se ele concordava ou concordava parcialmente ou não concordava com o enunciado e com as definições operacionais do diagnóstico / resultado de enfermagem nos seguintes itens: **A** – o enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade; **B** – a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis; **C** - esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem; **D** - este diagnóstico / resultado se aplica à sua prática clínica em neuroreabilitação (APÊNDICE B).

A segunda parte do instrumento tinha a finalidade de avaliar os enunciados das ações de enfermagem e se essas ações eram utilizadas na prática clínica dos respondentes. Dois questionamentos deveriam ser respondidos: se respondentes concordavam ou discordavam do enunciado das ações de enfermagem; e se essas ações eram usadas por eles na prática clínica. Assim como anteriormente, em caso de discordância foi solicitado ao respondente que sugerisse alterações, e que indicasse, se possível, a referência que o respaldou (ANDRADE; CHIANCA, 2013).

5.3.3.3 Tratamento e análise dos dados

Tanto os dados de cada especialista, como suas respectivas notas foram organizados em planilhas do programa Excel. Os resultados do instrumento foram organizados em frequência absoluta e calculados pela fórmula do Índice de Concordância (IC): $IC = \frac{NC}{NC+ND}$, onde **NC** é o número de concordâncias e **ND** o número de discordâncias⁽¹²⁾. A formulação que atingiu um IC geral de 0,80 foi considerada validada (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

5.3.4 Quarta etapa: Organização do Catálogo de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy

Segundo a CIE, não há um modelo teórico ou conceptual específico para a organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem num Catálogo CIPE[®]; a definição desse modelo pode variar, sendo determinada pelos enfermeiros que elaboram os Catálogos específicos (JANSEN, 2007; ICN, 2005). Na presente proposta, optou-se por organizar os diagnósticos / resultados e intervenções de acordo com os conceitos do Modelo de Adaptação de Roy, tendo em vista que é o modelo de enfermagem adotado na instituição em que o estudo foi desenvolvido.

O Modelo de Adaptação de Roy é considerado pelos enfermeiros especialistas como apropriado para prática de enfermagem na área, por ser consistente com os princípios do processo de reabilitação. Esse modelo, também foi escolhido porque pode ser utilizado na educação, pesquisa e na prática. Ele contempla a pessoa de forma holística e como um ser adaptável, identificando quatro modos de adaptação: de desempenho de papel, de interdependência, de autoconceito e fisiológico. O seu uso promove um cuidado contínuo, identificando não só os aspectos fisiológicos, mas também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do cuidado de enfermagem e o seu impacto no processo de reabilitação da pessoa. Além disso, esse modelo já está implantado na instituição, desde o ano de 2005 (ANDRADE et al., 2015; HARGROVE; DERSTINE, 2001; ROY; ANDREWS, 2005).

5.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu as normas estabelecidas na Resolução 466/2012 para pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando-se o sigilo das informações coletadas nos prontuários dos pacientes e foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e recebeu parecer favorável, sob o CAAE nº 67217315.0.0000.5149.

Os sujeitos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), constituindo assim, o corpo de especialistas para a avaliação do conteúdo dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Resultados e Discussão

6. Resultados e Discussão

6.1 Composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem e construção das definições operacionais dos diagnósticos / resultados de enfermagem

Inicialmente foram construídos os enunciados diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem (APÊNDICE C). Foram construídos um total de 1.490 enunciados: 394 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, 1096 intervenções de enfermagem. Posteriormente, foi realizado um mapeamento cruzado, para definir quais enunciados estavam presentes ou não na CIPE[®] versão 2015.

Dos 394 diagnósticos/resultados de enfermagem, 209 (53%) foram classificados como idênticos a CIPE[®] Versão 2015, 35 (8,9%) similares e 150 (38,1%) diferentes. Das 1.096 intervenções de enfermagem, 201 (18,3%) foram classificadas como idênticas à CIPE[®] Versão 2015 e 895 (81,7%) diferentes dela. No caso dos diagnósticos similares foram utilizados os diagnósticos conforme descritos na CIPE[®] para a validação

No Apêndice B estão organizados os 394 diagnósticos/resultados de enfermagem, com suas respectivas definições apoiadas na literatura. Algumas definições tiveram como base as definições de alguns termos do eixo foco e do eixo julgamento da CIPE[®] Versão 2015, constituindo assim o conceito do enunciado. Para cada definição de diagnósticos e resultados foram sugeridos um grupo de intervenções de enfermagem para resolver as necessidades dos pacientes.

Um catálogo CIPE[®] contém diagnósticos e intervenções de enfermagem, sendo que os diagnósticos não são conceituados, como ocorre em outras classificações como a NANDA-I. Entretanto, cada diagnóstico é composto por um núcleo conceitual e um conjunto mínimo de características que delimitam o conceito em si e constituem o que se denomina de atributos essenciais. Portanto, nesta pesquisa preocupou-se em compor as definições para cada diagnóstico, identificando os atributos essenciais, ou seja, indicadores clínicos (sinais e sintomas) que fazem parte da definição do diagnóstico que permite ao enfermeiro decidir pelo estabelecimento do diagnóstico ou não (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Ao utilizar a ideia de indicadores clínicos como sinais e sintomas, estabelece-se a noção de diagnóstico como um processo de raciocínio clínico, o qual está diretamente

associado aos métodos de validação de diagnósticos de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

6.2 Validação de conteúdo dos diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem elaboradas

Eles eram em sua maioria do sexo feminino (90,9%), com média de 33,1 anos de idade (± 8 anos). O tempo médio de formação desde a conclusão da graduação foi de 15 anos ($\pm 7,3$ anos), a maioria possuía titulação de especialista (75,5%) e os demais de mestre.

Todos os especialistas afirmaram ter experiência prévia no uso da CIPE[®] na sua prática clínica. Dentre os enfermeiros, 3 relataram o desenvolvimento de estudo de dissertação ou publicação de artigos científicos com a temática da pesquisa.

Quanto ao local em que os especialistas exerciam suas atividades profissionais no último ano, 8 participantes assistiam diretamente os pacientes na ortopedia adulto, 8 na neuroreabilitação adulto e 17 na neuroreabilitação lesão medular. Todos os enfermeiros utilizavam o processo de enfermagem em sua prática profissional (assistência).

Os achados demonstram que maioria dos enunciados e das definições operacionais dos diagnósticos / resultados de enfermagem obtiveram índice de concordância igual ou acima de 80%. Dos 394 diagnósticos/resultados de enfermagem foram considerados válidos 266 diagnósticos, sendo 161 idênticos a CIPE[®] Versão 2015, e 105 diferentes.

A tabela 1 apresenta os 266 diagnósticos/ resultados de enfermagem que alcançaram índice de concordância acima de 0,80.

TABELA 1 - Diagnósticos / resultados de enfermagem segundo o índice de concordância dos especialistas. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2018

Diagnósticos de Enfermagem	IC
Aceitação do estado de saúde	1,0
Aceitação do estado de saúde prejudicado	1,0
Adaptação eficaz	1,0
Adaptação prejudicada	1,0
Adesão ao regime de reabilitação	1,0
Adesão ao regime medicamentoso	1,0
Alergia	1,0
Alergia a medicação	1,0
Alergia a medicação ausente	1,0

(continua)

(continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	IC
Alergia ao látex	1,0
Alergia ao látex ausente	1,0
Alergia ausente	1,0
Ansiedade	1,0
Ansiedade reduzida	1,0
Aspiração	1,0
Aspiração Ausente	1,0
Barreira na comunicação	1,0
Capacidade do cuidador para executar o cuidado prejudicada	1,0
Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada	1,0
Capaz de executar atividade de lazer	1,0
Cefaleia (leve, moderada, forte, intensa)	1,0
Cefaleia ausente	1,0
Cicatrização de ferida eficaz	1,0
Comportamento agressivo	1,0
Comportamento agressivo ausente	1,0
Conhecimento adequado	1,0
Conhecimento sobre cuidados com ferida	1,0
Conhecimento sobre doença	1,0
Conhecimento sobre manejo da dor	1,0
Conhecimento sobre manejo da medicação	1,0
Conhecimento sobre medicação	1,0
Conhecimento sobre prevenção de queda	1,0
Constipação	1,0
Continência intestinal	1,0
Continência urinária	1,0
Controle da convulsão	1,0
Controle da disreflexia autonômica	1,0
Convulsão	1,0
Cuidador capaz de executar o cuidado	1,0
Deficit de autocuidado	1,0
Deglutição eficaz	1,0
Deglutição prejudicada	1,0
Dependência para o autocuidado	1,0
Dermatite seborreica	1,0
Desempenho sexual eficaz	1,0
Desempenho sexual prejudicado	1,0
Desidratação	1,0
Diabetes	1,0
Diarreia	1,0
Diarreia ausente	1,0
Disreflexia autonômica	1,0
Disúria	1,0
Disúria ausente	1,0
Dor (transitória, aguda ou crônica) (leve, moderada, forte, intensa)	1,0
Dor (transitória, aguda ou crônica) ausente	1,0
Dor neuropática/neurogênica (leve, moderada, forte, intensa)	1,0
Dor neuropática/neurogênica ausente	1,0
Edema periférico	1,0
Edema periférico ausente	1,0
Efeito colateral da medicação	1,0
Efeito colateral da medicação ausente	1,0

(continua)

(continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	IC
Eritema	1,0
Eritema de calor	1,0
Escoriação	1,0
Espasticidade	1,0
Espasticidade diminuída	1,0
Estresse ausente	1,0
Estresse diminuído	1,0
Estresse do cuidador	1,0
Estresse do cuidador ausente	1,0
Estresse do cuidador reduzido	1,0
Expectativa sobre o tratamento irrealista	1,0
Expectativa sobre o tratamento realista	1,0
Falta de conhecimento (Deficit)	1,0
Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida	1,0
Falta de conhecimento sobre doença	1,0
Falta de conhecimento sobre manejo da dor	1,0
Falta de conhecimento sobre manejo da medicação	1,0
Falta de conhecimento sobre medicação	1,0
Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas	1,0
Febre	1,0
Ferida cirúrgica	1,0
Ferida por queimadura	1,0
Ferida traumática	1,0
Fissura	1,0
Hemorroida	1,0
Hidratação adequada	1,0
Hiperglicemia	1,0
Hipertensão	1,0
Hipoglicemia	1,0
Hipotensão	1,0
Hipotensão postural	1,0
Impactação	1,0
Impotência sexual	1,0
Incontinência intestinal	1,0
Incontinência urinária	1,0
Incontinência urinária de esforço	1,0
Incontinência urinária de urgência	1,0
Independência para o autocuidado	1,0
Ingestão de líquidos eficaz	1,0
Ingestão de líquidos prejudicada	1,0
Insônia	1,0
Lesão por pressão	1,0
Lesão por pressão ausente	1,0
Medo da cirurgia ausente	1,0
Medo de cirurgia	1,0
Mobilidade em cadeira de rodas melhorada	1,0
Mobilidade em cadeira de rodas prejudicada	1,0
Mobilidade na cama (leito) prejudicada	1,0
Mobilidade prejudicada	1,0
Não adesão ao regime de reabilitação	1,0
Não adesão ao regime medicamentoso	1,0
Náusea	1,0

(continua)

(continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	IC
Náusea ausente	1,0
Negligência unilateral (heminégligência)	1,0
Negligência unilateral diminuída (Heminégligência)	1,0
Pele friável	1,0
Pele hidratada	1,0
Pele íntegra	1,0
Pressão arterial alterada	1,0
Pressão arterial nos limites normais	1,0
Problema de relacionamento com o cuidador	1,0
Queda	1,0
Queda ausente	1,0
Relacionamento com o cuidador positivo	1,0
Resistência Uretral	1,0
Resistência uretral ausente	1,0
Resposta ao desuso	1,0
Retenção urinária	1,0
Risco de alergia	1,0
Risco de alergia a medicação	1,0
Risco de alergia ao látex	1,0
Risco de aspiração	1,0
Risco de convulsão	1,0
Risco de desidratação	1,0
Risco de disreflexia autonômica	1,0
Risco de efeito colateral da medicação	1,0
Risco de estresse	1,0
Risco de estresse do cuidador	1,0
Risco de Hiperglicemia	1,0
Risco de Hipoglicemia	1,0
Risco de hipotensão postural	1,0
Risco de incontinência urinária de urgência	1,0
Risco de infecção do trato urinário	1,0
Risco de lesão por pressão	1,0
Risco de queda	1,0
Risco de retenção urinária	1,0
Risco de trauma uretral	1,0
Risco de trombose venosa profunda	1,0
Síndrome do desuso	1,0
Sono eficaz	1,0
Sono melhorado	1,0
Transpiração excessiva (Hiperidrose)	1,0
Trauma uretral	1,0
Trauma uretral ausente	1,0
Trombose venosa profunda	1,0
Trombose venosa profunda ausente	1,0
Vômito	1,0
Vômito ausente	1,0
Capacidade para transferência prejudicada	0,98
Defecação eficaz	0,98
Defecação prejudicada	0,98
Risco de isolamento social	0,97
Candidíase	0,96
Comunicação melhorada	0,96

(continua)

(continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	IC
Continuidade para o cuidado	0,96
Mucosa oral íntegra	0,96
Atitude em relação ao cuidado conflituosa	0,95
Atitude em relação ao cuidado positiva	0,95
Enurese	0,95
Falta de conhecimento sobre medidas de segurança	0,95
Integridade da pele prejudicada	0,95
Obstrução de vias aéreas	0,95
Perfusão tissular periférica eficaz	0,95
Risco de hemorragia	0,95
Sangramento ausente	0,95
Agitação	0,94
Conhecimento sobre medidas de segurança	0,94
Dependência para o autocuidado diminuída	0,94
Desempenho do papel prejudicado	0,94
Preocupação	0,94
Eczema de contato (Dermatite de contato)	0,93
Problema de continuidade do cuidado	0,93
Autoeficácia	0,92
Baixa autoeficácia	0,92
Capaz de transferir-se	0,92
Desempenho do papel eficaz	0,92
Dispneia	0,92
Perfusão tissular periférica prejudicada	0,92
Risco de obstrução de vias aéreas	0,92
Alergia Alimentar	0,91
Baixa autoestima	0,91
Desempenho sexual prejudicado	0,91
Micção prejudicada (eliminação urinária prejudicada)	0,91
Alodinia (leve, moderada, forte, intensa)	0,90
Alodinia ausente	0,90
Bem-estar social prejudicado	0,90
Confusão	0,90
Hemorragia	0,90
Marcha (caminhada) prejudicado	0,90
Não adesão ao regime de segurança	0,90
Pele seca (ressecada)	0,90
Adesão às precauções de segurança	0,89
Micção eficaz	0,89
Risco de glicemia instável	0,89
Risco de constipação	0,89
Transpiração reduzida	0,89
Alergia alimentar ausente	0,88
Baixo Peso	0,88
Bradycardia	0,88
Limpeza de vias aéreas eficaz	0,88
Membrana da mucosa oral prejudicada	0,88
Peso nos limites normais	0,88
Risco de solidão	0,88
Taquicardia	0,88
Alucinação	0,87
Humor deprimido diminuído	0,87

(continua)

(continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	IC
Incontinência urinária por transbordamento	0,87
Limpeza de vias aéreas prejudicada	0,87
Nível de glicose sanguínea eficaz	0,87
Sobrecarga de estresse (estresse)	0,87
Sono prejudicado	0,87
Apoio social eficaz	0,86
Autoconceito prejudicado	0,86
Capaz de mobilizar-se	0,86
Capaz de mover-se na cama	0,86
Isolamento social	0,86
Preocupação diminuído	0,86
Risco de alergia alimentar	0,86
Ritmo respiratório nos limites normais	0,86
Atitude em relação à dor ineficaz	0,85
Autoimagem negativa	0,85
Controle da dor inadequado	0,85
Enfrentamento da dor eficaz	0,85
Obesidade	0,85
Alucinação ausente	0,84
Apetite positivo	0,84
Capaz de executar o autocuidado	0,84
Enfrentamento da dor ineficaz	0,84
Ritmo cardíaco nos limites normais	0,84
Capaz de andar (caminhar)	0,83
Hipertermia	0,83
Humor deprimido (depressão)	0,83
Termorregulação eficaz	0,83
Agitação ausente	0,82
Autoimagem positiva	0,82
Bom humor	0,82
Confusão ausente	0,82
Controle da dor	0,82
Falta de apetite	0,82
Infecção do trato urinário ausente	0,82
Resposta negativa à nutrição enteral	0,82
Sobrepeso	0,82
Temperatura corporal nos limites normais	0,82
Autoconceito melhorado	0,81
Edema de vasos sanguíneos melhorado	0,81
Função neurovascular periférica eficaz (neuropraxia)	0,81
Função neurovascular periférica prejudicada (neuropraxia)	0,81
Capaz de socializar-se (Socialização adequada)	0,80
Autoestima positiva	0,80
Humores lábeis (labilidade emocional)	0,80
Ideação suicida ausente	0,80
Ideação suicida	0,80
Risco de função neurovascular periférica prejudicada	0,80
Resposta eficaz à nutrição enteral	0,80
Infecção do trato urinário (infecção urinária)	0,80

Fonte: Dados da Pesquisa

Das 1.096 intervenções de enfermagem construídas foram validadas 540, sendo 73 foram classificadas como idênticas a CIPE® Versão 2015 e 467 diferentes.

O quadro 3 apresenta as 540 intervenções de enfermagem que alcançaram índice de concordância acima de 0,80.

QUADRO 3 - Intervenções de enfermagem com índice de concordância igual ou acima de 0,80. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2018

Intervenções de Enfermagem	
Aconselhar sobre a autoestima	Avaliar autoimagem
Aconselhar sobre a autoimagem	Avaliar autopercepção
Aconselhar sobre esperança	Avaliar cicatrização da ferida
Adaptar plano de cuidado a condição socioeconômica	Avaliar características da eliminação urinária
Administrar alimentos conforme a consistência indicada	Avaliar circulação periférica
Administrar enema	Avaliar cobertura curativo
Administrar hemoterapia	Avaliar comportamento
Administrar laxante (medicação) conforme prescrição	Avaliar comportamento do cuidador
Administrar medicação	Avaliar condição cardíaca
Administrar oxigenoterapia	Avaliar condição neurológica
Administrar soroterapia	Avaliar condições de deglutição
Administrar supositório	Avaliar conhecimento sobre manejo da dor
Aplicar contensão física	Avaliar conhecimento sobre medicação
Aplicar dispositivo de segurança (ex: grades de cama)	Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança
Aplicar escala de risco de lesão por pressão	Avaliar conhecimento sobre prevenção da dor
Aplicar medicação tópica	Avaliar cuidado do paciente
Aplicar meias elásticas	Avaliar cuidado e manejo de técnicas de prevenção da disreflexia autonômica
Aplicar pomada tópica	Avaliar deglutição
Aspirar orofaringe	Avaliar deglutição do paciente
Aspirar paciente	Avaliar desempenho sexual
Aspirar secreções da cavidade oral, após a crise convulsiva	Avaliar diário de glicemia do paciente
Aspirar traqueostomia	Avaliar disfunção sexual
Aumentar a lubrificação uretral em caso de resistência uretral	Avaliar dispneia
Aumentar a lubrificação uretral em caso de trauma uretral	Avaliar disposição para a realização das atividades
Aumentar ingestão de líquidos	Avaliar distensão da bexiga
Auscultar sons respiratórios	Avaliar distensão da bexiga
Auxiliar assentar-se no leito	Avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração
Auxiliar cuidador no cuidado do paciente	Avaliar edema periférico, pulsos, temperatura e cor da pele
Auxiliar na mobilidade na cama	Avaliar efeito colateral da medicação
Auxiliar nas transferências	Avaliar eliminação intestinal
Auxiliar no autocuidado	Avaliar eliminação intestinal
Auxiliar paciente a identificar a causa da agressividade	Avaliar exame de urina
Auxiliar paciente a identificar os fatores que aumentam a dor	Avaliar exames de glicemia
Auxiliar paciente a identificar os vários papéis na vida	Avaliar exames laboratoriais
Auxiliar paciente a identificar seu papel usual na família	Avaliar ferida
Auxiliar paciente no manejo do estresse	Avaliar humor
Avaliar aceitação da dieta enteral	Avaliar ideação suicida
Avaliar aceitação da dieta prescrita	Avaliar ingestão de alimentos
Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa	Avaliar manifestações gastrointestinais
Avaliar atitude do paciente em relação à dor	Avaliar membro afetado
Avaliar autoestima	Avaliar membros inferiores e superiores
	Avaliar mucosa oral
	Avaliar necessidade de dieta enteral

(continua)

Intervenções de Enfermagem	
Avaliar nível de adesão ao regime de reabilitação	Demonstrar plano de cuidados ao cuidador
Avaliar nível de adesão ao regime de segurança	Demonstrar técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada
Avaliar nível de adesão ao regime medicamentoso	Desenvolver um plano de cuidados para a pele em pacientes com risco para disreflexia autonômica
Avaliar nível de conhecimento	Determinar as causas do problema de relacionamento com o cuidador
Avaliar nível de conhecimento da doença	Determinar causa da diarreia
Avaliar nível de conhecimento sobre a sexualidade	Determinar intervalo para o treino miccional
Avaliar nível de conhecimento sobre cuidados com ferida	Determinar o impacto da dor no paciente
Avaliar nível de conhecimento sobre manejo da medicação	Diminuir estímulos durante a alimentação do paciente
Avaliar nível de estresse	Elevar cabeceira da cama, no ângulo de 45 a 90 graus ou sentar
Avaliar nível de preocupação	Elevar cabeceira do leito antes de transferir o paciente
Avaliar o autocuidado do paciente	Elevar membro afetado
Avaliar pele	Elevar membros inferiores
Avaliar pele na busca de alteração na integridade	Elevar pernas
Avaliar perfusão tissular	Elogiar o comportamento positivo
Avaliar plano de cuidados	Encaminhar cuidador ao serviço de psicologia
Avaliar plano de reeducação vesical proposto para o paciente	Encaminhar família para o serviço social
Avaliar processo hemorroidário	Encaminhar paciente ao grupo de orientação sobre a dor
Avaliar resposta à medicação	Encaminhar paciente para o serviço social
Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor	Encaminhar para as aulas do programa
Avaliar resposta ao tratamento da candidíase	Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal
Avaliar resposta ao tratamento da dermatite seborreica	Encaminhar para o grupo de orientação sexual
Avaliar resposta ao tratamento do eczema	Encaminhar para realização de eletrocardiograma
Avaliar resposta ao tratamento do eritema	Encorajar a participação em grupos de apoio
Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre a dor	Encorajar adesão à dieta alimentar
Avaliar resposta psicossocial do cuidador a instrução	Encorajar paciente a executar papel
Avaliar risco de alergia	Encorajar paciente a monitorar a própria dor
Avaliar risco de alergia a látex	Encorajar paciente a participar das atividades propostas (artes, socialização, hidroterapia, exercícios, expressão corporal, relaxamento)
Avaliar risco de alergia a medicação	Encorajar paciente a usar o vaso sanitário em intervalos regulares
Avaliar risco de alergia alimentar	Encorajar perda de peso
Avaliar risco de aspiração	Encorajar relações pessoais
Avaliar sinais de desidratação	Ensinar aplicação das meias elásticas
Avaliar sinais vitais	Ensinar cateterismo vesical técnica limpa
Avaliar suporte emocional	Ensinar manuseio da cadeira de rodas
Avaliar suporte social	Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal
Avaliar transpiração	Ensinar paciente/cuidador a esvaziar a bexiga antes dos exercícios
Avaliar unha	Ensinar sobre os sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia
Avaliar uso de meia elástica	Ensinar sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia
Categorizar ferida cirúrgica	Ensinar sobre sinais e sintomas de hiperglicemia
Cateterizar bexiga	Ensinar técnica de tosse
Colaborar com paciente	Ensinar técnica respiratória e de tosse
Colaborar no plano de manejo (controle) da dor	Ensinar técnicas (manobras) para esvaziamento da bexiga
Coletar amostra de fezes para exames	Ensinar travar o freio da cadeira de rodas durante a transferência
Coletar amostra de urina	Envolver família nas atividades do paciente
Colocar fralda	
Comunicar queda	
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório	
Comunicar aspecto e quantidade da secreção das vias aéreas	
Cuidar da sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica	
Demonstrar a técnica de administração da dieta enteral	
Demonstrar a técnica de lavagem da sonda nasogástrica/nasoentérica	

(continuação)

Intervenções de Enfermagem	
Estabelecer confiança	Identificar risco de desidratação
Estabelecer limites	Identificar risco de hemorragia
Estabelecer rotinas	Identificar riscos de queda do paciente, conforme o protocolo da instituição
Estimular a movimentação no leito	Implementar cuidados com a traqueostomia
Estimular a movimentação passiva ou ativa do membro afetado	Implementar cuidados com aspiração da traqueostomia
Estimular aumento da ingestão de líquidos	Implementar cuidados com pacientes em uso de aparelho gessado, conforme protocolo da instituição
Estimular comunicação verbal e não verbal	Implementar cuidados com pacientes em uso de tração cutânea, conforme protocolo da instituição
Estimular expectoração	Implementar cuidados com pacientes em uso de tração transesquelética, conforme protocolo da instituição
Estimular ingestão de líquidos	Implementar medidas não medicamentosas para aliviar a dor
Estimular marcha, dentro dos limites seguros	Implementar oxigenoterapia
Estimular mudança de decúbito	Implementar regime de manejo (controle) da disreflexia autonômica
Estimular o uso de técnicas de tosse	Implementar regime de manejo (controle) de convulsão
Estimular realização dos exercícios e das atividades motoras	Incentivar atividades de lazer
Estimular saída do leito	Incentivar atividades de lazer (estimular)
Evitar procedimentos durante o sono do paciente	Inclinar a cadeira de rodas
Executar estímulo dígito anal	Iniciar cateterismo vesical técnica limpa
Explicar sobre a importância do sono	Iniciar crioterapia para o controle da dor
Explicar técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada (orientar)	Iniciar diário de glicemia
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa	Iniciar plano de manejo (controle) de dor
Facilitar capacidade para comunicar necessidades	Iniciar programa de reeducação vesical e intestinal
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos	Iniciar treinamento de bexiga
Facilitar capacidade para executar o papel	Iniciar treino intestinal
Facilitar habilidade para comunicar-se	Instalar almofada na cadeira de rodas
Fazer progredir (ou promover) a mobilidade	Instalar colchão de ar
Fornecer informações sobre condição de saúde	Instalar grades na cama
Fornecer material para comunicação	Instalar grades nas laterais da cama
Gerenciar ansiedade do cuidador	Instalar órteses
Gerenciar atividade do paciente	Instalar sonda vesical de demora
Gerenciar medicação	Instalar soroterapia
Hidratar pele	Instruir sobre controle da convulsão
Identificar a causa da dispneia	Instruir sobre controle da disreflexia autonômica
Identificar atitude em relação à dor	Interromper cateterismo vesical em caso de trauma uretral
Identificar causa da enurese	Interromper cateterismo vesical, técnica limpa, em caso de resistência
Identificar causa da náusea	Manejar (controlar) da dieta enteral
Identificar causa do vômito	Manter cabeceira do leito elevada antes de transferir o paciente
Identificar com pulseira de paciente alérgico	Manter cabeceira elevada
Identificar condição psicossocial	Manter cateterismo vesical técnica limpa
Identificar estímulo que precipitou a disreflexia autonômica	Manter integridade da pele
Identificar fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação	Manter monitor cardíaco
Identificar fatores que impedem a aceitação do regime de segurança	Manter paciente limpo e seco
Identificar fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso	Manter paciente perto da enfermagem
Identificar formas de comunicação utilizadas pelo paciente	Manter região limpa e seca
Identificar ideação suicida	Manter sonda vesical de demora
Identificar medicamentos usados pelo paciente	Manter via aéreas permeáveis
Identificar medo	Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica)
Identificar motivo da preocupação	Medir (ou verificar) frequência cardíaca
Identificar nível de ansiedade	

(continua)

(continuação)

Intervenções de Enfermagem	
Medir (ou verificar) pressão arterial	Monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário (infecção urinária)
Medir (ou verificar) altura	Monitorar sinais e sintomas de resistência uretral
Minimizar estresse	Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária
Minimizar a preocupação	Monitorar sinais vitais
Minimizar barreiras de comunicação	Monitorar tolerância à atividade
Minimizar efeito colateral da medicação (reduzir)	Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)
Minimizar fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação	Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório
Minimizar fatores que impedem a aceitação do regime de segurança	Observar aceitação da dieta
Minimizar fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso	Observar comportamento/humor do paciente durante as atividades do dia e/ou em relação a dor
Minimizar o medo	Observar engasgos do paciente durante as refeições
Minimizar ruídos durante a noite	Observar o padrão de sono
Monitorar aspecto macroscópico da urina	Observar presença e qualidade dos pulsos
Monitorar bem-estar do paciente	Observar retenção urinária
Monitorar capacidade do paciente em tossir efetivamente	Observar sangramento após o cateterismo vesical
Monitorar características da eliminação intestinal	Observar sinais e sintomas da disreflexia autonômica
Monitorar características das secreções das vias aéreas	Observar sinais e sintomas da hipertensão (ou hipotensão)
Monitorar condição cardíaca	Observar sinais e sintomas da hipertensão (vertigens, dores de cabeça)
Monitorar condição respiratória	Observar sinais e sintomas de piora respiratória
Monitorar condições de eliminação urinária e intestinal do paciente	Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda
Monitorar cor, temperatura e umidade da pele	Obter dados de conhecimento sobre regime medicamentoso
Monitorar eliminação urinária	Obter dados sobre apoio emocional
Monitorar frequência da eliminação intestinal	Obter dados sobre apoio social
Monitorar glicemia capilar	Obter dados sobre autocuidado
Monitorar glicose sanguínea	Obter dados sobre capacidade de continuar com o cuidado
Monitorar humor deprimido	Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar)
Monitorar indicadores de hidratação	Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado
Monitorar ingestão de alimentos	Obter dados sobre condição cardíaca
Monitorar ingestão de líquidos	Obter dados sobre condição neurológica
Monitorar labilidade emocional	Obter dados sobre conhecimento
Monitorar náusea	Obter dados sobre conhecimento processo saúde-doença
Monitorar náusea, vômito e diarreia	Obter dados sobre continência intestinal
Monitorar padrão de sono	Obter dados sobre controle da disreflexia autonômica
Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia)	Obter dados sobre equilíbrio
Monitorar perfusão tissular	Obter dados sobre estresse do cuidador
Monitorar potencial de agressividade do paciente	Obter dados sobre labilidade emocional
Monitorar pressão arterial	Obter dados sobre preocupação
Monitorar quantidade e o tipo de expectoração	Obter dados sobre prevenção de queda
Monitorar risco de queda	Obter dados sobre queda
Monitorar satisfação do paciente com o controle da dor	Obter dados sobre resposta psicológica à dor
Monitorar sinais de confusão	Obter dados sobre risco de úlcera por pressão
Monitorar sinais e sintomas da disreflexia autonômica	Oferecer alimentos na consistência prescrita
Monitorar sinais e sintomas de aspiração	Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta, tábua de letras, computador
Monitorar sinais e sintomas de constipação	Oferecer cadeira de rodas conforme sua necessidade
Monitorar sinais e sintomas de diarreia	Oferecer instrumento para controle de líquidos
Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia	Oferecer instrução para controle de líquidos
Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia	Orientar a cabeceira elevada após a alimentação
Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia	Orientar alívio de pressão na cadeira de rodas
Monitorar sinais e sintomas de impactação	

(continua)

Intervenções de Enfermagem	
Orientar as atividades do autocuidado	Orientar sobre medidas de segurança
Orientar aumento da hidratação	Orientar sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade
Orientar cuidador a não deixar o paciente sozinho	Orientar sobre o papel sexual
Orientar cuidados com a mucosa	Orientar sobre o procedimento cirúrgico
Orientar cuidados com a pele	Orientar sobre o uso e os efeitos da medicação anticoagulante
Orientar cuidados com a pele e o couro cabeludo	Orientar sobre os horários de administração da medicação
Orientar cuidados com ferida cirúrgica	Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso
Orientar cuidados com os membros edemaciados	Orientar sobre prevenção da alergia
Orientar cuidados com prótese dentária	Orientar sobre prevenção de queda
Orientar estímulo dígito anal em dias alternados	Orientar sobre prevenção de úlcera por pressão
Orientar família sobre alucinação	Orientar sobre promoção da saúde
Orientar hidratação da pele	Orientar sobre reabilitação
Orientar medidas de segurança	Orientar sobre técnica de redução de risco
Orientar mudança de decúbito	Orientar sobre técnica de transferência
Orientar na identificação das causas, sinais e sintomas, medidas de prevenção e controle da disreflexia autonômica	Orientar sobre treinamento de bexiga
Orientar na identificação dos estímulos nocivos capazes de precipitar a disreflexia autonômica	Orientar sobre treinamento intestinal
Orientar paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam o risco de queda	Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo)
Orientar paciente sobre possível efeito colateral da medicação	Orientar técnicas de adaptação da negligência unilateral (heminégligência)
Orientar posicionamento para alívio da dor	Orientar uso da cinta elástica
Orientar registro diário de glicemia	Orientar uso da medicação anti-hipertensivos
Orientar rodízio no local da aplicação da insulina	Orientar uso das faixas de contenção de membros inferiores na cadeira de rodas
Orientar sobre a dor neuropática	Orientar uso de adaptações para o autocuidado em pessoas com negligência unilateral (heminégligência)
Orientar sobre a importância da autopercepção	Orientar uso de almofadas para o melhor posicionamento no leito
Orientar sobre a importância da monitorização laboratorial	Orientar uso de medicamentos para ereção
Orientar sobre a importância das medidas de segurança	Orientar uso de meias elásticas
Orientar sobre a importância do uso da medicação	Ouvir atentamente
Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente	Pesar (verificar) paciente
Orientar sobre a mudança de decúbito	Posicionar decúbito lateral a fim de evitar o engasgue com a própria saliva ou vômito, durante a crise convulsiva
Orientar sobre a negligência unilateral (heminégligência)	Posicionar paciente em decúbito ventral
Orientar sobre alternativas para alívio da dor	Prescrever meias elásticas
Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual	Prevenir alergia
Orientar sobre anestesia	Prevenir alergia a medicação
Orientar sobre as complicações da doença	Prevenir alergia alimentar
Orientar sobre as técnicas seguras de transferências	Prevenir alergia ao látex
Orientar sobre autocuidado	Prevenir constipação intestinal
Orientar sobre cicatrização da ferida	Prevenir ferida
Orientar sobre comportamento de busca de saúde	Prevenir lesão de pele durante a agitação
Orientar sobre cuidados com cateter urinário	Prevenir lesão de pele durante a crise convulsiva
Orientar sobre cuidados com ferida	Prevenir quedas durante a confusão
Orientar sobre cuidados com úlcera por pressão	Prevenir úlcera por pressão
Orientar sobre expectativas (realistas)	Promover aceitação da condição de saúde
Orientar sobre ingestão de líquidos	Promover ações para minimizar os estímulos nocivos capazes de precipitar a disreflexia autonômica
Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária	Promover autocuidado
Orientar sobre manejo (controle) de dor	Promover conforto para o paciente
Orientar sobre manejo do estresse	
Orientar sobre medição (ou verificação) de pressão arterial	

Intervenções de Enfermagem	
Promover conhecimento	Reforçar regime de terapia física
Promover conhecimento sobre doença	Registrar alergia
Promover eliminação intestinal eficaz	Registrar ingestão de líquidos e a eliminação de urina
Promover mobilidade física	Registrar aspecto da secreção
Promover o conhecimento	Registrar eliminação débito urinário
Prover (proporcionar, fornecer) dispositivos de segurança	Registrar frequência, volume e aspecto dos vômitos
Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir	Registrar padrão do sono
Providenciar protetor auricular a fim de reduzir os ruídos	Regular a infusão da dieta enteral de acordo com a aceitação do paciente
Providenciar um ambiente seguro	Remover estímulo causador da disreflexia autonômica
Providenciar vigilância contínua do paciente e do ambiente	Remover manualmente as fezes do paciente
Puncionar acesso venoso Punção venosa	Remover vestuário ou meias elásticas ou dispositivo apertados
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição	Retirar fezes manualmente
Realizar bandagem de compressão	Solicitar acompanhante
Realizar cateterismo vesical	Solicitar avaliação da fonoaudióloga
Realizar cateterismo vesical técnica asséptica	Solicitar avaliação da nutricionista
Realizar cateterismo vesical técnica limpa	Solicitar avaliação da pedagogia
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de menor calibre	Solicitar avaliação da psicóloga
Realizar compressão abdominal	Solicitar avaliação médica
Realizar glicemia capilar	Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical
Realizar higiene oral após o vômito	Solicitar cinta elástica abdominal
Realizar medidas de alívio da dor, quando necessário	Solicitar dieta laxativa
Realizar mudança de decúbito	Solicitar dieta obstipante e líquidos isotônicos
Realizar nebulização	Supervisionar cateterismo vesical técnica limpa
Realizar reunião com o cuidador e o paciente	Supervisionar cuidador na administração da dieta oral ao paciente com deglutição prejudicada
Realizar transferência usando aparato de elevação	Supervisionar ingestão de líquidos
Reduzir luminosidade durante a noite	Supervisionar na realização do curativo
Reduzir ansiedade	Supervisionar o paciente nas realizações das atividades físicas (autocuidado, transferências)
Reduzir estímulos ambientais	Suspender administração do alimento
Reduzir fatores ambientais que precipitem ou aumentem a experiência de dor	Transferir paciente
Reforçar adesão no tratamento da dor	Tratar lesão de pele, quando presente
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe	Treinar aplicação da insulina
Reforçar capacidades (aptidões)	Treinar cateterismo vesical técnica limpa
Reforçar comportamento positivo	Treinar cuidador na administração da dieta enteral
Reforçar comportamento positivo do paciente no manejo (controle) da dor	Treinar técnica de glicemia capilar
Reforçar conquistas	Trocar bandagem de compressão
Reforçar conquistas no manejo da dor	Trocar curativo
Reforçar cuidados para controle da disreflexia autonômica	Trocar fralda
Reforçar cuidados para o controle da convulsão	Trocar roupa
Reforçar informações oferecidas por outros profissionais da equipe	Usar comunicação não verbal
Reforçar o autoconceito	Usar material sem látex
Reforçar os cuidados para readaptação do paciente com negligência unilateral (heminégligência)	Usar uma abordagem calma e segura
	Utilizar faixas de contenção para membros inferiores na cadeira de rodas
	Verificar a oximetria
	Verificar balanço hídrico
	Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda

Fonte: Dados da Pesquisa

Clares, Freitas e Guedes (2104) evidenciaram a dificuldade de captação de especialistas para participar da validação dos termos e enunciados dos subconjuntos devido relação com o fato de que o debate acerca do uso da CIPE[®], enquanto terminologia de referência, no Brasil, ainda é recente e pouco difundido. Entretanto, neste estudo o número de especialistas foi maior que o cálculo amostral, demonstrando assim, um interesse dos juízes no assunto e sua preocupação com uma linguagem unificada para a neuroreabilitação. Além disso, o alto índices de concordância no processo de validação dos enunciados demonstra a relevância e a importância da proposta.

O referencial teórico adotado, a experiência do pesquisador, o processo de raciocínio clínico e a literatura também foram considerados para a elaboração dos diagnósticos que, por definição, expressam uma necessidade de cuidado. Deste modo, os diagnósticos, resultados e intervenções construídos e validados demonstram necessidades que podem estar presentes nos pacientes durante o processo de neuroreabilitação.

6.3 Organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo o Modelo de Adaptação de Roy

Seguindo as orientações do CIE, após a construção dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, os enunciados devem ser organizadas. No caso desta pesquisa utilizou-se o Modelo de Adaptação de Roy para organizar o Catálogo CIPE[®].

O Modelo de Adaptação de Roy é considerado pelos enfermeiros especialistas em reabilitação como apropriado para sua prática, sendo consistente com os princípios do processo de reabilitação. Esse modelo, também foi escolhido porque pode ser utilizado na educação, pesquisa e na prática da enfermagem. O modelo contempla a pessoa de forma holística e como um ser adaptável, identificando quatro modos de adaptação os quais são: papel funcional, independência, autoconceito, fisiológico. Portanto, o uso do Modelo de Adaptação de Roy promove um cuidado contínuo, identificando não só os aspectos fisiológicos, mas também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do cuidado de enfermagem e o seu impacto no processo de reabilitação da pessoa. Além disso, esse modelo já está implantado na instituição, desde o ano de 2005.

Os diagnósticos/resultados e as intervenções foram organizados à luz do modelo teórico para potencializar o raciocínio clínico do enfermeiro e a utilização do Catálogo. Além disso, o Catálogo CIPE[®] pode refletir as reais demandas que essa população poderá apresentar durante o seu processo de neuroreabilitação e seu uso dará suporte à documentação

sistemática do cuidado clínico de enfermagem, usando a CIPE[®] como terminologia de referência.

A organização do Catálogo CIPE[®], segundo o Modelo de Adaptação Roy, possibilitou dividi-lo em quatro subgrupos, segundo os modos de adaptação, abordando assim as dimensões: social, psicológica, emocional e física. Os enunciados foram alocados nos Modos de Adaptação, sendo 20 diagnósticos/resultados de enfermagem e suas intervenções de enfermagem no Modo Desempenho de Papel, 10 diagnósticos/resultados de enfermagem e suas intervenções de enfermagem no Modo Interdependência, 52 diagnósticos/resultados de enfermagem e suas intervenções de enfermagem no Modo Autoconceito e 184 diagnósticos/resultados de enfermagem e suas intervenções de enfermagem no Modo Fisiológico.

Modo Desempenho de Papel

O Modo Desempenho de Papel retrata as relações sociais e incide sobre os papéis da pessoa na sociedade, sua posição, como se comporta em relação a uma pessoa que ocupa outra posição. A necessidade básica identificada é a integridade social. Este modo é dividido em papéis funcionais primários, secundários e terciários. Associados a cada papel estão os comportamentos instrumentais e expressivos (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005). O enfermeiro coleta dados do paciente referente a idade; sexo; fase de desenvolvimento; estado civil; se trabalha ou estuda; o seu papel no seio da família, ou seja, se ele é mantenedor ou não; seu passatempo e distração, suas atividades de lazer; sua integridade social e rede social; e como está processo na tomada de decisões (ROY; ANDREWS, 2005).

Enfermeiros que trabalham com neuroreabilitação cuidam de pessoas que comumente apresentam problemas para realizar as suas atividades instrumentais de vida diária e prática. Ou seja, com limitações que os impedem de exercer a sua autonomia e manter sua participação social, o que acaba por interferir ou prejudicar no seu desenvolvimento ocupacional, cognitivo, psicológico, social e cultural, contribuindo para a ocorrência de exclusão social (WAGNER et al., 2010). Por isso, observa-se neste Modo de Adaptação a preocupação dos enfermeiros com o estado de saúde do paciente, sua adaptação ao novo estilo de vida, a falta de vontade de acreditar em si, sua limitação para sair de casa e ter momentos de lazer, os problemas educacionais e por fim o seu isolamento social.

Entretanto, os enfermeiros sabem que potencializar a adaptação do paciente neste modo é muito difícil. Pois, apesar da existência da legislação, esta não confere uma materialização do direito a igualdade, cidadania e acessibilidade. Por isso, pode-se ver que as intervenções validadas para solucionar as necessidades dos pacientes, neste Modo de Adaptação, estão voltadas para o ensino de novas aptidões, a fim de melhorar a capacidade do paciente para a realização de atividades. O encorajamento, incentivo, promoção e reforço a um comportamento social positivo, na busca de seus direitos e por desenvolver uma rede de cuidados sociais (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Modo Interdependência

O Modo Interdependência descreve as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor. O objetivo neste modo é a adequação emocional, o sentimento de segurança. Duas relações específicas são o ponto de incidência deste modo, o que Roy chama de outros significativos são as pessoas mais importantes para o paciente e o sistema de apoio, isto é, outras pessoas que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência. É onde as necessidades afetivas são preenchidas (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005;). Os enfermeiros coletam os dados junto ao paciente referente a adequação afetiva, necessidade afetiva, capacidade de interação; quais são as pessoas significativas para o paciente e relações com elas, como é seu comportamento frente ao cuidado do outro; se ele tem consciência das necessidades; suas expectativas de relacionamentos e como é seu sistema de apoio (pessoas, grupos ou animais).

Na neuroreabilitação observa-se que a maioria dos cuidadores são familiares, mães e pais, e, principalmente, do gênero feminino (CÂMARA et al., 2016). Eles sabem que é fundamental uma boa relação entre pacientes, familiares e seus cuidadores, para que o processo de neuroreabilitação seja otimizado.

Os enfermeiros neuroreabilitadores sabem que a relação entre o ato de cuidar e o cuidador é determinada por fatores pessoais dos indivíduos envolvidos, da estrutura familiar existente e do contexto no qual se inserem a nível cultural, social, político e econômico. A depender do contexto, o cuidar torna-se desafiador ou de difícil execução, influenciado pelas dificuldades vivenciadas por ocasião da doença que somadas à responsabilidade do cuidador, pode desencadear uma sobrecarga de atribuições. Além disso, acrescenta-se que nem sempre

este cuidador não recebeu capacitação prévia para o cuidar e ajudar na reabilitação do paciente (CÂMARA et al., 2016; MASUCHI; ROCHA, 2012;).

Neste sentido, os especialistas validaram os diagnósticos que visam resolver possíveis conflitos entre cuidadores, familiares e pacientes, a capacitação do cuidador, a continuidade do cuidado, o estresse do cuidador e o enfrentamento da família e do cuidador.

Com o objetivo de estimular a adaptação neste modo, os especialistas consideraram importante, as intervenções de enfermagem que visam a aceitação da nova condição em que uma pessoa assume a responsabilidade do cuidar, em outras palavras. Ao proporcionar o suporte ao cuidador, pois sem isso, ele pode vir a ser um futuro paciente, devido ao nível de estresse e sobrecarga física e mental determinadas pelas necessidades imediatas do paciente. Tais mudanças podem ocasionar no cuidador um isolamento social e sobrecarga de trabalho, onde muitos deixaram de exercer as atividades por eles, anteriormente, desenvolvidas. Um outro alvo das intervenções de enfermagem é criar recursos e estratégias advindas da rede de relação interpessoal (familiares, amigos, vizinhos dentre outros) que permitam que haja a continuidade do cuidado e do processo de neuroreabilitação (CÂMARA et al., 2016).

Modo Autoconceito

O terceiro Modo de Adaptação é o Autoconceito. Ele expõe os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa que busca a sua integridade psíquica, ou seja, a necessidade de saber que ela é, para poder ser e existir no sentido de unidade. Ele tem dois componentes: o eu físico que inclui as sensações do corpo e da sua imagem e o eu pessoal que engloba questões como força, ideal, moral, ética, e espiritual. (COSTA et al., 2013; MEDEIROS et al., 2015 ROY; ANDREWS, 2005).

Os enfermeiros que trabalham com neuroreabilitação buscam neste modo compreender como o paciente se vê, qual a imagem que ele tem do seu corpo, a sua percepção corporal mediante a mudança física e sua autoestima; a sua sexualidade e vida sexual; observa se há ansiedades, medos, preocupações e sentimento de perda, as crenças espirituais. Além de avaliar o conhecimento da pessoa sobre o processo de saúde-doença (ROY; ANDREWS, 2005).

A pessoa que por algum motivo adquire uma deficiência física no decorrer de sua vida, além da necessidade de se ajustar às alterações físicas, também necessita reestabelecer-se psicologicamente. O que garantirá o sucesso nessa reinserção é a forma como essa pessoa

reconstrói seu autoconceito a partir dessas mudanças, adaptando-se e compreendendo sua nova situação (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010).

A deficiência física adquirida, decorrente depois do nascimento, causa uma mudança abrupta na imagem corporal da pessoa com deficiência. Ele se vê de um dia para o outro, com a imagem corporal alterada, e em vista disso precisa reestruturá-la. O seu processo de desenvolvimento inclui tarefas difíceis como a de incorporar a cadeira de rodas a sua imagem e a tarefa de aprender a interagir com as imagens corporais de pessoas que não possuem deficiência física. Sua construção deve respeitar essa nova condição. Os sentimentos se confundem, afetando o processo de reabilitação. No entanto, é comum e esperado que isto ocorra nas várias fases da reabilitação. Desamparo, fraqueza, depressão, negação e rejeição do novo modo de vida, autoimagem distorcida e insegurança, alterações na sua sexualidade fazem parte do cotidiano das pessoas que convivem com mudanças bruscas em suas vidas (BORGES et al., 2012; MACHADO et al., 2016).

A pessoa com deficiência física durante seu processo de reabilitação tem a tarefa de redescobrir seu corpo. Esse processo de redescobertas inclui a vivência de suas limitações e o conhecimento de novas capacidades, sendo necessária a aceitação dessas condições pelo mesmo para que assim ele consiga se reestruturar para o retorno ao convívio familiar e social. Sabendo disso, que os enfermeiros especialistas validaram os diagnósticos referente a angústia espiritual, a autoestima, autoimagem, ansiedade, humor, comportamento, medo, preocupação, conhecimento sobre o processo de reabilitação, saúde-doença, sobre sua sexualidade.

As intervenções de enfermagem validadas para cada diagnóstico neste modo tem como objetivo dar um suporte emocional, pois os enfermeiros estão com os pacientes durante 24 horas do dia. Os enfermeiros intervêm nas mudanças constantes nos hábitos e costumes no qual a questão central é o reconhecimento de que, apesar das grandes mudanças é possível tocar a vida com qualidade e ter planos. O sucesso está positivamente associado à adoção de estratégias focadas no problema, como busca de suporte emocional e psicológico e percepção de controle sobre a própria saúde e na independência do paciente (BORGES et al., 2012).

É preciso então facilitar a adaptação à nova condição pela construção de alternativas para a independência funcional e melhora da autoestima. A mudança da percepção negativa para percepção positiva diante da sua condição, para isso, os enfermeiros devem estimular o paciente a assumir estratégias de enfrentamento às limitações, na busca da sua autonomia. A adaptação à nova condição passa por diversas fases, não a impedindo de continuar a

desenvolver suas metas, seus planos e trabalhar para melhorar sua qualidade de vida, continuar a estabelecer perspectivas e manter suas expectativas de vida, inclusive ampliando as possibilidades de superação. O enfrentamento da nova condição da pessoa com deficiência pode se dar pelo estabelecimento de metas concretas e passíveis de serem atingidas (BORGES et al., 2012).

Modo Fisiológico

O modelo fisiológico é o quarto e o último modo de adaptação do Modelo de Roy. Ele está associado à forma como a pessoa responde fisicamente aos estímulos provenientes do ambiente. O comportamento da pessoa é manifestado pela atividade fisiológica. Esta atividade indica se os mecanismos de resistência são capazes de se adaptar aos estímulos que os afetam (ROY; ANDREWS, 2005).

Roy identifica 05 pontos principais no Modo Fisiológico relativos às necessidades básicas de integridade fisiológica, os quais ela chama de: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção. Também, inerente a uma discussão sobre a adaptação fisiológica, Roy apresenta os quatro processos complexos que envolvem os sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina. Estes processos podem ser vistos como mediadores da atividade reguladora da ação, integrando muitas funções fisiológicas da pessoa e afetando a integridade dos outros modos. (MEDEIROS et al., 2015; ROY; ANDREWS, 2005).

A primeira necessidade é a de Oxigenação. Os conceitos da fisiologia respiratória e cardiovascular fornecem uma estrutura para determinar a adaptação relativa à Oxigenação. Os conceitos da fisiopatologia fornecem a base para a compreensão dos comportamentos ineficazes. O enfermeiro nessa necessidade deve avaliar a necessidade de oxigênio no corpo, processo de ventilação, trocas gasosas, e transporte gasoso. Os pontos observáveis são: frequência respiratória, nível, ritmo e profundidade da respiração, ausculta dos sons respiratórios; expectoração, reflexo da tosse e espirros, secreção; avaliação das vias respiratórias; avaliação de exames laboratoriais como a gasometria arterial; a frequência e ritmo cardíaco e do pulso, pressão arterial, ausculta dos sons cardíacos; edema; fatores de risco para disfunção neurovascular periférica; perfusão tissular.

Pessoas com alterações neurológicas como as lesões encefálicas e as medulares, podem apresentar comprometimento respiratório, devido a fraqueza na musculatura envolvida

na respiração. Este desequilíbrio muscular gera alterações na mecânica respiratória e favorece o encurtamento da musculatura inspiratória, ineficiência da tosse e do espirro, alterações do clearance mucociliar e da complacência abdominal (FEROLDI et al., 2011). Um outro fator que interfere é a diminuição da capacidade aeróbica. Um simples atividade pode levar a fadiga muscular e respiratória rapidamente (BRASIL, 2013).

O processo de neurorreabilitação visa atender as necessidades do paciente por completo. Entretanto, para que haja a otimização desse processo, é fundamental uma adaptação eficaz na necessidade de oxigenação. Qualquer alteração pode interromper a reabilitação da pessoa. Portanto, os enfermeiros estão atentos os comportamentos ineficaz nessa necessidade. Eles validaram os diagnósticos a fim de prevenir e tratar de aspiração, dispneia, limpezas das vias aéreas, alterações pressóricas e do ritmo cardíaco, trombose venosa profunda, edemas de extremidades e perfusão tissular.

A Enfermagem atua tentando estimular o paciente na melhor adaptação possível. Ele age na prevenção como objetivo de evitar complicações respiratórias e cardíacas que podem atrapalhar o processo de neurorreabilitação do paciente.

Como já foi dito anteriormente, a respiração é uma necessidade vital e um processo complexo que se divide em ventilação pulmonar, difusão e transporte de gases e controle da respiração. Qualquer situação que altere uma destas etapas vai afetar a função respiratória. Situações clínicas, em que há paralisia de músculos respiratórios, ineficácia do reflexo de tosse ou até mesmo alterações cognitivas, podendo assim, surgir o acúmulo de secreções por ineficácia dos mecanismos de limpeza. Além disso, os movimentos respiratórios pouco amplos ou ausentes, com consequente diminuição da ventilação e baixa hidratação, tornam as secreções espessas e estas acumulam-se, constituindo um meio ideal para o desenvolvimento de bactérias. Pensando nisso o enfermeiro validou intervenções que monitoram o padrão respiratório, estimulam a expectoração, ensinam a técnica de tosse (PIRES, 2012).

Um outro fator que pode levar a complicações durante a neurorreabilitação é o edema periférico, devido ao acúmulo de líquidos nas extremidades, Assim torna-se necessário a eliminação o mais precoce possível deste líquido, pois o seu acúmulo eleva o risco alterações respiratórias e cardíacas. Pode ocorrer também, uma reação inflamatória aumentando os riscos de trombose venosa profunda. Por isso, os enfermeiros especialistas validaram as intervenções de enfermagem com objetivo de tratar e prevenir edemas (PIRES, 2012).

A profilaxia e o diagnóstico precoce da trombose venosa profunda são tentativas de diminuir os riscos de complicações maiores e possivelmente fatais como a Embolia Pulmonar.

Portanto, além de se tratar de uma doença silenciosa, também é de alta letalidade. Este é um dos fatores de maior relevância na adoção de medidas profiláticas. Assim os enfermeiros neuroreabilitadores atuam na sua prevenção e tratamento. A prevenção deve ser feita com uso precoce de anticoagulantes, movimentação passiva dos membros inferiores e uso de meias elásticas compressivas (ANDRADE; CHIANCA, 2013; BRASIL, 2013).

Alterações pressóricas são relativamente comuns em pacientes com AVE ou LM, tanto a hipertensão como a hipotensão. Os enfermeiros visam no gerenciamento da medicação, na monitorização dos sinais vitais, na prevenção com uso de meias elásticas, cintas abdominais (BRASIL, 2013).

A segunda necessidade do Modo Fisiológico é a Nutrição. Ela envolve uma série de processos associados com a ingestão e assimilação de alimentos para o desenvolvimento, manutenção e funcionamento orgânico, promoção do crescimento e substituição dos tecidos danificados. Esta necessidade tem importantes implicações no papel da Enfermagem na promoção da adaptação (ROY; ANDREWS, 2005).

O Modelo de adaptação de Roy vê a nutrição como a segunda necessidade da pessoa, tão importante que só é ultrapassada pela necessidade de oxigênio. Para a abordagem na nutrição são identificados dois processos principais: digestão e metabolismo. O enfermeiro na necessidade de nutrição da pessoa relaciona-se com a segurança de que a dieta do indivíduo satisfaz as necessidades do corpo. Ele é um conselheiro que colabora com a pessoa no que diz respeito às necessidades nutricionais e fornece a educação quando necessária (ROY; ANDREWS, 2005).

A Enfermagem avalia na pessoa a ingestão de alimentos e água durante 24 horas; altura e peso; estado da cavidade oral; alteração da mastigação e deglutição; náuseas e vômitos; dor como a azia, dor de dentes, dor de garganta; alteração da ingestão para dieta enteral e/ou dieta parenteral; a integridade do sistema digestivo, se tem cirurgia recente, diabetes, lesões obstrutivas, problemas de absorção do alimento; o uso de medicamentos que alteram o processo digestivo; a disponibilidade do alimento, devido aos recursos financeiros; a condições do alimento, como a textura, se é branda, pastosa, líquida, normal e por fim o nível de conhecimento sobre uma nutrição saudável e o peso (ROY; ANDREWS, 2005).

Os enfermeiros que atuam no cuidado de pacientes em neuroreabilitação validaram diagnósticos de enfermagem relacionados com a deglutição, náusea e vômito, peso, nutrição enteral e apetite. As intervenções de enfermagem para cuidar dos pacientes com necessidade de nutrição validadas estão voltadas para medir e pesar, monitorar as ingestão de líquidos e de

alimentos. Alteração na deglutição é considerada como um sintoma importante de várias doenças. Ela se manifesta por ocorrência de tosse e aumento do tempo para se alimentar durante as refeições, aumento de secreções, emagrecimento, desnutrição, desidratação e pneumonias, pensando nisso os enfermeiros atuam no monitoramento da deglutição e no ensino. Em alguns momentos é sugerido a mudança na consistência da dieta, como a mudança para a ingestão de líquidos mais espessos, alimentos com consistência branda ou pastosa, o ritmo da oferta de líquidos e alimentos (LEONOR, 2015).

Um outro cuidado importante e validado pelos enfermeiros reabilitadores foi quanto a higiene oral. O cuidar da cavidade oral está relacionado com a higiene oral. Manter a cavidade oral limpa é fundamental, pois reduz as bactérias da boca, o que diminui o risco de pneumonia em caso de micro aspirações (HOEMAN, 2011).

Problemas relacionados com a alimentação e com a deglutição são complexos e multifacetários, o que requer a colaboração do enfermeiro com outros profissionais da equipe de reabilitação, como a equipe de fonoaudiologia no caso dos distúrbios de deglutição e com a equipe de nutrição nas alterações nutricionais e nas necessidade de suporte e aporte nutricional.

Outra necessidade apresentada no Modelo de Adaptação de Roy é a de Eliminação. Ela é um processo básico de vida e essencial para a adaptação. Assim como a nutrição, ela é outra necessidade fundamental, a pessoa tem a necessidade de eliminar os produtos residuais do metabolismo pelo intestino e pelos rins. Esta necessidade exige privacidade da pessoa. Questionar ao paciente como está a sua eliminação pode ser constrangedor. Por isso, o enfermeiro precisa desenvolver um relacionamento positivo para recolher as informações sobre os padrões de eliminações da pessoa (ROY; ANDREWS, 2005).

Assim como o Modelo de Adaptação de Roy salienta a necessidade da eliminação, o cuidar de pessoas com alterações da eliminação urinária e intestinal tem sido, desde sempre, uma prática prioritária para os enfermeiros reabilitadores. A grande maioria das pessoas quando inicia o processo de neuroreabilitação são admitidas com alterações significativas nos padrões de eliminação ou com alterações funcionais que as colocam nesse risco. Apesar destas alterações ocorrerem no início do processo de neuroreabilitação a maioria tem o potencial para sair continente (HOEMAN, 2011).

As desordens neurológicas, a imobilidade e o envelhecimento são as principais causas de alterações urinárias e intestinais (ABRAMS, 2010). A perda do controle voluntário sobre a bexiga e o intestino é altamente incapacitante e angustiante, causando limitações à

participação social, perturbações na autoestima, além de ser uma causa frequente de dependência e de insolamento social. Essa incontinência urinária e intestinal limita a vida social das pessoas, podendo ser uma barreira para sua inclusão e retorno as atividades laborais e educacionais. Salienta-se também, o impacto que pode ter na atividade sexual. O desconforto e o tempo perdido, associados a complicações médicas, podem causar frustração, diminuição da qualidade de vida e problemas conjugais e familiares (ALEXANDRE, 2012; PÊLA, 2012).

Segundo Roy, os enfermeiros precisam avaliar o padrão de eliminação urinária e intestinal, como frequência e quantidade; a sensibilidade e controle dos esfíncteres urinários e intestinal; as características macroscópicas da urina (aspecto, coloração, odor); os exames laboratoriais, radiológicos e urodinâmica; os sintomas obstrutivos; as características do jato urinário (intermitente, fraco, com gotejamento terminal); queixas de dor ao urinar e ao evacuar; o peristaltismo e sons abdominais; queixa de sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, após urinar, esforço ao evacuar; presença de sangue vivo nas fezes; distensão abdominal; fissura anal e massa abdominal palpável (ROY; ANDREWS, 2005).

Os diagnósticos de enfermagem validados, com alto índice de concordância, pelos enfermeiros revelam a preocupação com esta necessidade. Objetivos a curto, médio e longo prazo são definidos junto com os pacientes e variam de acordo com a disfunção apresentada. Cabe enfatizar que pacientes com lesão medular costumam precisar de avaliação durante toda vida, por isso as intervenções a longo prazo precisam ser consideradas.

Quanto as intervenções validadas evidenciam o cuidado quanto ao processo de avaliação e gerenciamento da eliminação, o tratamento individualizado, a terapia comportamental e o tratamento farmacológico.

As terapias comportamentais são intervenções de baixo risco para o paciente, destinadas a diminuir a incontinência. Elas são divididas em técnicas para dependentes de cuidador, para pessoas com déficits cognitivos e motores e as que requerem a participação ativa do paciente nas intervenções de reabilitação e educação. As intervenções de treinamento de bexiga, intestino, treino de vaso, ensino das técnicas de esvaziamento vesical e intestinal, determinar horários de esvaziamento e treino de hábitos (GENDER, 2011; PIRES, 2011).

A incontinência, seja intestinal ou urinária, eleva a ansiedade das pessoas. Os enfermeiros reabilitadores tentam minimizar os embarços, com o uso de coletores urinários, a técnica de cateterismo vesical, a treino de intestino com o uso de massagem abdominal e estímulo dígito-anal (GENDER, 2011; PIRES, 2011).

No caso da incontinência urinária, os medicamentos têm sido benéficos no seu tratamento. Eles podem ser categorizados em dois grupos principais: os que atuam no esfíncter uretral e na hiperatividade do detrusor. Portanto, o enfermeiro precisa conhecer sobre a indicação e os efeitos colaterais. Por isso, enfermeiros que participaram da pesquisa validaram intervenções relacionadas com a administração de medicamento e seu ensino (PIRES, 2011).

Os enfermeiros também sugeriram o diagnóstico de eliminação intestinal prejudicada e eliminação intestinal adequada, que na CIPE[®] versão 2015 são nomeados de defecação prejudicada e defecação eficaz. Foram criadas e validadas as seguintes intervenções para esse diagnóstico: Administrar supositório; avaliar adesão ao treino intestinal; avaliar eliminação intestinal; avaliar motilidade intestinal (ruídos hidroaéreos); avaliar reflexos da defecação; encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal; ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal; estimular aumento da ingestão de líquidos; gerenciar eliminação intestinal; iniciar treino intestinal; orientar sobre treino intestinal; promover eliminação intestinal eficaz; realizar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal; solicitar avaliação da nutricionista; supervisionar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal.

A quarta necessidade é a de Atividade e Repouso. Ela é considerada por Roy, como a chave para a sobrevivência. A atividade refere-se ao movimento corporal e serve vários objetivos, tais como a pessoa vive a sua vida diária e apresenta-se como é, dentro do seu ambiente. Ele fornece o significado físico das estruturas corporais que promovem o crescimento e desenvolvimento normal. Por outro lado, o repouso fornece os períodos de restauração, reparo, renovação de energias e eficácia dos processos de vida. Manter o equilíbrio apropriado, quer no descanso quer na atividade, é um dos desafios da adaptação (ROY; ANDREWS, 2005).

Todos os pacientes atendidos na Rede Sarah têm um problema de mobilidade, portanto, o conceito de imobilidade e o seu efeito torna-se um foco importante dos cuidados dos enfermeiros da rede. As alterações neurológicas causam severas sequelas no aparelho locomotor, com consequências irreversíveis. As primeiras manifestações no sistema musculoesquelético afetam diretamente a força muscular, a resistência, a fadiga e o vigor em função da imobilidade prolongada (BOECHAT et al., 2012).

A neuroreabilitação tem como objetivo melhorar a função física e psicossocial do indivíduo com doenças crônicas e incapacitantes. Os enfermeiros reabilitadores monitoram possíveis complicações que poderiam causar problemas adicionais ou incapacidades. As

complicações da imobilização e inatividade nem sempre foram conhecidas como causas de disfunção porém, nas últimas décadas, os profissionais de saúde estão voltando a atenção para os efeitos negativos e deletérios da inatividade e os efeitos benéficos da atividade e dos exercícios (BOECHAT et al., 2012).

A imobilidade pode alterar o estado emocional do indivíduo, podendo apresentar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social. Ocorre também, enrijecimento da musculatura dos membros, fraqueza, osteoporose, alterações das características morfológicas, bioquímicas e biomecânicas de vários componentes das articulações, além de descondição cardiovascular. Portanto, inicialmente, a imobilidade produz uma redução de capacidade funcional de um órgão e mais tarde afeta órgãos múltiplos e sistemas do corpo (BOECHAT et al., 2012).

O enfermeiro que atua na neuroreabilitação observa na pessoa a capacidade de exercitar-se, quais as atividades que realiza, quanto tempo, quantas vezes ao dia, tolerância as atividades; característica do repouso e sono (hábito, quantas horas de descanso, qual o período do dia); deambulação; fisioterapia (quanto tempo, quantas vezes ao dia); sedentarismo e o nível de dependência para as atividades de vida diária e prática (ROY; ANDREWS, 2005).

Os enfermeiros reabilitadores têm um compromisso de promover a mobilidade do paciente em processo de neuroreabilitação. Isto pode ser visto pelo alto índice de concordância entre os enfermeiros especialistas para os diagnósticos de enfermagem, relacionados com o autocuidado, mobilidade, deambulação, espasticidade, desuso, sono e quanto a prevenção de quedas.

Os enfermeiros reabilitadores têm como objetivo a promoção da saúde e prevenção dos riscos que podem ser vistas nas intervenções de promoção do sono, conforto, da segurança e de prevenção de quedas. Eles estão preocupados com a gestão de energia e com intervenções sobre ensino do descanso entre as atividades físicas (OSLON, 2011).

A pessoa acometida da imobilidade acaba por ficar dependente de terceiros para realizar atividades que antes não dependia de ninguém. Estas pessoas têm como objetivo ficar independentes ou reduzir a sua dependência de terceiros (OSLON, 2011). Pensando nessas questões, enfermeiros validaram intervenções que ensinam atividades, treinam os cuidadores e os pacientes nas realizações do cuidado e do autocuidado respectivamente, supervisionam e auxiliam no cuidado. Eles também, oferecem dispositivos que podem melhorar uma atividade.

Quanto à mobilidade física, os enfermeiros promovem oportunidades aos pacientes pelo ensino e treinamento de transferências adequadas a sua necessidade, fornecem cadeiras

de rodas adequadas ao seu perfil e podem promover independência para a sua locomoção, além de ensinam as técnicas de mobilidade no leito (OSLON, 2011)

A segurança dos pacientes em processo de neuroreabilitação é um objetivo importante dos enfermeiros reabilitadores. Principalmente, pois cuidam de pacientes com alteração de marcha, déficit de equilíbrio, locomoção em cadeiras de rodas. Assim os enfermeiros validaram as intervenções que visam a segurança dos pacientes, a fim de prevenir o evento queda.

A última necessidade básica apresentada no Modelo de Adaptação de Roy é a de Proteção. Os processos de proteção ajudam a manter a integridade fisiológica da pessoa e a proteção constitui igualmente a função principal da pele. A integridade da pele e o sistema imunológico são necessidades fisiológicas básicas que permitem uma função protetora para a pessoa (ROY; ANDREWS, 2005).

As estruturas envolvidas na proteção incluem a pele, cabelo, unhas, sistema imunológico. Estes componentes servem para proteger a pessoa dos estímulos internos e externos que ameaçam o funcionamento do corpo e afetam o nível de adaptação da pessoa. Enquanto a pele e seus anexos fornecem uma barreira física contra a infecção de micro-organismos, o sistema imunológico é a defesa interna dos organismos contra os micro-organismos e as toxinas que tendem a danificar os tecidos e os órgãos (ROY; ANDREWS, 2005).

Nas instituições de reabilitação, os enfermeiros deparam-se muitas vezes com desafios clínicos relacionados com a manutenção da integridade da pele. A incidência e a prevalência das lesões por pressão e de outras lesões de pele como as traumáticas e as dermatites de contato são elevadas em pessoas com alterações neurológicas e musculoesqueléticas (PRESTON; TEBBEN; JOHNSON, 2011).

Portanto, o enfermeiro reabilitador avalia a pessoa e tem como meta manter a adaptação da pessoa na necessidade proteção. Os estímulos observáveis são: integridade da pele, da unha do couro cabeludo e cabelo, o suor e os possíveis processos alérgicos e infecciosos.

Nesta necessidade todos os diagnósticos construídos foram validados pelos enfermeiros reabilitadores com elevado índice de concordância, o que mostra a preocupação dos enfermeiros com a necessidade proteção.

Prevenir as lesões de pele, alergia e infecções são as principais intervenções validadas pelos enfermeiros. Uma lesão por pressão, um processo alérgico e uma infecção pode retardar ou até mesmo impedir a reabilitação da pessoa (PRESTON; TEBBEN; JOHNSON, 2011).

A maioria dos pacientes quando iniciam o seu processo de reabilitação são incontinentes e utilizam a fralda como dispositivo, e o seu uso pode causar eritema, os eczemas, as candidíases. Pacientes com lesões medulares cervicais podem apresentar transpiração excessiva, pensando nisso as intervenções visam manter o paciente limpo e seco, diminuindo assim, o risco de lesão de pele. O tratamento das lesões de pele, também, são alvo das intervenções validadas pelos enfermeiros. Intervenções de enfermagem voltadas para a educação do paciente e da família são fundamentais para a manutenção da integridade da pele. Pois, programas educacionais reduzem a incidência e gravidade das lesões por pressão (PRESTON; TEBBEN; JOHNSON, 2011).

Outros quatro diagnósticos foram sugeridos pelos enfermeiros especialistas para essa necessidade: febre, hipertermia, temperatura corporal, nos limites normais, termorregulação eficaz. A febre é uma condição que pode acontecer em casos infecciosos e para tratá-la foram sugeridas as intervenções: administrar medicação (antitérmico); avaliar a causa da febre; aplicar compressa fria; avaliar sinais e sintomas da febre (calafrio, sudorese, taquicardia); banhar o paciente; estimular a hidratação; garantir a circulação do ar ambiente; medir (ou verificar) temperatura corporal; monitorar temperatura corporal; orientar aumento da ingestão de líquidos; orientar sobre medição (ou verificação) de temperatura corporal; promover o conforto; realizar curva térmica; retirar excesso de roupas; solicitar avaliação médica.

A hipertermia é uma condição que pode aparecer em pacientes com lesão medular acima de T6. Para tratar a hipertermia foram sugeridas as seguintes intervenções: administrar medicação (antitérmico); aplicar compressa fria; avaliar sinais e sintomas da febre (calafrio, sudorese, taquicardia); banhar o paciente; estimular a hidratação; garantir a circulação do ar ambiente; medir (ou verificar) temperatura corporal; monitorar temperatura corporal; orientar aumento da ingestão de líquidos; orientar sobre medição (ou verificação) de temperatura corporal; promover o conforto; realizar curva térmica; retirar excesso de roupas; solicitar avaliação médica.

Além das cinco necessidades básicas, o modo fisiológico apresenta quatro processos complexos, identificados como áreas importantes a serem consideradas, quando se avalia o Modo Fisiológicos. O primeiro processo complexo é o Sentido. Ele tem um papel importante no processo de adaptação da pessoa. Ele permite a pessoa a interagir com o ambiente através

da visão, audição, tato, paladar e olfato. A sensação de dor é uma consideração muito importante desse complexo. Os estímulos e comportamentos avaliados são: condição cinestésica; da audição; do olfato; da visão; desconforto e dor (característica, local e intensidade).

Compreender como a pessoa, através dos sentidos, percebe e interage com o mundo, pode ajudar o enfermeiro a avaliar de forma mais eficaz e a planejar os cuidados relacionados com a utilização dos sentidos pela pessoa. Qualquer alteração ou perda de função nos sentidos afeta consideravelmente a pessoa. Entretanto, o Modelo de Adaptação de Roy enfatiza que as pessoas têm uma grande capacidade de se adaptarem as mudanças. Portanto, os enfermeiros podem auxiliar as pessoas nesse processo de adaptação (ROY; ANDREWS, 2005).

Quando os enfermeiros avaliam os estímulos que podem estar causando a dor dos pacientes em processo de neuroreabilitação, eles observam o grau de adaptação da pessoa, sendo que o nível de adaptação pode ser positivo ou negativo. Portanto, os indicadores de adaptação positiva e os problemas de adaptação incluídos no componente *Sentidos* do Modo Fisiológico de Roy, aplicados a pacientes em processo de neuroreabilitação, são essenciais na dinâmica do processo do cuidado desses pacientes (MEDEIROS, 2015).

Os enfermeiros possuem competências e habilidades para avaliar a dor, implementar estratégias de alívio e monitorar a eficácia dessas intervenções (PINHEIRO et al., 2014) e, talvez por isso, os enfermeiros validaram os diagnósticos referente a dor e intervenções de enfermagem para o controle, enfrentamento e tratamento da dor.

Observou-se o uso na prática clínica da escala visual analógica (EVA). Essa escala pode ter grande influência nas decisões sobre o cuidado, tratamento e/ou intervenções pois possibilitam a avaliação da intensidade da dor, esta é a característica mais importante em termos de seguimento clínico e se torna o parâmetro de melhora ou piora da dor mais identificado por profissionais da saúde e pacientes. Seu uso se tornou disseminado, pois possibilita uma melhor definição do tratamento (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Observa-se também que os diagnósticos de enfermagem relacionados à dor neuropática e a alodinia são problemas comuns experimentados por indivíduos com lesão neurológica e comumente identificados pelos enfermeiros. Este tipo de dor é de difícil controle e necessita de intervenções medicamentosas, mas também de intervenções educacionais e de distração cognitiva. Entretanto, ainda é um desafio para os profissionais de saúde (MIGUEL; KRAYCHETE, 2009).

Quanto a dor aguda, ela precisa ser identificada, quantificada e tratada, visando um controle efetivo. A deficiência no conhecimento sobre a dor, por parte dos enfermeiros torna-se uma barreira no tratamento. Entretanto, o alto índice de concordância entre os enfermeiros quanto ao referido diagnóstico/resultados, evidenciou o seu conhecimento no manejo, controle e tratamento da dor (MIGUEL; KRAYCHETE, 2009).

O enfermeiro tem responsabilidade na avaliação da dor, intervenção e monitorização dos resultados do tratamento. Percebe-se assim, a importância que eles deram ao registrar a queixa dolorosa do paciente, sendo os registros de enfermagem, meio de comunicação para a equipe de saúde (NEGROMONTE; ARAUJO, 2011).

Fluidos e Eletrólitos é outro processo complexo. Nele observa-se a adaptação nas funções celulares, extracelulares e sistêmicas. Os pontos observáveis são: os exames laboratoriais (eletrólitos, hemograma); o enchimento capilar; os hábitos de ingestão de líquidos; a perda de líquidos e de sangue; pulsos, pressão arterial; turgidez da pele e hidratação da mucosa (ROY; ANDREWS, 2005).

A adaptação relativa aos fluidos e eletrólitos é mencionada como um processo de homeostasia e esta é definida como a manutenção de um ambiente interno do organismo estável. A consciência relativa dos fluidos do corpo pode ser mantida através de respostas que promovem a adaptação (ROY; ANDREWS, 2005). Os enfermeiros validaram diagnósticos e intervenções de enfermagem que têm como meta manter o equilíbrio de água e eletrólitos.

O terceiro processo complexo a ser avaliado no Modelo de Adaptação de Roy, no Modo Fisiológico, é a Função Endócrina. O sistema endócrino, em conjunto com o sistema nervoso, integra e controla todo sistema fisiológico corporal responsável pelos processos adaptáveis. No sistema regulatório duplo, as ações do sistema nervoso tem uma duração rápida e curta e é suplementada pelas ações hormonais mais lentas e mais longas, permitindo o controle preciso da função corporal. Entretanto, durante o processo de neuroreabilitação do paciente, os enfermeiros estão atentos as alterações glicêmicas. Eles coletam os dados referente ao nível de glicose no sangue e os exames laboratoriais (ROY; ANDREWS, 2005).

Os enfermeiros demonstram a preocupação na prevenção das alterações glicêmicas que um paciente pode apresentar durante o seu processo de neuroreabilitação e na promoção da saúde, por isso, validaram diagnósticos e intervenções para a prevenção, controle e tratamento da diabetes, hiperglicemia, hipoglicemia.

O último processo complexo do Modo Fisiológico é a Função Neurológica. Ele controla e coordena todas as atividades do corpo, sejam físicas, cognitivas, e emotivas. Para

Roy os processos cognitivos ocorrem dentro de um campo da consciência. Os princípios básicos do modelo de processamento cognitivo de Roy são funcionamentos neurológicos integrados e plasticidade neuronal. A Rede Sarah atende pacientes com alterações neurológicas e por isso, é fundamental uma avaliação correta sobre o paciente. Portanto, o enfermeiro obtém os dados sobre a função cognitiva; nível de consciência e de percepção, resposta motora (ROY; ANDREWS, 2005).

Enfermeiros reabilitadores cuidam de pessoas que sofreram doenças no sistema nervoso central que acaba por determinar alterações cognitivas e comportamentais. A cognição desempenha um papel importante na determinação do potencial de reabilitação da pessoa. Ela inclui a habilidade para se lembrar e aprender novas informações, reaprender o autocuidado, retomar um estilo de vida apropriado e manter a independência, apesar dos déficits específicos na função neurológica (GATENS; MUSTO, 2011).

As lesões cerebrais decorrentes do AVC, dependendo da área de comprometimento, podem gerar sequelas relativas à linguagem oral e escrita (afasias), distúrbios auditivos, planejamento (apraxia oral e verbal) e execução da fonoarticulação (disartrias/disartrofonias), crises convulsivas, alucinações, confusão, negligência, que pode determinar uma barreira na comunicação. Portanto os enfermeiros validaram os diagnósticos de barreira de comunicação, risco de crise convulsiva, crise convulsiva e controle da crise convulsiva, alucinação e confusão, negligência unilateral.

A disreflexia autonômica (DA) é considerada uma emergência médica, potencialmente fatal. Pode ocorrer em qualquer paciente com lesão medular e com nível neurológico igual ou superior à sexta vértebra torácica (T6). Seu início é súbito, resultante de vários estímulos nocivos abaixo do nível da lesão, o que, por sua vez, aciona uma hiperatividade do sistema nervoso simpático. Devido à lesão medular, os centros cerebrais superiores são incapazes de modular essa descarga simpática, o que resulta na elevação da pressão arterial. A disreflexia autonômica caracteriza-se pela elevação da pressão arterial basal, na maioria das vezes de 20 a 40 mmHg. Porém, a pressão sistólica pode variar de 250 a 300 mmHg e diastólica de 200 a 220 mmHg. A hipertensão associada à DA pode ocasionar deslocamento de retina, acidente vascular cerebral, crises convulsivas, infarto do miocárdio e a morte (ANDRADE et al., 2013). Os diagnósticos de risco de disreflexia autonômica, disreflexia autonômica e controle da disreflexia autonômica foram validados pelos enfermeiros.

Nesse processo complexo os diagnósticos/resultados de enfermagem validados são utilizados pelos enfermeiros de reabilitação, para que eles intervenham com o objetivo de

ajudar a pessoa na melhor forma possível. A ideia é possibilitar uma melhor comunicação, prevenir as crises convulsivas e disreflexia autonômica e promover a segurança do paciente.

Além disso, os enfermeiros de reabilitação encontram-se numa posição essencial para educar, apoiar e defender os doentes, por isso validaram intervenções para prevenir lesões, orientar e ensinar pacientes e famílias sobre os cuidados.

Catálogo

7. Estruturação do Catálogo CIPE® para Adultos em Processo de Neuroreabilitação

7.1 Importância para a Enfermagem

A neuroreabilitação é um importante componente no processo saúde-doença e no cuidado psicossocial de pessoas com doenças crônico-degenerativas e das que sobrevivem a lesões neurológicas, como AVE, LM, e TCE. Pacientes acometidos por estes problemas, frequentemente, apresentam problemas físicos, cognitivos e comportamentais, necessitando assim, de um processo de neuroreabilitação cada vez mais complexo e diversificado.

Enfermeiros que atuam na área da neuroreabilitação prestam assistência às pessoas tanto na fase aguda da doença ou evento, como na fase crônica. Esses profissionais desempenham um importante papel ao colaborar com os demais profissionais reabilitadores, com outros setores da saúde e com a comunidade, construindo e compartilhando o conhecimento sobre a condição do indivíduo.

Pela presença do enfermeiro nos centros de reabilitação e pelo cuidado contínuo, este profissional encontra-se em posição privilegiada para avaliar as necessidades dos pacientes e intervir. Suas ações educativas são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada paciente, família e cuidadores dentre as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais.

A complexidade do processo de neuroreabilitação necessita de múltiplos recursos. A implantação desse Catálogo associado a outros instrumentos, poderá contribuir com a sistematização do cuidado das pessoas em processo de neuroreabilitação.

Os enfermeiros reabilitadores reconhecem o impacto do contexto e do ambiente social e físico sobre as pessoas com deficiência. Para isso, precisam ser capazes de se comunicar quer com a equipe, quer com os pacientes e familiares, de forma efetiva. A tomada de decisão, a resolução de problemas, a construção de um plano de cuidados multidisciplinar são fundamentais neste processo bem como a articulação e a colaboração entre os diversos níveis de saúde (primário, secundário e terciário)

Portanto, entende-se que este Catálogo poderá trazer benefícios no que se refere a integrar uma linguagem unificada de enfermagem, permitindo o mapeamento com outros sistemas de classificação em enfermagem, além de contribuir com dados consistentes que

possam descrever o trabalho do enfermeiro especialista em reabilitação, constituindo uma referência de fácil acesso para os enfermeiros desta área de atuação.

A documentação da prática melhorará a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde ao fornecer indicadores, recuperáveis, acerca dos cuidados de saúde locais que podem ser utilizados como referência em todo o mundo. Com isso, poderá promover uma melhoria na assistência prestada a partir do monitoramento das habilidades dos pacientes, favorecendo o desenvolvimento de habilidades destes para o autocuidado, além de promover um estilo de vida ativo e hábitos relacionados à saúde que sejam saudáveis.

7.2 Orientação para a Utilização

O presente material foi estruturado para atender à prioridade de saúde neuroreabilitação de adultos com sequelas neurológicas no contexto primário, secundário e terciário.

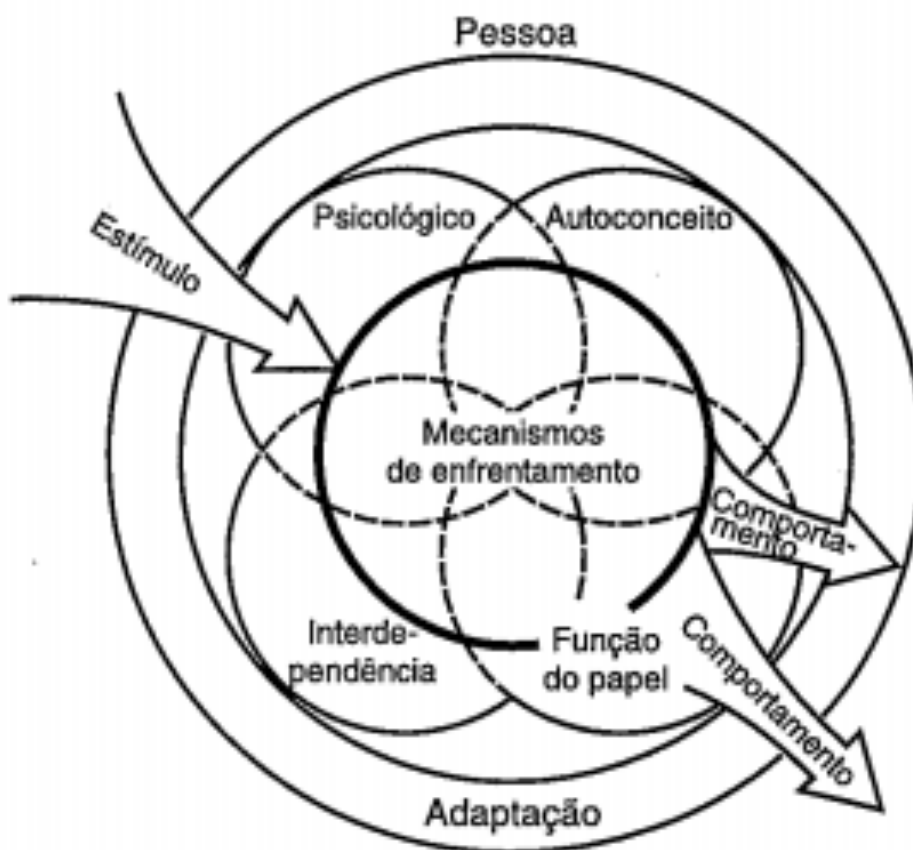
Trata - se de um Catálogo abrangente, constituído por 266 diagnósticos/resultados e 540 intervenções de enfermagem, direcionados a atender as necessidades do cuidado integral de adultos em processo de neuroreabilitação. Ele tem o objetivo de apoiar a prestação de cuidados de enfermagem, favorecer a descrição da prática de enfermagem, contribuir com a melhoria da documentação em enfermagem e com a explicitação, nos sistemas de informação de saúde, da contribuição dos cuidados de enfermagem para a saúde de adultos com sequelas neurológicas, bem como de suas famílias e da comunidade na qual vive.

Para tanto, os enfermeiros precisam utilizá-lo nas consultas de enfermagem ambulatorial de maneira integrada e articulada às etapas que a constituem, na assistência sistematizada nas enfermarias. Ressalta-se que o Catálogo não substitui o processo de raciocínio clínico e tomada de decisão do enfermeiro.

O Catálogo foi contruído com base no Modelo de Adaptação de Roy, sendo que os enunciados foram alocados segundo os modos desse modelo. Para cada diagnóstico de enfermagem, há uma indicação de resultados esperados e intervenções de enfermagem para alcança-los. Apesar de não ser obrigatório nos Catálogos a construção das definições dos diagnósticos, foi desenvolvido cada uma, a fim de favorecer a tomada de decisão, pois cada conceito traz sinais e sintomas e possíveis causas para esses diagnósticos de enfermagem serem identificados.

Os enunciados constantes nesse material não têm a pretensão de abranger a totalidade das situações presentes nos cenários de prática, podendo ser necessária a construção de novos enunciados para responder necessidades específicas dos pacientes, bem como as características locais de cada serviço. Portanto, fica o convite para os profissionais que, ao usar, possam identificar novas necessidades e acrescentar e/ou alterar o que julgar necessário, seguindo os parâmetros recomendados pela CIE/ISO 18104:2014 para construção de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem.

7.3 O Modelo Teórico da Estruturação do Catálogo



Fonte : Roy; Andrews (2005)

A complexidade e a necessidade do paciente em processo de neuroreabilitação necessita de um Modelo Teórico que possa abranger as diferentes dimensões constituintes do problema e de seu enfrentamento. Esta prioridade ocorre, pois considera-se impossível

conduzir a pesquisa em enfermagem ou a sua prática, sem a orientação de um modelo conceitual.

O uso do modelo teórico é frequentemente explícito na investigação em reabilitação. Entretanto, quando se fala da prática as teorias estão mais implícitas. Isto revela uma dificuldade de articular a sua prática com as teorias de enfermagem.

Portanto, para a construção do subconjunto foi utilizado o Modelo de Adaptação de Roy considerado pelos enfermeiros especialistas em reabilitação como apropriado para prática da enfermagem na reabilitação, sendo consistente com os princípios da neuroreabilitação.

Sem o objetivo de esgotar o assunto, se faz necessário uma breve exposição de alguns conceitos que ancoram o modelo teórico utilizado, dentre eles: sistema holístico adaptável; estímulos; mecanismo de resistência; comportamento; feedback.

No **sistema holístico adaptável**, o termo **adaptável** é um conceito integral nos pressupostos científicos do Modelo e significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente e por sua vez de afetá-lo. Já o **sistema** é definido como um conjunto de partes interdependentes ligadas para funcionar como um todo, a fim de alcançar um determinado objetivo. Este sistema tem entradas (estímulos), saída (comportamento), controles (mecanismos de resistências e feedback).

Portanto, a pessoa é vista como um sistema adaptável e este é afetado pelo meio ambiente e pelo seu interior. De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, o meio ambiente é capaz de produzir estímulos focais, contextuais e residuais e a junção destes estímulos, que desenvolve o nível de adaptação da pessoa. É imperativo saber que a pessoa nunca age isoladamente, mas sim influenciada pelo meio ambiente e que por sua vez também o afeta. A compreensão desta interação da pessoa com o meio ambiente é de suma importância para a prática da enfermagem, de acordo com o modelo de Roy.

Os **estímulos** tem origem externa ou interna. Há três tipos de estímulos: focal, contextual e residual. O **estímulo focal** confronta a pessoa imediatamente. O exemplo é o paciente que foi submetido a uma cirurgia, a dor pode ser o estímulo focal. Este estímulo é objeto de atenção da pessoa e esta passa a gastar tempo e energia tentando lidar com ele.

Outro estímulo é o **contextual**. Ele influencia a forma da pessoa lidar com o estímulo focal. Uma pessoa fica mais angustiada quando não sabe a causa da dor e como consequência pode não saber lidar com ela, porém quando a dor é conhecida ela consegue lidar melhor com suas emoções. Portanto, as emoções são os estímulos contextuais que podem potencializar ou reduzir o estímulo focal, dor.

O último estímulo é o **residual**. Ele não são os centros de atenção da pessoa. A pessoa pode não ter a consciência da sua influência. No caso da dor, a memória de uma dor passada pode, influenciar a queixa de dor do paciente após a cirurgia.

Os estímulos determinam o grau de adaptação da pessoa, sendo que o nível de adaptação é o nome dado a mudança de atitude da pessoa. Ele representa a capacidade do indivíduo para responder positivamente uma determinada situação.

Após a pessoa sofrer um determinado estímulo, ela processa este através do **mecanismo de resistência**, que tem dois subsistemas um regulador e outro cognitivo. O processo de controle tem origem em um mecanismo interno, nomeado de mecanismos de resistência e define como forma inaptas ou adquiridas de responder às mudanças do ambiente. O **subsistema regulador** é básico no processo de adaptação. Ele responde automaticamente aos estímulos por meio dos sistemas endócrino, químico (eletrólitos e fluidos) e nervoso e produz uma resposta inconsciente e automática. Este subsistema tem um importante papel na formação das percepções. Já o **subsistema cognitivo** responde por meio de quatro processos cognitivos e emotivos: percepção, aprendizagem, avaliação e emoção. O processo de percepção inclui a atenção seletiva, codificação e memória. A aprendizagem envolve imitação, reforço e visão. A avaliação compreende as atividades de resolução de problema e tomada de decisão. Já as emoções são defesas para procurar o alívio da ansiedade e procurar avaliações afetivas e vínculos.

O **comportamento** da pessoa resulta do processo regulador e cognitivo. O comportamento age com resposta adaptável ou com resposta ineficaz. Estas respostas, por sua vez, atuam como um **feedback** na entrada do sistema e a pessoa decide se aumenta ou diminui os esforços para lidar com os estímulos.

O comportamento da pessoa pode ser observado, medido ou relatado. Ele mostra ao enfermeiro se a pessoa adaptou-se bem ou não ao ambiente de mudança. Esta observação é o ponto principal da avaliação e intervenção do enfermeiro.

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy, não é possível identificar diretamente o funcionamento dos processos específicos dos subsistemas regulador e cognitivo. Somente os comportamentos das pessoas que são observáveis. Para ela o comportamento da pessoa pode ser observado em quatro modos de adaptação, que foram desenvolvidos por ela e que são denominados de: desempenho do papel, interdependência, autoconceito e fisiológico. É através destes modos que os comportamentos e a adaptação da pessoa pode ser observada.

7.4 Enunciados do Catálogo

De acordo com o modelo teórico descrito anteriormente os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram organizados nos quatro modos de adaptação, sendo o primeiro o desempenho de papel, o Segundo, a interdependência, o terceiro autoconceito e o último fisiológico.

7.4.1 Modo Desempenho do Papel

Este modo retrata as relações sociais e incide sobre os papéis da pessoa na sociedade, sua posição, como se comporta em relação a uma pessoa que ocupa outra posição. Para Roy a integridade social é a busca da pessoa. Ela classifica os papéis como primários, secundários e terciários. Comportamentos instrumentais e expressivos estão associados a cada papel, o que acaba por fornecer a adaptação social neste modo. Para obter informações referentes a este modo é preciso coletar os dados sobre:

- Integridade social e rede social do paciente;
- Comportamento do papel primário – idade, sexo, fase de desenvolvimento;
- Comportamento do papel secundário – estado civil, trabalho, papel no seio da família;
- Comportamento do papel terciário – atividades de lazer, passa tempo e distração;
- Desempenho de papéis familiares, apoio no desempenho de papéis, a satisfação no desempenho de papéis;
- Padrão pessoal de tomada de decisão;
- Hábitos de recreação e lazer.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Aceitação do estado de saúde, prejudicada	Aceitação do estado de saúde
Intervenções de Enfermagem	
1. Encorajar capacidade de se ajustar 2. Incentivar comportamento de procura de saúde 3. Obter dados sobre aceitação da condição de saúde 4. Orientar atitudes que favorecem a saúde 5. Orientar sobre comportamento de busca de saúde 6. Orientar sobre reabilitação 7. Promover aceitação da condição de saúde 8. Reforçar comportamento positivo 9. Reforçar conquistas 10. Solicitar avaliação da psicóloga	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Adaptação prejudicada	Adaptação eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar comportamento frente a adaptação 2. Avaliar resposta ao tratamento 3. Gerenciar atividade do paciente 4. Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado 5. Orientar sobre reabilitação 6. Reforçar capacidades (aptidões) 7. Reforçar conquistas 8. Treinar técnicas de adaptação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	Atitude em relação ao cuidado positiva
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar paciente 2. Gerenciar atividade do paciente 3. Identificar atitude em relação ao cuidado 4. Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado 5. Orientar sobre reabilitação 6. Reforçar comportamento positivo 7. Reforçar conquistas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Baixa autoeficácia	Autoeficácia
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar paciente 2. Colaborar com paciente 3. Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado 4. Orientar sobre reabilitação 5. Promover autoeficácia 6. Reforçar autoeficácia 7. Reforçar capacidades (aptidões) 8. Reforçar conquistas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Bem-estar social prejudicado	Apoio social eficaz Capaz de socializa-se
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar suporte social 2. Encorajar participação em grupos de apoio 3. Envolver família nas atividades de lazer 4. Identificar condição psicossocial 5. Incentivar (estimular) atividades de lazer 6. Obter dados sobre apoio social 7. Obter dados sobre promoção da saúde 8. Orientar sobre reabilitação 9. Reforçar sobre importância da reabilitação 10. Solicitar avaliação da assistente social 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada	Capaz de executar atividade de lazer
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar atividades de lazer do paciente 2. Elogiar realização das atividades de lazer 3. Incentivar atividades de lazer 4. Obter dados sobre atividades de lazer 5. Orientar sobre benefícios do lazer 6. Reforçar importância das atividades de lazer 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Desempenho de papel prejudicado	Desempenho de papel eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar sobre importância de manter o papel 2. Apoiar na execução do papel 3. Auxiliar identificação dos vários papéis na vida 4. Auxiliar identificação do seu papel usual na família 5. Auxiliar paciente a identificar as mudanças necessárias ao papel, devido à doença ou incapacitação 6. Encorajar na execução do papel 7. Facilitar a capacidade para executar o papel 8. Promover apoio familiar 9. Reforçar capacidades para executar o papel 10. Reforçar conquistas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Expectativa sobre o tratamento irrealista	Expectativa sobre o tratamento realista
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar expectativas 2. Avaliar conhecimento sobre processo saúde-doença 3. Encaminhar para as aulas do programa 4. Fornecer informações sobre condição de saúde 5. Obter dados sobre conhecimento processo saúde-doença 6. Obter dados sobre expectativas 7. Orientar sobre reabilitação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Isolamento social	Apoio social eficaz Capaz de socializar-se
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar autoestima 2. Avaliar fatores que levaram ao isolamento social 3. Avaliar suporte social 4. Encorajar atividades de lazer 5. Encorajar participação em grupos de apoio 6. Envolver família nas atividades do paciente 7. Incentivar atividades de lazer 8. Obter dados sobre autoimagem 9. Orientar sobre reabilitação 10. Solicitar avaliação da assistente social 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de Isolamento Social	Apoio social eficaz Capaz de socializar-se
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar autoestima 2. Avaliar fatores que levam ao isolamento social 3. Avaliar suporte social 4. Encorajar atividades de lazer 5. Envolver família nas atividades do paciente 6. Incentivar atividades de lazer 7. Obter dados sobre apoio social 8. Obter dados sobre autoimagem 9. Orientar sobre reabilitação 10. Solicitar avaliação da assistente social 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de solidão	Apoio social eficaz Capaz de socializa-se
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar sobre esperança 2. Avaliar autoestima 3. Avaliar fatores que levam a solidão 4. Avaliar suporte emocional 5. Envolver família nas atividades do paciente 6. Encorajar relações pessoais 7. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos 8. Incentivar atividades de lazer 9. Obter dados sobre apoio emocional 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Obter dados sobre autoimagem 11. Obter dados sobre baixo autoestima 12. Orientar sobre reabilitação

7.4.2 Modo Interdependência

O outro modo que traz em si interações sociais é o interdependência que refere às necessidades afetivas dos pacientes com suas famílias e sua rede social. Ele incide sobre as relações com outra pessoa, é o dar e receber amor, o respeito e o valor. A adequação emocional é a busca da pessoa, o sentimento de segurança social. Há duas relações específicas neste modo. O primeiro os outros significativos que são as pessoas mais importantes para o indivíduo. O outro é o sistema de apoio, isto é, outras pessoas que contribuem para a satisfação da pessoa.

Para que isto ocorra, a pessoa desenvolve dois tipos de comportamento: o comportamento receptivo e o contributivo que são o receber e dar amor, respeito e valor em relação as outras pessoas. A avaliação destes comportamentos fornecem uma indicação na adaptação social relativa a este modo.

O ambiente é um conceito principal do Modelo de Adaptação. Ele é entendido como o mundo exterior e interior da pessoa. Segundo o modelo, o ambiente estimula a pessoa de criar

respostas adaptáveis. A pessoa acaba por desenvolver respostas as constantes mudanças do ambiente. A medida que o ambiente muda, a pessoa tem a oportunidade de se desenvolver e potencializar o seu significado na vida para todos. De acordo com Roy, o ambiente possui todas as condições, circunstâncias, e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas. É importante salientar a importância da família como parte do ambiente que influencia a pessoa. Para obter informações referentes a este modo interdependência é preciso coletar os dados sobre:

- Adequação afetiva, necessidade afetiva, capacidade de interação;
- Pessoas significativas e relações com elas;
- Comportamentos de recepção e doação;
- Consciência das necessidades;
- Expectativa de relacionamentos;
- Sistema de apoio (pessoas, grupos ou animais).

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Capacidade do cuidador para executar o cuidado prejudicada	Cuidador capaz de executar o cuidado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar plano de cuidados 2. Avaliar resposta psicossocial do cuidador a instrução 3. Auxiliar no cuidado do paciente 4. Demonstrar os cuidados prescritos 5. Envolver cuidador no processo de tomada de decisão 6. Gerenciar ansiedade do cuidador 7. Observar cuidador na prestação dos cuidados 8. Orientar cuidador sobre o plano de cuidados 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Orientar o cuidador sobre reabilitação 10. Supervisionar cuidador na execução dos cuidados

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Estresse do cuidador	Estresse do cuidador reduzido
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar um momento de descanso 2. Aconselhar uma rotina de relaxamento 3. Auxiliar no cuidado do paciente 4. Demonstrar plano de cuidados 5. Determinar nível de estresse do cuidador 6. Encaminhar cuidador ao serviço de psicologia 7. Gerenciar ansiedade do cuidador 8. Obter dados sobre estresse do cuidador 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Problema de continuidade do cuidado	Continuidade do cuidado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptar plano de cuidado a condição socioeconômica do paciente 2. Avaliar apoio familiar, social e econômico 3. Encaminhar paciente para o serviço social 4. Encaminhar família para o serviço social 5. Obter dados sobre capacidade da continuidade do cuidado 6. Orientar sobre a importância da continuidade do cuidado 7. Realizar reunião familiar 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Problema de relacionamento com o cuidador	Relacionamento com o cuidador positivo
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar comportamento do cuidador 2. Avaliar comportamento do paciente 3. Avaliar relacionamento entre paciente e cuidador 4. Determinar as causas do problema de relacionamento com o cuidador 5. Realizar reunião com o cuidador e o paciente 6. Solicitar avaliação da psicóloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de estresse do cuidador	Estresse do cuidador ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar um momento de descanso 2. Aconselhar uma rotina de relaxamento 3. Auxiliar no cuidado do paciente 4. Determinar nível de estresse do cuidador 5. Gerenciar ansiedade do cuidador 	

7.4.3 Modo Autoconceito

Este modo expõe os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa que busca a sua integridade psíquica, ou seja, a necessidade de saber quem ela é, para poder ser e existir no sentido de unidade. O autoconceito é definido como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma num determinado tempo da sua vida, formado a partir de percepções internas e dos outros. Este modo tem dois componentes: o eu físico que inclui as sensações do corpo e da sua imagem e o eu pessoal que engloba questões como força, ideal, moral, ética, e espiritualidade. Afirmações comportamentais da pessoa sobre a sua imagem corporal, ajudam ao enfermeiro a conhecer o indivíduo. Para obter informações referentes a este modo autoconceito é preciso coletar os dados sobre:

- Autoimagem corporal, a percepção corporal na mudança física e autoestima;
- Sexualidade, sua vida sexual;
- Ansiedades, medos, preocupações, sentimento de perda;

- Crenças espirituais;
- Conhecimento da pessoa sobre o processo de saúde-doença.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Ansiedade	Ansiedade reduzida
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar sobre ansiedade 2. Avaliar as expectativas do paciente 3. Identificar o nível de ansiedade 4. Obter Dados sobre ansiedade 5. Orientar sobre expectativas (realistas) 6. Orientar sobre reabilitação 7. Ouvir atentamente] 8. Reduzir ansiedade 9. Solicitar avaliação da psicóloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Autoconceito prejudicado	Autoconceito melhorado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar autopercepção 2. Avaliar comportamento 3. Estabelecer confiança 4. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos 5. Orientar sobre importância da autopercepção 6. Orientar sobre reabilitação 7. Ouvir atentamente 8. Reforçar o autoconceito 9. Solicitar avaliação da psicóloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Autoimagem negativa	Autoimagem positiva
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar sobre a autoimagem 2. Avaliar autoimagem 3. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos 4. Orientar sobre reabilitação 5. Promover autoimagem 6. Reforçar comportamento positivo 7. Solicitar avaliação da psicóloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Baixa autoestima	Autoestima positiva
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhar sobre autoestima 2. Avaliar autoestima 3. Elogiar comportamento positivo 4. Orientar sobre reabilitação 5. Promover autoestima 6. Proporcionar independência 7. Reforçar comportamento positivo 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Comportamento agressivo	Comportamento agressivo ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar paciente a identificar a causa da agressividade 2. Avaliar comportamento 3. Estabelecer limites 4. Estabelecer rotinas 5. Evitar discutir com o paciente 6. Gerenciar comportamento agressivo 7. Identificar causa da agressividade 8. Monitorar potencial de agressividade 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Reforçar comportamento positivo 10. Solicitar avaliação médica 11. Solicitar avaliação da psicóloga 12. Usar abordagem calma e segura

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Desempenho sexual prejudicado	Desempenho sexual eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar desempenho sexual 2. Avaliar nível de conhecimento sobre a sexualidade 3. Encaminhar para grupo de orientação sexual 4. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos 5. Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual 6. Orientar sobre efeito da medicação sobre a sexualidade 7. Orientar sobre reabilitação 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Orientar sobre papel sexual

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Efeito colateral da medicação	Efeito colateral da medicação ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar efeito colateral da medicação 2. Identificar efeito colateral da medicação 3. Minimizar (reduzir) efeito colateral da medicação 4. Orientar sobre possível efeito colateral da medicação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento	Conhecimento adequado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível de conhecimento 2. Encaminhar para grupos de orientação 3. Obter dados sobre conhecimento 4. Orientar paciente 5. Orientar sobre reabilitação 6. Promover conhecimento 7. Reforçar informações oferecidas por outros profissionais da equipe 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida	Conhecimento sobre cuidados com ferida
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível de conhecimento sobre cuidados com ferida 2. Ensinar cuidados com ferida 3. Ensinar sobre prevenção de feridas 4. Obter dados de conhecimento sobre cuidados com ferida 5. Orientar sobre cuidados com ferida 6. Orientar sobre curativos 7. Supervisionar na realização do curativo 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre doença	Conhecimento sobre doença
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível de conhecimento sobre doença 2. Encaminhar para os grupos de orientação 3. Obter dados sobre conhecimento da doença 4. Orientar paciente 5. Orientar sobre reabilitação 6. Reforçar informações oferecidas por outros profissionais da equipe 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre manejo da dor	Conhecimento sobre manejo da dor
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar paciente a identificar os fatores que aumentam a dor 2. Avaliar conhecimento sobre manejo da dor 3. Determinar impacto da dor no paciente 4. Obter dados de conhecimento sobre manejo (controle) da dor 5. Orientar paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam a dor 6. Orientar sobre manejo da dor 7. Reforçar informações oferecidas por outros profissionais da equipe 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre manejo da medicação	Conhecimento sobre manejo da medicação
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar conhecimento sobre manejo da dor 2. Identificar medicamentos usados pelo paciente 3. Obter dados de conhecimento sobre regime medicamentoso 4. Orientar sobre a importância do uso da medicação 5. Orientar sobre os horários de administração da medicação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre medicação	Conhecimento sobre medicação
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar conhecimento sobre medicação 2. Identificar os medicamentos usados pelo paciente 3. Orientar sobre a importância do uso da medicação 4. Orientar sobre os horários de administração da medicação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre medidas de segurança	Conhecimento sobre medidas de segurança
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar o paciente a identificar os fatores que aumentam a sua segurança 2. Avaliar o conhecimento sobre medidas de segurança 3. Orientar sobre as medidas de segurança 4. Orientar um ambiente seguro 5. Providenciar um ambiente seguro 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas	Conhecimento sobre prevenção de quedas
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar identificar os fatores de risco de queda 2. Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas 3. Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda 4. Orientar paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam o risco de queda 5. Orientar sobre prevenção de quedas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Humor deprimido	Humor deprimido diminuído
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar humor 2. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos 3. Monitorar humor deprimido 4. Ouvir atentamente 5. Solicitar avaliação da psicóloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Humores lábeis (Labilidade emocional)	Bom humor
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o humor 2. Monitorar a labilidade emocional 3. Obter dados sobre labilidade emocional 4. Reforçar comportamento positivo 5. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Ideação suicida	Ideação suicida ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar ideação suicida 2. Identificar ideação suicida 3. Manter paciente perto da enfermaria 4. Orientar cuidador a não deixar o paciente sozinho 5. Solicitar acompanhante 6. Solicitar avaliação médica 7. Solicitar avaliação da psicóloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Impotência sexual	Desempenho sexual eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar disfunção sexual 2. Avaliar nível de conhecimento sobre sexualidade 3. Encaminhar para grupo de orientação sexual 4. Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual 5. Orientar sobre efeito da medicação sobre a sexualidade 6. Orientar uso de medicamentos para ereção 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Medo da cirurgia	Medo da cirurgia ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o medo 2. Minimizar o medo 3. Orientar sobre anestesia 4. Orientar sobre procedimento cirúrgico 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Não adesão ao regime de reabilitação	Adesão ao regime de reabilitação
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação 2. Orientar sobre reabilitação 3. Minimizar fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação 4. Reforçar conquistas 5. Reforçar informações oferecidas por outros profissionais da equipe 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Não adesão ao regime de segurança	Adesão às precauções de segurança
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível de adesão ao regime de segurança 2. Identificar fatores que impedem a aceitação do regime de segurança 3. Minimizar fatores que impedem a aceitação do regime de segurança 4. Orientar sobre importância das medidas de segurança 5. Orientar sobre reabilitação 6. Providenciar um ambiente seguro 7. Reforçar conquistas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Não adesão ao regime medicamentoso	Adesão ao regime medicamentoso
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso 2. Identificar fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso 3. Minimizar fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso 4. Orientar sobre horários de administração da medicação 5. Orientar sobre importância do uso da medicação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Preocupação	Preocupação diminuída
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível de preocupação 2. Identificar motivo da preocupação 3. Minimizar preocupação 4. Obter dados sobre preocupação 5. Orientar sobre reabilitação 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Sobrecarga de estresse	Estresse diminuído
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar paciente no manejo do estresse 2. Avaliar nível de estresse 3. Minimizar estresse do paciente 4. Orientar sobre manejo do estresse 5. Ouvir atentamente 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de efeito colateral da medicação	Efeito colateral da medicação ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar sobre possível efeito colateral da medicação 2. Orientar sobre técnica de redução de risco 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de estresse	Estresse ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível de estresse 2. Orientar sobre manejo do estresse 3. Minimizar estresse do paciente 	

7.4.4 Modo Fisiológico

O modo fisiológico apresenta a forma como a pessoa responde com seu físico aos estímulos do ambiente. O comportamento é manifestado pelas atividades fisiológicas do seu ser. Nesse modo são identificados novos componentes, sendo cinco pontos principais e quatro processos. Os cinco pontos principais são oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção. Os quatro processos são sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina.

7.4.4.1 Oxigenação

A oxigenação é identificada como a principal necessidade básica, para a adaptação fisiológica da pessoa. Os conceitos da fisiologia dos sistemas respiratório e cardiovascular fornecem uma estrutura para determinar a adaptação nesta necessidade. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a essa necessidade são:

- Padrão respiratório: frequência respiratória, nível, ritmo e profundidade da respiração, ausculta dos sons respiratórios;
- Expectoração, reflexo da tosse e espirros, secreção;

- Avaliação das vias respiratórias;
- Avaliação de exames laboratoriais: gasometria arterial;
- Padrão Cardiovascular: Frequência e ritmo de cardíaco e do pulso, pressão arterial, ausculta dos sons cardíacos;
- Edema;
- Fatores de risco para disfunção neurovascular periférica;
- Perfusão tissular.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Aspiração	Aspiração ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar alimentos conforme a consistência indicada 2. Administrar oxigenoterapia 3. Aspirar paciente 4. Auscultar sons respiratórios 5. Avaliar a deglutição do paciente 6. Comunicar médico alterações no padrão respiratório 7. Monitorar sinais e sintomas de aspiração 8. Observar sinais e sintomas de piora respiratória 9. Registrar aspecto da secreção 10. Solicitar avaliação da fonoaudióloga 11. Verificar oximetria e sinais vitais 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Bradycardia	Ritmo cardíaco nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condição cardíaca 2. Encaminhar para realização de eletrocardiograma 3. Manter monitor cardíaco 4. Medir (ou verificar) frequência cardíaca 5. Obter dados sobre condição cardíaca 6. Realizar eletrocardiograma 7. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Dispneia	Ritmo respiratório nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar oxigenoterapia 2. Avaliar dispneia 3. Avaliar perfusão periférica 4. Elevar cabeceira 5. Identificar causa da dispneia 6. Manter cabeceira elevada 7. Monitorizar frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório 8. Observar sinais e sintomas de piora respiratória 9. Verificar oximetria 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Edema periférico	Edema periférico ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar diuréticos, quando adequado 2. Aplicar meias elásticas 3. Avaliar membros inferiores e superiores 4. Avaliar uso de meia elástica 5. Elevar membro afetado 6. Ensinar aplicação das meias elásticas 7. Orientar uso de meias elásticas 8. Prescrever meias elásticas 9. Registrar eliminação e débito urinário 10. Verificar balanço hídrico 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Função neurovascular periférica	Função neurovascular periférica ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar pele na busca de alterações na integridade 2. Avaliar perfusão periférica 3. Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia) 4. Observar presença e qualidade dos pulsos 5. Monitorar cor, temperatura e umidade da pele 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hipertensão	Pressão arterial nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar sinais vitais 2. Gerenciar medicação 3. Medir (ou verificar) pressão arterial 4. Monitorar pressão arterial 5. Observar sinais e sintomas da hipertensão (vertigens, dores de cabeça, dores na nuca, peito, sangramento nasal) 6. Orientar uso da medicação 7. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hipotensão	Pressão arterial nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar sinais vitais 2. Gerenciar medicação 3. Medir (ou verificar) pressão arterial 4. Monitorar pressão arterial 5. Observar sinais e sintomas da hipotensão (tontura ou vertigem, desmaio, visão embaçada, náusea, respiração rápida e superficial) 6. Orientar uso da medicação 7. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hipotensão postural	Pressão arterial nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar meias elásticas 2. Elevar cabeceira antes de transferir o paciente 3. Elevar membros inferiores 4. Ensinar aplicação das meias elásticas 5. Inclinar cadeira de rodas 6. Manter cabeceira elevada antes de transferir o paciente 7. Orientar uso de cinta elástica 8. Orientar uso de meias elásticas 9. Prescrever meias elásticas 10. Realizar compressão abdominal 11. Solicitar avaliação médica 12. Solicitar cinta elástica abdominal 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Limpeza de vias aéreas prejudicada	Limpeza de vias aéreas eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirar orofaringe 2. Aspirar paciente 3. Aspirar traqueostomia 4. Ensinar técnica respiratória e de tosse 5. Estimular expectoração 6. Estimular uso de técnicas de tosse 7. Implementar cuidados com a traqueostomia 8. Manter vias aéreas permeáveis 9. Monitorar capacidade do paciente em tossir efetivamente 10. Monitorar quantidade e tipo de expectoração 11. Observar sinais e sintomas de piora respiratória 12. Realizar nebulização de acordo com a prescrição 13. Registrar aspecto da secreção 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Obstrução de vias aéreas	Limpeza de vias aéreas eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirar traqueostomia 2. Comunicar médico alterações no padrão respiratório 3. Comunicar aspecto e quantidade da secreção das vias aéreas 4. Implementar cuidados com a traqueostomia 5. Realizar nebulização 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Perfusão tissular periférica prejudicada	Perfusão tissular periférica eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar circulação periférica 2. Avaliar edema periférico, pulsos, temperatura e cor da pele 3. Avaliar perfusão tissular 4. Elevar membro afetado 5. Monitorar perfusão tissular 6. Orientar uso de meias elásticas 7. Prescrever meias elásticas 8. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Pressão arterial alterada	Pressão arterial nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir (ou verificar) pressão arterial 2. Monitorar pressão arterial 3. Observar sinais e sintomas da hipertensão (ou hipotensão) 4. Orientar sobre medição (ou verificação) de pressão arterial 5. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Taquicardia	Ritmo cardíaco nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condição cardíaca 2. Encaminhar para realização de eletrocardiograma 3. Medir (ou verificar) frequência cardíaca 4. Manter monitor cardíaco 5. Monitorar condição cardíaca 6. Obter dados sobre condição cardíaca 7. Realizar eletrocardiograma 8. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Trombose venosa profunda	Trombose venosa profunda ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação anticoagulante 2. Avaliar membro afetado 3. Avaliar sinais vitais 4. Avaliar uso de meia elástica 5. Estimular movimentação passiva ou ativa do membro afetado 6. Orientar cuidados com os membros edemaciados 7. Orientar sobre as complicações da doença 8. Orientar sobre importância da monitorização laboratorial 9. Orientar uso da medicação anticoagulante 10. Prescrever meias elásticas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de aspiração	Aspiração ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar alimentos conforme a consistência indicada 2. Avaliar deglutição do paciente 3. Avaliar necessidade de dieta enteral 4. Avaliar risco de aspiração 5. Ensinar técnica de tosse 6. Manter vias aéreas limpas 7. Orientar cabeceira elevada após a alimentação 8. Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente 9. Solicitar avaliação da fonoaudióloga 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de função neurovascular periférica	Função neurovascular periférica ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar perfusão periférica 2. Monitorar cor, temperatura e umidade da pele 3. Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia) 4. Observar presença e qualidade dos pulsos 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de hipotensão postural	Hipotensão postural ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar meias elásticas 2. Elevar cabeceira antes de transferir o paciente 3. Ensinar aplicação das meias elásticas 4. Manter a cabeceira elevada antes de transferir o paciente 5. Medir (ou verificar) pressão arterial 6. Orientar quanto as medidas de prevenção da hipotensão postural 7. Orientar uso da cinta elástica 8. Orientar uso de meias elásticas 9. Prescrever meias elásticas 10. Solicitar cinta elástica abdominal 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de obstrução de vias aéreas	Limpeza de vias aéreas eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirar paciente 2. Aspirar traqueostomia 3. Implementar cuidados com a traqueostomia 4. Manter vias aéreas permeáveis 5. Monitorar características das secreções das vias aéreas 6. Realizar nebulização 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de trombose venosa profunda	Trombose venosa profunda ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação anticoagulante 2. Avaliar uso de meia elástica 3. Ensinar aplicação das meias elásticas 4. Orientar cuidados com os membros edemaciados 5. Orientar sobre as complicações da doença 6. Orientar sobre importância da monitorização laboratorial 7. Orientar sobre o uso e os efeitos da medicação anticoagulante 8. Orientar uso de meias elásticas 9. Prescrever meias elásticas 	

7.4.4.2 Nutrição

A nutrição é identificada como uma necessidade básica, só ultrapassada pela necessidade de oxigênio, pois todas as pessoas precisam de alimento para produção de energia. Os conceitos básicos, relacionados com a digestão e metabolismo, fornecem a

estrutura para a determinação da adaptação relativa à nutrição. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a essa necessidade são:

- Padrões de alimentação: ingestão de alimentos e água durante 24 horas;
- Altura e peso;
- Estado da cavidade oral; Alteração da mastigação e deglutição (disfagia);
- Náuseas e vômitos;
- Dor (azia, dor de dentes, dor de garganta);
- Alteração da ingestão (dieta enteral e dieta parenteral);
- Integridade do sistema digestivo (cirurgia recente, diabetes, lesões obstrutivas, problemas de absorção do alimento);
- Medicamentos que alteram o processo digestivo;
- Disponibilidade do alimento (recursos financeiros);
- Condições do alimento (textura, se é branda, pastoso, líquido, normal);
- Conhecimento sobre uma nutrição saudável e do peso.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Baixo peso	Peso nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar aceitação da dieta prescrita 2. Avaliar ingestão de alimentos 3. Medir (verificar) altura 4. Pesar (verificar) paciente 5. Solicitar avaliação da nutricionista 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Deglutição prejudicada	Deglutição eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condições de deglutição 2. Demonstrar a técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada 3. Diminuir estímulos durante a alimentação 4. Observar engasgos 5. Oferecer alimentos na consistência prescrita 6. Orientar técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada 7. Solicitar avaliação da fonoaudióloga 8. Solicitar avaliação da nutricionista 9. Supervisionar cuidador na administração da dieta oral ao paciente com deglutição prejudicada 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Falta de apetite	Apetite positivo
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar aceitação da dieta prescrita 2. Monitorar ingestão de alimentos 3. Observar aceitação da dieta 4. Obter dados sobre apetite 5. Obter dados sobre eliminação intestinal 6. Solicitar avaliação do nutricionista 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Náuseas	Náusea ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Identificar causa da náusea 3. Monitorar náusea 4. Observar aceitação da dieta 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Obesidade	Peso nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Encorajar adesão à dieta alimentar 2. Encorajar perda de peso 3. Medir (verificar) altura 4. Pesar (verificar) paciente 5. Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso 6. Solicitar avaliação do nutricionista 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Resposta negativa à nutrição enteral	Resposta eficaz à nutrição enteral
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar aceitação da dieta enteral 2. Cuidar da sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica 3. Demonstrar técnica de administração da dieta enteral 4. Demonstrar técnica de lavagem da sonda nasogástrica/nasoentérica 5. Manejar (controlar) dieta enteral 6. Monitorar náusea, vômito e diarreia 7. Regular infusão da dieta enteral de acordo com a aceitação do paciente 8. Solicitar avaliação do nutricionista 9. Treinar cuidador na administração da dieta enteral 10. Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Sobrepeso	Peso nos limites normais
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Encorajar adesão à dieta alimentar 2. Encorajar perda de peso 3. Medir (verificar) a altura do paciente 4. Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso 5. Pesar (verificar) paciente 6. Solicitar avaliação do nutricionista 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Vômito	Vômito ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Identificar causa do vômito 3. Monitorar ingestão e a eliminação de líquidos e eletrólitos, com vômitos 4. Registrar frequência, volume e aspecto dos vômitos 5. Realizar higiene oral após o vômito 6. Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda 	

7.4.4.3 Eliminação

A eliminação é um processo básico da vida e essencial para adaptação. A formação de uma relação positiva enfermeiro-paciente é essencial para recolher informações sobre os padrões de eliminação da pessoa. O enfermeiro deve estar atento para alguns pontos, a privacidade da pessoa, o receio do paciente em relatar o padrão de eliminação, o uso da linguagem e as qualidades de comunicação devido às influências culturais e educacionais. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a essa necessidade são:

- Obter dados sobre os padrões de eliminação urinária e intestinal: frequência e quantidade; sintomas obstrutivos;
- Avaliar sensibilidade e controle do esfíncter urinário, jato urinário (intermitente, fraco, com gotejamento termina), as características macroscópicas da urina (aspecto, coloração, odor), queixa de dor ao urinar;
- Avaliar sensibilidade e controle do esfíncter intestinal, peristaltismo e sons abdominais, as características das fezes, a queixa de sensação de esvaziamento incompleto, esforço ao evacuar, presença de sangue vivo nas fezes, fissura anal, massa abdominal palpável, queixa de dor ao evacuar;
- Avaliar exames laboratoriais, radiológicos e urodinâmica;
- Avaliar distensão abdominal.

Eliminação Urinária

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Enurese	Continência urinária Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica) 2. Avaliar características da eliminação urinária 3. Ensinar técnicas (manobras) para esvaziamento da bexiga 4. Identificar causa da enurese 5. Iniciar treinamento de bexiga 6. Manter cateterismo vesical técnica limpa 7. Monitorar eliminação urinária 8. Orientar sobre treinamento de bexiga (reeducação vesical) 9. Promover eliminação urinária eficaz 10. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 11. Trocar fralda a cada três horas ou quando necessário 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Incontinência urinária de urgência	Continência urinária Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Avaliar características da eliminação urinária 3. Determinar intervalo para o treino miccional 4. Iniciar treinamento de bexiga 5. Manter cateterismo vesical técnica limpa 6. Monitorar eliminação urinária 7. Orientar sobre treinamento de bexiga (reeducação vesical) 8. Promover eliminação urinária eficaz 9. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 10. Trocar fralda a cada três horas ou quando necessário 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Incontinência urinária de esforço	Continência urinária Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Avaliar características da eliminação urinária 3. Ensinar paciente/cuidador a esvaziar a bexiga antes dos exercícios 4. Iniciar treinamento de bexiga 5. Monitorar eliminação urinária 6. Orientar sobre treinamento de bexiga 7. Promover eliminação urinária eficaz 8. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 9. Trocar fralda a cada três horas ou quando necessário 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Incontinência por transbordamento	Continência urinária
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa 2. Avaliar características da eliminação urinária 3. Avaliar distensão da bexiga 4. Cateterizar bexiga 5. Ensinar cateterismo vesical técnica limpa 6. Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa 7. Iniciar cateterismo vesical técnica limpa 8. Instalar sonda vesical de demora 9. Manter cateterismo vesical técnica limpa 10. Manter sonda vesical de demora 11. Monitorar eliminação urinária 12. Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan) 13. Realizar cateterismo vesical técnica asséptica 14. Realizar cateterismo vesical técnica limpa 15. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 16. Supervisionar cateterismo vesical técnica limpa 17. Treinar cateterismo vesical técnica limpa 18. Trocar fralda a cada três horas ou quando necessário 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Incontinência urinária	Continência urinária
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa 3. Ensinar cateterismo vesical técnica limpa 4. Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa 5. Iniciar cateterismo vesical técnica limpa 6. Instalar sonda vesical de demora 7. Manter cateterismo vesical técnica limpa 8. Manter sonda vesical de demora 9. Orientar sobre cuidados com cateter urinário 10. Orientar sobre treinamento de bexiga (reeducação vesical) 11. Promover eliminação urinária eficaz 12. Realizar cateterismo vesical técnica limpa 13. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 14. Supervisionar cateterismo vesical técnica limpa 15. Treinar cateterismo vesical técnica limpa 16. Trocar fralda a cada três horas ou quando necessário 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Infecção do trato urinário (infecção urinária)	Infecção urinária ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar antibiótico 2. Avaliar exame de urina 3. Coletar amostra de urina para exame 4. Monitorar aspecto macroscópico da urina 5. Monitorar sinais vitais 6. Solicitar avaliação médica 7. Monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário (infecção urinária) 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Micção prejudicada	Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Avaliar características da eliminação urinária 3. Determinar intervalo para o treino miccional 4. Monitorar eliminação urinária 5. Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan) 6. Orientar sobre treinamento de bexiga 7. Promover eliminação urinária, eficaz 8. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Resistência uretral	Resistência uretral ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Aumentar lubrificação uretral em caso de resistência uretral 3. Interromper cateterismo vesical, técnica limpa, em caso de resistência 4. Monitorar sinais e sintomas de resistência uretral 5. Observar sangramento após o cateterismo vesical 6. Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de menor calibre 7. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Retenção urinária	Continência urinária Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar características da eliminação urinária 2. Avaliar distensão da bexiga 3. Iniciar cateterismo vesical técnica limpa 4. Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan) 5. Observar retenção urinária 6. Realizar cateterismo vesical, técnica asséptica 7. Realizar cateterismo vesical, técnica limpa 8. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de incontinência de urgência	Continência urinária Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar características da eliminação urinária 2. Avaliar plano de reeducação vesical proposto para o paciente 3. Determinar intervalo para o treino miccional 4. Encorajar paciente a usar o vaso sanitário em intervalos regulares 5. Iniciar treinamento de bexiga 6. Monitorar eliminação urinária 7. Orientar sobre treinamento de bexiga (reeducação vesical) 8. Promover eliminação urinária eficaz 9. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de retenção urinária	Continência urinária Micção eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar características da eliminação urinária 2. Avaliar distensão da bexiga 3. Iniciar cateterismo vesical técnica limpa 4. Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan) 5. Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária 6. Realizar cateterismo vesical técnica asséptica 7. Realizar cateterismo vesical técnica limpa 8. Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical 	

Eliminação Intestinal

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Constipação intestinal	Continência intestinal Defecção (eliminação intestinal) eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar laxante (medicação) conforme prescrição 2. Administrar supositório 3. Avaliar adesão ao treino intestinal 4. Avaliar eliminação intestinal 5. Avaliar motilidade intestinal (ruídos hidroaéreos) 6. Avaliar reflexos da defecação 7. Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal 8. Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 9. Estimular aumento da ingesta de líquidos 10. Iniciar treino intestinal 11. Monitorar sinais e sintomas de constipação 12. Orientar sobre treino intestinal 13. Promover eliminação intestinal eficaz 14. Realizar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 15. Solicitar avaliação da nutricionista 16. Solicitar dieta laxativa 17. Supervisionar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Diarreia	Diarreia ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Coletar amostra de fezes para exames 2. Colocar fralda 3. Determinar causa da diarreia 4. Estimular aumento da ingesta de líquidos 5. Monitorar frequência da eliminação intestinal 6. Monitorar sinais e sintomas de diarreia 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Solicitar avaliação médica 8. Solicitar avaliação da nutricionista 9. Solicitar dieta obstipante e líquidos isotônicos

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Defecação prejudicada	Defecação eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar supositório 2. Avaliar adesão ao treino intestinal 3. Avaliar eliminação intestinal 4. Avaliar motilidade intestinal (ruídos hidroaéreos) 5. Avaliar reflexos da defecação 6. Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal 7. Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 8. Estimular aumento da ingesta de líquidos 9. Gerenciar eliminação intestinal 10. Iniciar treino intestinal 11. Orientar sobre treino intestinal 12. Promover eliminação intestinal eficaz 13. Realizar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 14. Solicitar avaliação da nutricionista 15. Supervisionar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Impactação	Continência intestinal Defecação eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar enema 2. Administrar medicação (laxante) 3. Administrar supositório 4. Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 5. Executar estímulo dígito anal 6. Monitorar sinais e sintomas de impactação 7. Promover eliminação intestinal eficaz 8. Retirar fezes manualmente 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Incontinência intestinal	Continência intestinal
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar padrão de eliminação intestinal 2. Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 3. Iniciar treino intestinal 4. Monitorar as características da eliminação intestinal 5. Orientar sobre treino intestinal 6. Trocar a fralda 7. Promover eliminação intestinal eficaz 8. Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de constipação intestinal	Continência intestinal Defecação (eliminação intestinal) eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar eliminação intestinal 2. Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal 3. Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal 4. Estimular aumento da ingestão de líquidos 5. Iniciar treino intestinal 6. Monitorar características da eliminação intestinal 7. Monitorar sinais e sintomas de constipação 8. Orientar sobre treinamento intestinal 9. Promover eliminação intestinal eficaz 10. Solicitar avaliação da nutricionista 11. Solicitar dieta laxativa 	

7.4.4.4 Atividade e Repouso

Na atividade e repouso observa-se o equilíbrio nesta necessidade. Ela fornece um funcionamento fisiológico otimizado de todos os componentes do corpo, dos períodos de restauração e reparação. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a essa necessidade são:

- Capacidade de exercitar-se, quais as atividades que realiza, quanto tempo, quantas vezes ao dia, tolerância as atividades;
- Característica do repouso e sono (hábito, quantas horas de descanso, qual o período do dia);
- Deambulação;
- Fisioterapia (quanto tempo, quantas vezes ao dia);
- Sedentarismo.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Capacidade para transferência prejudicada	Capaz de transferir-se
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar transferências 2. Avaliar capacidade de transferência 3. Ensinar travar o freio da cadeira de rodas durante a transferência 4. Obter dados sobre equilíbrio 5. Orientar sobre técnica de transferência 6. Realizar transferência usando aparato de elevação 7. Realizar transferência usando tábua de transferência 8. Transferir paciente 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Deficit de autocuidado	Capaz de executar o autocuidado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar autocuidado 2. Avaliar capacidade de autocuidado 3. Obter dados sobre autocuidado 4. Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado 5. Orientar atividades do autocuidado 6. Orientar sobre autocuidado 7. Promover autocuidado 8. Supervisionar autocuidado 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Dependência para autocuidado	Independência para autocuidado Dependência para autocuidado diminuída
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar autocuidado 2. Avaliar dependência para autocuidado segundo escala FIM 3. Avaliar independência para autocuidado segundo escala FIM 4. Obter dados sobre autocuidado 5. Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado 6. Oferecer adaptações para melhorar o autocuidado 7. Orientar atividades do autocuidado 8. Orientar sobre autocuidado 9. Promover autocuidado 10. Supervisionar autocuidado 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Espasticidade	Espasticidade diminuída
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Instalar órteses 3. Orientar uso de almofadas para o melhor posicionamento no leito 4. Orientar uso de faixas de contenção de membros inferiores na cadeira de rodas 5. Posicionar paciente em decúbito ventral 6. Utilizar faixas de contenção para membros inferiores na cadeira de rodas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Insônia	Sono eficaz Sono melhorado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (indutor do sono) 2. Minimizar ruídos durante a noite 3. Monitorar padrão de sono 4. Observar padrão de sono 5. Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir 6. Providenciar protetor auricular a fim de reduzir os ruídos 7. Reduzir luminosidade durante a noite 8. Registrar padrão do sono do paciente 9. Reduzir estímulos ambientais 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Marcha (caminhar) prejudicada	Capaz de andar (caminhar)
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a marcha 2. Avaliar marcha com uso de dispositivo 3. Estimular marcha, dentro dos limites seguros 4. Instalar órteses 5. Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar) 6. Oferecer cadeira de rodas 7. Orientar sobre prevenção de queda 8. Orientar uso de cadeira de rodas 9. Promover marcha com uso de dispositivo 10. Solicitar avaliação da fisioterapeuta 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Mobilidade em cadeira de rodas prejudicada	Mobilidade em cadeira de rodas melhorada
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar mobilidade em cadeira de rodas 2. Ensinar manuseio da cadeira de rodas 3. Ensinar travar o freio da cadeira de rodas durante a transferência 4. Oferecer cadeira de rodas conforme sua necessidade 5. Obter dados sobre equilíbrio 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Mobilidade na cama (leito) prejudicada	Capaz de mover-se na cama
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar assentar-se no leito 2. Auxiliar na mudança de decúbito 3. Avaliar mobilidade na cama 4. Estimular movimentação no leito 5. Orientar sobre a mudança de decúbito 6. Realizar mudança de decúbito a cada três horas 7. Estimular saída do leito 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Mobilidade prejudicada	Capaz de mobiliza-se
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar cuidados com pacientes em uso de aparelho gessado 2. Estimular realização dos exercícios e das atividades motoras 3. Implementar cuidados com pacientes em uso de tração cutânea 4. Implementar cuidados com pacientes em uso de tração transesquelética 5. Realizar mudança de decúbito 6. Reforçar regime de terapia física 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Queda	Queda ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar dispositivo de segurança (ex: grades de cama) 2. Identificar risco de queda 3. Comunicar queda 4. Examinar paciente 5. Obter dados sobre queda 6. Orientar sobre medidas de segurança 7. Orientar sobre prevenção de queda 8. Prevenir novos eventos 9. Registrar queda 10. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Síndrome do desuso	Resposta ao desuso
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar disposição para a realização das atividades 2. Estimular saída do leito 3. Monitorar tolerância à atividade 4. Orientar sobre reabilitação 5. Reforçar regime de terapia física 6. Promover conforto para o paciente 7. Promover mobilidade 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Sono prejudicado	Sono adequado Sono melhorado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (indutor do sono) 2. Evitar procedimentos durante o sono do paciente 3. Explicar sobre a importância do sono 4. Minimizar ruídos durante a noite 5. Monitorar padrão de sono 6. Observar padrão de sono 7. Providenciar protetor auricular afim de reduzir os ruídos 8. Reduzir luminosidade durante a noite 9. Registrar padrão do sono 10. Reduzir estímulos ambientais 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de Queda	Queda ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar dispositivo de segurança (ex: grades de cama) 2. Identificar riscos de queda do paciente, conforme o protocolo da instituição 3. Instalar grades nas laterais da cama 4. Monitorar risco de queda 5. Obter dados sobre prevenção de queda 6. Orientar sobre técnicas seguras de transferências 7. Orientar sobre medidas de segurança 8. Orientar sobre prevenção de queda 9. Prover (proporcionar, fornecer) dispositivos de segurança 	

7.4.4.5 Proteção

A proteção evolve as defesas básicas do organismo. Ela inclui estruturas de tegumento (pele, cabelo, unhas) e processos de imunidade que servem com a função protetora importante contra a infecção, trauma e mudança de temperatura. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a essa necessidade são:

- Integridade da pele e da unha;
- Couro cabeludo e o cabelo;
- Suor;
- Integridade do sistema imunológico

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Alergia	Alergia ausente
Intervenções de Enfermagem	
1. Administrar antialérgico 2. Administrar corticoide 3. Avaliar alterações cutâneas 4. Avaliar condição respiratória, cutâneas e gastrointestinais 5. Avaliar resposta à medicação 6. Avaliar risco de alergia 7. Identificar alergia na pulseira do paciente 8. Monitorar sinais vitais 9. Obter dados sobre alergia	10. Registrar alergia 11. Solicitar avaliação médica

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Alergia ao látex	Alergia ao látex ausente
Intervenções de Enfermagem	
1. Administrar antialérgico 2. Administrar corticoide 3. Avaliar alterações cutâneas 4. Avaliar condição respiratória 5. Avaliar manifestações gastrointestinais 6. Avaliar resposta à medicação 7. Avaliar risco de alergia ao látex 8. Identificar alergia na pulseira do paciente 9. Monitorar sinais vitais 10. Obter dados sobre alergia ao látex	11. Registrar alergia 12. Solicitar avaliação médica 13. Usar material sem látex

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Alergia a medicação	Alergia a medicação ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar antialérgico 2. Administrar corticoide 3. Avaliar alterações cutâneas 4. Avaliar condição respiratória 5. Avaliar manifestações gastrointestinais 6. Avaliar resposta à medicação 7. Avaliar risco de alergia a medicação 8. Identificar alergia na pulseira do paciente 9. Monitorar sinais vitais 10. Obter dados sobre alergia medicamentosa 11. Registrar alergia 12. Solicitar avaliação médica 13. Suspende administração do fármaco 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Alergia alimentar	Alergia alimentar ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar risco de alergia alimentar-se 2. Identificar alergia na pulseira do paciente 3. Obter dados sobre alergia alimentar 4. Registrar alergia 5. Solicitar avaliação da nutricionista 6. Suspende administração do alimento 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Candidíase	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medicação tópica 2. Avaliar mucosa 3. Avaliar pele 4. Avaliar resposta ao tratamento da candidíase 5. Manter integridade da pele 6. Manter região limpa e seca 7. Orientar cuidados com a pele 8. Orientar hidratação da pele 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Dermatite seborreica	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medicação tópica 2. Avaliar pele 3. Avaliar resposta ao tratamento da dermatite seborreica 4. Orientar cuidados com a pele e o couro cabeludo 5. Manter região limpa e seca 6. Orientar hidratação da pele 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Eczema de contato (Dermatite de contato)	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medicação tópica 2. Avaliar pele 3. Avaliar resposta ao tratamento do eczema 4. Manter região limpa e seca 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar hidratação da pele 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Eritema	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medicação tópica 2. Avaliar pele 3. Avaliar resposta ao tratamento do eritema 4. Manter integridade da pele 5. Manter região limpa e seca 6. Orientar cuidados com a pele 7. Orientar hidratação da pele 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Eritema de calor	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medicação tópica 2. Avaliar pele 3. Avaliar resposta ao tratamento do eritema 4. Manter integridade da pele 5. Manter região limpa e seca 6. Orientar cuidados com a pele 7. Orientar hidratação da pele 8. Trocar a fralda quando a cada três horas 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Escoriação	Cicatrização da ferida eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cicatrização da ferida 2. Avaliar cobertura curativo 3. Avaliar ferida 4. Avaliar pele 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar cuidados com ferida 7. Orientar sobre cicatrização da ferida 8. Trocar curativo conforme a cobertura indicada 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Febre	Temperatura Corporal, nos Limites Normais Termorregulação eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (antitérmico) 2. Avaliar a causa da febre 3. Aplicar compressa fria 4. Avaliar sinais e sintomas da febre (calafrio, sudorese, taquicardia) 5. Banhar o paciente 6. Estimular a hidratação 7. Garantir a circulação do ar ambiente 8. Medir (ou Verificar) Temperatura Corporal 9. Monitorar Temperatura Corporal 10. Orientar aumento da ingesta de líquidos 11. Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Temperatura Corporal 12. Promover o conforto 13. Realizar curva térmica 	<ol style="list-style-type: none"> 14. Retirar excesso de roupas 15. Solicitar avaliação médica

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Ferida cirúrgica	Cicatrização da ferida eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cicatrização da ferida 2. Avaliar cobertura curativo 3. Avaliar pele 4. Categorizar ferida cirúrgica 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar cuidados com ferida cirúrgica 7. Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo) 8. Trocar curativo conforme a cobertura indicada 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Ferida por queimadura	Cicatrização da ferida eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cicatrização da ferida 2. Avaliar cobertura curativo 3. Avaliar ferida 4. Avaliar pele 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar cuidados com ferida 7. Orientar sobre cicatrização da ferida 8. Trocar curativo conforme a cobertura indicada 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Ferida Traumática	Cicatrização da ferida eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cicatrização da ferida 2. Avaliar cobertura curativo 3. Avaliar ferida 4. Orientar cuidados com a pele 5. Orientar cuidados com ferida 6. Trocar curativo conforme a cobertura indicada 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Fissura	Cicatrização da ferida eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cicatrização da ferida 2. Avaliar ferida 3. Aplicar medicação tópica 4. Avaliar pele 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar cuidados com ferida 7. Orientar sobre cicatrização da ferida 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hemorroidas	Edema dos vasos sanguíneos melhorado
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação tópica 2. Avaliar processo hemorroidário 3. Orientar estímulo dígito anal em dias alternados 4. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hipertermia	Temperatura Corporal, nos Limites Normais Termorregulação eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (antitérmico) 2. Aplicar compressa fria 3. Avaliar sinais e sintomas da febre (calafrio, sudorese, taquicardia) 4. Banhar o paciente 5. Estimular a hidratação 6. Garantir a circulação do ar ambiente 7. Medir (ou Verificar) Temperatura Corporal 8. Monitorar Temperatura Corporal 9. Orientar aumento da ingesta de líquidos 10. Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Temperatura Corporal 11. Promover o conforto 12. Realizar curva térmica 13. Retirar excesso de roupas 14. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Integridade da pele prejudicada	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medicação tópica 2. Avaliar pele 3. Avaliar mucosa oral 4. Avaliar unha 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar hidratação da pele 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Lesão por pressão	Lesão por pressão ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar escala de risco de úlcera por pressão 2. Avaliar cobertura curativo 3. Avaliar ferida 4. Avaliar pele 5. Orientar cuidados com a pele 6. Orientar cuidados com ferida 7. Orientar sobre cicatrização da ferida 8. Orientar sobre cuidados com úlcera por pressão 9. Orientar sobre prevenção de úlcera por pressão 10. Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo) 11. Prevenir úlcera por pressão 12. Trocar curativo conforme cobertura indicada 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Membrana da mucosa oral prejudicada	Mucosa oral íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar pomada tópica 2. Avaliar mucosa oral 3. Orientar cuidados com a mucosa 4. Orientar cuidados com prótese dentária 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Pele friável	Pele íntegra
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar pele 2. Hidratar pele 3. Manter integridade da pele 4. Orientar cuidados com a pele 5. Orientar hidratação da pele 6. Prevenir ferida 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Pele seca (ressecada)	Pele hidratada
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar pele 2. Hidratar pele 3. Manter integridade da pele 4. Orientar cuidados com a pele 5. Orientar hidratação da pele 6. Prevenir ferida 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Transpiração excessiva (Hiperidrose)	Transpiração reduzida
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Avaliar pele 3. Avaliar transpiração 4. Manter paciente limpo e seco 5. Orientar aumento da hidratação 6. Solicitar avaliação médica 7. Trocar fralda 8. Trocar roupa 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Trauma uretral	Trauma uretral ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (alfabloqueadora) 2. Aumentar lubrificação uretral em caso de trauma uretral 3. Interromper cateterismo vesical em caso de trauma uretral 4. Observar sangramento após o cateterismo vesical 5. Realizar cateterismo vesical com sonda de menor calibre 6. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de alergia	Alergia ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar risco de alergia 2. Identificar alergia na pulseira do paciente 3. Orientar sobre prevenção da alergia 4. Prevenir alergia 5. Registrar alergia 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de alergia ao látex	Alergia ao látex ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar risco de alergia a látex 2. Identificar alergia na pulseira do paciente 3. Orientar sobre prevenção da alergia 4. Prevenir alergia ao látex 5. Registrar alergia 6. Usar material sem látex 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de alergia a medicação	Alergia a medicação ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar risco de alergia a medicação 2. Identificar alergia na pulseira do paciente 3. Orientar sobre prevenção da alergia 4. Prevenir alergia a medicação 5. Registrar alergia 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de alergia alimentar	Alergia alimentar ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar risco de alergia alimentar 2. Identificar alergia na pulseira do paciente 3. Orientar sobre prevenção da alergia 4. Prevenir alergia alimentar 5. Registrar alergia 6. Solicitar avaliação da nutricionista 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de trauma uretral	Trauma uretral ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (alfabloqueadora) 2. Aumentar lubrificação uretral em caso de resistência 3. Monitorar sinais e sintomas de resistência uretral 4. Observar sangramento após o cateterismo vesical 5. Realizar cateterismo vesical com sonda de menor calibre 6. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de úlcera por pressão	Úlcera por pressão ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar escala de risco de úlcera por pressão 2. Avaliar pele 3. Iniciar protocolo para prevenção de úlcera por pressão 4. Instalar almofada na cadeira de rodas 5. Instalar colchão de ar 6. Manter integridade da pele 7. Manter protocolo para prevenção de úlcera por pressão 8. Obter dados sobre risco de úlcera por pressão 9. Orientar alívio de pressão na cadeira de rodas 10. Orientar cuidados com a pele 11. Orientar hidratação da pele 12. Orientar mudança de decúbito 13. Orientar sobre prevenção de úlcera por pressão 14. Prevenir úlcera por pressão 	

7.4.4.6 Sentidos

Além dessas necessidades básicas apresentadas, 4 processos complexos foram identificados como áreas importantes de consideração, quando se avalia a adaptação fisiológica. O primeiro é os sentidos. Nele avalia-se a visão, audição, tato, paladar, ofato, sentidos que permitem às pessoas interagirem com seu ambiente. A sensação de dor é uma consideração importante na avaliação desse processo complexo; Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a esse processo são:

- Condição cinestésica;
- Condição da audição;
- Condição do olfato;
- Condição da visão;
- Desconforto e dor (característica, local e intensidade).

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Alodinia intensa (EVA 10)	Alodinia forte (EVA 7 a 9) Alodinia moderada (EVA 4 a 6) Alodinia leve (EVA 1 a 3) Alodinia ausente (EVA 0)
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação para dor 2. Avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração 3. Avaliar resposta à medicação 4. Encaminhar paciente ao grupo de orientação sobre a dor 5. Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica) 6. Monitorar bem-estar do paciente 7. Orientar sobre alternativas para alívio da dor 8. Orientar sobre dor neuropática 9. Realizar medidas de alívio da dor, quando necessário 10. Reforçar adesão no tratamento da dor 11. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Atitude em relação à dor ineficaz	Atitude em relação à dor eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar atitude do paciente em relação à dor 2. Encorajar paciente a participar das atividades propostas (artes, socialização, hidroterapia, exercícios, expressão corporal, relaxamento) 3. Identificar atitude em relação à dor 4. Implementar medidas não medicamentosas para aliviar a dor 5. Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica) 6. Reforçar adesão no tratamento da dor 7. Reforçar comportamento positivo do paciente no manejo (controle) da dor 8. Solicitar avaliação médica 9. Monitorar satisfação do paciente com o controle da dor 10. Monitorar bem-estar do paciente 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Cefaleia intensa (EVA 10)	Cefaleia forte (EVA 7 a 9) Cefaleia moderada (EVA 4 a 6) Cefaleia leve (EVA 1 a 3) Cefaleia ausente (EVA 0)
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação para dor 2. Avaliar resposta à medicação 3. Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica) 4. Solicitar avaliação médica 5. Reduzir fatores ambientais que precipitem ou aumentem a experiência de dor 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Controle da dor inadequado	Controle da dor
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar atitude do paciente em relação a dor 2. Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor 3. Colaborar no plano de manejo (controle) da dor 4. Encorajar paciente a monitorar a própria dor 5. Iniciar plano de manejo (controle) de dor 6. Monitorar o bem-estar do paciente 7. Monitorar satisfação do paciente com o controle da dor 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Orientar sobre manejo (controle) de dor 9. Reforçar adesão no tratamento da dor 10. Reforçar conquistas no manejo da dor 11. Solicitar avaliação médica

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Dor (transitória, aguda, crônica) intensa (EVA 10)	Dor (transitória, aguda, crônica) forte (EVA 7 a 9) Dor (transitória, aguda, crônica) moderada (EVA 4 a 6) Dor (transitória, aguda, crônica) leve (EVA 1 a 3) Dor (transitória, aguda, crônica) ausente (EVA 0)
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação para dor 2. Avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração 3. Avaliar resposta à medicação 4. Gerenciar medicação (analgésica) 5. Iniciar crioterapia para o controle da dor 6. Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica) 7. Reduzir fatores ambientais que precipitem ou aumentem a experiência de dor 8. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Disúria	Disúria ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação (dor, ATB, Antisséptico) 2. Avaliar resposta à medicação 3. Avaliar urina 4. Coletar amostra de urina para exame laboratorial 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Solicitar avaliação médica

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Dor neuropática/neurogênica intensa (EVA 10)	Dor neuropática/neurogênica forte (EVA 7 a 9) Dor neuropática/neurogênica moderada (EVA 4 a 6) Dor neuropática/neurogênica leve (EVA 1 a 3) Dor neuropática/neurogênica ausente (EVA 0)
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação para dor 2. Avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração 3. Avaliar resposta à medicação 4. Encaminhar paciente ao grupo de orientação sobre a dor 5. Gerenciar medicação 6. Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica) 7. Monitorar bem-estar do paciente 8. Orientar posicionamento para alívio da dor 9. Orientar sobre alternativas para alívio da dor 10. Orientar sobre dor neuropática 11. Reforçar adesão no tratamento da dor 12. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Enfrentamento da dor ineficaz	Enfrentamento da dor eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre a dor 2. Obter dados sobre resposta psicológica à dor 3. Observar comportamento/humor do paciente durante as atividades do dia e/ou em relação a dor 4. Reforçar adesão no tratamento da dor 5. Reforçar conquistas no manejo da dor 6. Solicitar avaliação médica 	

7.4.4.7 Fluidos E Eletrólitos

No processo fluídos e eletrólitos, o equilíbrio das funções celulares, extracelulares e sistêmicas é necessário. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a esse processo são:

- Exames laboratoriais (eletrólitos, hemograma);
- Enchimento capilar;
- Hábitos de ingestão de líquidos;
- Perda de líquidos e sangue;
- Pulsos, pressão arterial;
- Turgidez da Pele e hidratação da Mucosa.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Desidratação	Hidratação adequada
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar soroterapia 2. Aumentar ingestão de líquidos 3. Avaliar sinais de desidratação 4. Estimular ingestão de líquidos 5. Instalar soroterapia 6. Monitorar indicadores de hidratação 7. Monitorar ingestão de líquidos 8. Puncionar acesso venoso 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Registrar ingestão de líquidos e a eliminação de urina

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hemorragia	Sangramento ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar hemoterapia 2. Administrar soroterapia 3. Identificar risco de hemorragia 4. Instalar soroterapia 5. Puncionar acesso venoso 6. Realizar bandagem de compressão 7. Solicitar avaliação médica 8. Trocar bandagem de compressão 9. Trocar curativo 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Ingestão de líquidos prejudicada	Ingestão de líquidos eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar ingestão de líquidos 2. Estimular ingestão de líquidos 3. Monitorar ingestão de líquidos 4. Oferecer instrumento para controle de líquidos 5. Orientar sobre ingestão de líquidos 6. Supervisionar ingestão de líquidos 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de desidratação	Hidratação adequada
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar sinais de desidratação 2. Estimular ingestão de líquidos 3. Identificar risco de desidratação 4. Monitorar indicadores de hidratação 5. Monitorar ingestão de líquidos 6. Orientar sobre ingestão de líquidos 	

7.4.4.8 Função Endócrina

A função endócrina auxilia o sistema neurológico no funcionamento e controle das atividades fisiológicas. Este processo desempenha um papel significativo na resposta ao stress. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a esse processo são:

- Nível de Glicose no Sangue; Exames laboratoriais

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Diabetes	Nível de glicose sanguínea eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar hipoglicemiantes orais 2. Administrar insulina 3. Avaliar diário de glicemia do paciente 4. Avaliar exames de glicemia 5. Monitorar glicemia capilar 6. Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia 7. Orientar paciente a fazer o rodízio na aplicação da insulina 8. Orientar registro diário de glicemia 9. Realizar glicemia capilar 10. Solicitar avaliação médica 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Treinar técnica de glicemia capilar 12. Treinar aplicação da insulina

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hiperglicemia	Nível de glicose sanguínea eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar hipoglicemiantes orais 2. Administrar insulina 3. Avaliar diário de glicemia do paciente 4. Ensinar sobre sinais e sintomas de hiperglicemia 5. Monitorar glicemia capilar 6. Realizar glicemia capilar 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Solicitar avaliação médica

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Hipoglicemia	Nível de glicose sanguínea eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar suco com açúcar 2. Avaliar diário de glicemia do paciente 3. Ensinar sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia 4. Monitorar glicemia capilar 5. Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia 6. Realizar glicemia capilar 7. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de hiperglicemia	Nível de glicose sanguínea eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o diário de glicemia do paciente 2. Monitorar glicose sanguínea 3. Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia 4. Realizar glicemia capilar 5. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de hipoglicemia	Nível de glicose sanguínea eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o diário de glicemia do paciente 2. Monitorar glicemia capilar 3. Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia 4. Realizar glicemia capilar 5. Solicitar avaliação médica 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de glicemia instável	Nível de glicose sanguínea eficaz
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o diário de glicemia do paciente 2. Ensinar sobre os sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia 3. Iniciar diário de glicemia 4. Monitorar glicemia capilar 5. Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia 6. Realizar glicemia capilar 7. Solicitar avaliação médica 	

7.4.4.9 Função Neurológica

O sistema neurológico controla e coordena os movimentos corporais, consciência, a cognição, a emoção, assim como regula as atividades fisiológicas. Os dados a serem coletados pelos enfermeiros referentes a esse processo são:

- Agitação, alucinação
- Função Cognitiva
- Nível de Consciência, de percepção
- Resposta Motora

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Agitação	Agitação ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none">1. Administrar medicação2. Aplicar contenção física3. Avaliar condição neurológica4. Avaliar exames laboratoriais5. Instalar grades na cama6. Orientar medidas de segurança7. Prevenir lesão de pele durante a agitação8. Solicitar avaliação médica	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Alucinação	Alucinação ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none">1. Administrar medicação2. Aplicar contenção física3. Avaliar condição neurológica4. Avaliar exames laboratoriais5. Instalar grades na cama6. Orientar medidas de segurança7. Solicitar avaliação médica8. Orientar família sobre alucinação	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Barreira de comunicação	Comunicação melhorada
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar condição neurológica2. Estimular comunicação verbal e não verbal3. Facilitar habilidade para comunicar-se4. Fornecer material para comunicação5. Identificar formas de comunicação utilizadas pelo paciente6. Minimizar barreiras de comunicação7. Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta, tábua de letras, computador8. Usar comunicação não verbal	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Confusão	Confusão ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condição neurológica 2. Avaliar exames laboratoriais 3. Instalar grades na cama 4. Monitorar sinais de confusão 5. Obter dados sobre condição neurológica 6. Prevenir quedas durante a confusão 7. Providenciar vigilância contínua do paciente e do ambiente 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Convulsão	Controle da convulsão
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Administrar medicação intravenosa (ou endovenosa) 3. Aspirar secreções da cavidade oral, após a crise convulsiva 4. Avaliar exames laboratoriais 5. Implementar regime de manejo (controle) de convulsão 6. Implementar oxigenoterapia 7. Instruir sobre o controle da convulsão 8. Manter vias aéreas abertas 9. Monitorar condição respiratória 10. Monitorar sinais vitais 11. Prevenir lesão de pele durante a crise convulsiva 12. Posicionar decúbito lateral a fim de evitar o engasgue com a própria saliva ou vômito, durante a crise convulsiva 13. Reforçar cuidados para controle da convulsão 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Disreflexia autonômica	Controle da disreflexia autonômica
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevar a cabeceira da cama, no ângulo de 45 a 90 graus ou sentar 2. Identificar estímulo que precipitou a disreflexia autonômica 3. Implementar regime de manejo (controle) da disreflexia autonômica 4. Iniciar programa de reeducação vesical e intestinal 5. Instruir sobre controle da disreflexia autonômica 6. Monitorar sinais e sintomas da disreflexia autonômica 7. Monitorar sinais vitais 8. Observar sinais e sintomas da disreflexia autonômica 9. Realizar cateterismo vesical 10. Realizar mudança de decúbito 11. Reforçar cuidados para controle da disreflexia autonômica 12. Remover estímulo causador da disreflexia autonômica 13. Remover manualmente as fezes do paciente 14. Remover vestuário ou meias elásticas ou dispositivo apertados 15. Tratar lesão de pele, quando presente 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Negligência unilateral (heminégligência)	Negligência unilateral diminuída (heminégligência)
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condição neurológica 2. Orientar sobre a negligência unilateral (heminégligência) 3. Orientar técnicas de adaptação da negligência unilateral (heminégligência) 4. Reforçar os cuidados para readaptação do paciente com negligência unilateral (heminégligência) 5. Orientar uso de adaptações para o autocuidado em pessoas com negligência unilateral (heminégligência) 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de convulsão	Controle da convulsão
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar medicação 2. Avaliar exames laboratoriais 3. Implementar regime de manejo (controle) de convulsão 4. Instruir sobre controle da convulsão 5. Reforçar cuidados para o controle da convulsão 	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem Esperados
Risco de disreflexia autonômica	Disreflexia autonômica ausente
Intervenções de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cuidado e manejo de técnicas de prevenção da Disreflexia Autonômica 2. Desenvolver um plano de cuidados para a pele em pacientes com risco para disreflexia autonômica 3. Implementar regime de manejo (controle) da disreflexia autonômica 4. Iniciar programa de reeducação vesical e intestinal 5. Instruir sobre controle da disreflexia autonômica 6. Monitorar condições de eliminação urinária e intestinal do paciente 7. Obter dados sobre controle da disreflexia autonômica 8. Orientar na identificação das causas, sinais e sintomas, medidas de prevenção e controle da disreflexia autonômica 9. Orientar na identificação dos estímulos nocivos capazes de precipitar a disreflexia autonômica 10. Orientar no cuidado da pele ou lesão de pele 11. Prevenir constipação intestinal 12. Promover ações para minimizar os estímulos nocivos capazes de precipitar a disreflexia autonômica 13. Reforçar cuidados para controle da disreflexia autonômica 	

8. GLOSSÁRIO DE CONCEITOS

8.1 Modo Desempenho Do Papel

Diagnósticos Negativos

1. Aceitação do estado de saúde prejudicado: Estado em que o indivíduo apresenta dificuldade em reduzir ou eliminar barreiras que impedem reconhecer os pontos positivos da vida, mantendo a atenção nos problemas da doença, e potencializando as emoções negativas da doença, evidenciado pela ansiedade, apreensões ou tensões, apatia, pouco ou nenhum

conhecimento sobre seu processo de saúde e doença (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXO DA CIPE® VERSÃO 2015).

2. Adaptação prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta comprometimento na sua capacidade de ajustar-se a atual condição ou a uma nova situação de vida, evidenciado pela negação, medo, raiva, culpa (ROY; ANDREWS, 2001).

3. Atitude em relação ao cuidado conflitosa: Estado em que o indivíduo apresenta falta de entendimento sobre o cuidado prescrito e ensinado pelo enfermeiro. Evidenciado por não aceitar os ensinamentos do prestador de cuidado (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXO DA CIPE® VERSÃO 2015).

4. Baixa autoeficácia: Estado em que o indivíduo apresenta baixa capacidade para realizar uma atividade específica. A pessoa não acredita em si e nem tem vontade para executar uma tarefa (SOUZA et al., 2013).

5. Bem-estar social prejudicado: Estado em que o indivíduo não possui certos fatores para que tenha uma boa qualidade de vida, como emprego, lar, acesso a educação e saúde, tempo para lazer, não consegue ir e vir devido as barreiras ambientais (NERI, 2006).

6. Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada: Estado em que o indivíduo não tem lazer, pois não consegue sair de casa devido as barreiras ambientais, ou está constrangido, tem medo ou depressão (CLARES, 2014).

7. Desempenho de papel prejudicado: Estado em que o indivíduo está incapacitado de executar o seu papel sócio-econômico-espiritual, conforme padrões que não combinam com o contexto, normas e expectativa do ambiente a qual vive. Evidenciado pela adaptação inadequada à mudança, ansiedade, autocontrole inadequado, depressão, enfrentamento inadequado, discriminação, habilidades inadequadas, motivação inadequada, mudança na sua capacidade de assumir o papel, pessimismo, sentimento de impotência, isolamento, tristeza, angustia, depressão, após um evento que mudou o rumo de sua vida (RODRIGUES, 2006).

8. Expectativa sobre o tratamento irrealista: Estado em que o indivíduo apresenta expectativa irreal ao seu atual estado. Expressa o desejo de alcançar objetivos que no momento são impossíveis, seja pela falta de conhecimento ou informação relevante (TRINDADE, 2011).

9. Isolamento social: Estado em que o indivíduo vivencia o desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contatos com os outros. Evidenciado pelo isolamento físico, social ou afetivo, da falta de energia emocional, pela deficiência física, ausência de pessoas

significativas, alteração na aparência física, recursos pessoais inadequados (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de Isolamento Social: Estado em que o indivíduo vivencia o desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contatos com os outros. Evidenciado pelo isolamento físico, social ou afetivo e da falta de energia emocional (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

2. Risco de solidão: Estado em que o indivíduo apresenta risco de vivenciar a falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimento de ser excluído, melancolia, tristeza associada a falta de companhia, amizade, acompanhado de sentimento de insignificância, vazio, retraimento, baixa autoestima (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXO DA CIPE® VERSÃO 2015).

Diagnósticos Positivos

1. Aceitação do estado de saúde: Estado em que o indivíduo reconhece o seu estado no processo saúde e doença, reduzindo assim as emoções negativas da doença, eliminando as barreiras que impedem reconhecer os pontos positivos da vida (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXO DA CIPE® VERSÃO 2015).

2. Adaptação eficaz: Estado em que o indivíduo possui a capacidade de ajustar-se a atual condição ou a uma nova situação de vida (ROY; ANDREWS, 2001).

3. Apoio social eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta uma rede social, onde ele encontra todos os recursos necessários para resolver problemas estressantes, uma crise, ou readaptar a uma situação. Ele se sente querido, amado e estimado, confiando no outro e nas relações interpessoais (NER, I 2006).

4. Atitude em relação ao cuidado positiva: Estado em que o indivíduo apresenta entendimento sobre o cuidado prescrito e ensinado pelo enfermeiro. Evidenciado no conhecimento adquirido após ensinamentos do prestador de cuidado (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXO DA CIPE® VERSÃO 2015).

5. Autoeficácia: Estado em que o indivíduo apresenta capacidade para realizar um atividade específica. A pessoa acredita em si e tem vontade para executar uma tarefa (SOUZA et al., 2013).

6. Capaz de executar atividade de lazer: Estado em que o indivíduo apresenta momentos de lazer, ele consegue ir e vir para a prática do lazer (CLARES, 2014).

7. Capaz de socializar-se: Estado em que o indivíduo apresenta uma quantidade ou qualidade adequada de troca social e participação nas atividades. Interagindo com outras pessoas, melhorando o seu estilo e padrão de vida (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

8. Desempenho de papel eficaz: Estado em que o indivíduo está capacitado para executar o seu papel sócio-econômico-espiritual, conforme padrões com o contexto, normas e expectativa do ambiente a qual vive (RODRIGUES, 2006).

9. Expectativa sobre o tratamento realista: Estado em que o indivíduo apresenta uma expectativa realista a seu atual estado. Expressa o desejo de alcançar objetivos tangíveis e possíveis de serem alcançados (TRINDADE, 2011).

8.2 Modo Interdependência

Diagnósticos Negativos

1. Capacidade do cuidador para executar o cuidado prejudicada: Estado em que o cuidador ou pessoa significativa apresenta uma condição insatisfatória para executar o cuidado que é exigido para manter o paciente íntegro, o que determina uma adaptação prejudicada do paciente a sua condição de reabilitação (SCHOSSLER, 2007).

2. Estresse do cuidador: Estado em que o cuidador apresenta um sentimento tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

3. Problema de continuidade do cuidado: Estado em que o indivíduo apresenta uma dificuldade para continuar com o seu cuidado, seja ele de ordem social, econômica e principalmente pelo apoio familiar (FIGUEIREDO, 2009).

4. Problema de relacionamento com o cuidador: Estado em que o indivíduo apresenta uma relação negativa com seu cuidador o que dificulta sua adaptação e progressão no seu processo de saúde. Evidenciado por desentendimentos, discussões, falta de cuidado, apoio e encorajamento (FIGUEIREDO, 2009)..

Diagnósticos de Risco

1. Risco de estresse do cuidador: Estado em que o cuidador apresenta risco para desenvolver um sentimento tenso e ansioso, de tal modo que incapacita de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; evidenciado pelo sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

Diagnósticos Positivos

1. Continuidade do cuidado: Estado em que o indivíduo consegue gerenciar o seu cuidado, evidenciado pela manutenção da sua qualidade de vida, pela adequação dos recursos materiais e financeiros (FIGUEIREDO, 2009).

2. Cuidador capaz de executar o cuidado: Estado em que o cuidador apresenta apto para executar o cuidado do paciente, sendo capaz de estimular sua adaptação, estimulando o autocuidado, evidenciado pelo apoio, conforto e segurança (SCHOSSLER, 2007).

3. Estresse do cuidador ausente: Estado em que o cuidador não apresenta sentimento tenso e ansioso, de tal modo que ele consegue retomar com as atividades do cuidado do paciente. Ele relata melhora do cansaço físico como mental (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

4. Estresse do cuidador reduzido: Estado em que o cuidador apresenta redução do seu sentimento tenso e ansioso, de tal modo que ele consegue retomar com as atividades do cuidado do paciente. Ele relata melhora do cansaço físico como mental (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

5. Relacionamento com o cuidador positivo: Estado em que o indivíduo apresenta uma relação positiva com seu cuidador, facilitando a sua adaptação e progressão no seu processo de saúde. Evidenciado pelo cuidado, apoio e encorajamento (FIGUEIREDO, 2009).

8.3 Modo Autoconceito

Diagnósticos Negativos

1. Ansiedade: Estado em que o indivíduo apresenta um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo,

de algo desconhecido ou estranho, quando exagerado é considerado patológico, interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Pode se notar insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento, suor (COELHO; TOURINHO, 2008).

2. Autoconceito prejudicado: Estado em que o indivíduo apresenta alterada a sua percepção pessoal ou autopercepção, ou seja, como o sujeito tem dificuldade de perceber a si mesmo. Ele não consegue referir aspectos do comportamento, tais como: o sentir, o fazer e o falar em relação a si mesmo. Ele relata que não está bem consigo, com sua família e com a comunidade (NERI, 2011).

3. Autoimagem negativa: Estado em que o indivíduo apresenta alteração na forma de se ver. Ele recebe informações impostas ao seu comportamento, à sua aparência física e o funcionamento do seu corpo de forma negativa, com isso ele não consegue se adaptar a sua nova condição de vida (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009).

4. Baixa autoestima: Estado em que o indivíduo apresenta comportamento, inibido e medo de se expor (comportamento de fuga e esquiva). O sujeito se considera inferior e despreparado para a competitividade existente no mundo, desenvolvendo sentimentos negativos em relação a sua pessoa, quando observado e julgado pelos grupos sociais a que pertence (SOUZA et al., 2013).

5. Comportamento agressivo: Estado em que o indivíduo apresenta uma ação ou atitude brutal, arrogante, expressa verbalmente, fisicamente ou simbolicamente (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

6. Desempenho sexual prejudicado: Estado em que o indivíduo apresenta incapacidade para participar em relação sexual, seja por medo, ansiedade, depressão, sentimento de culpa, baixa autoestima, autoimagem negativa, disfunção erétil ou para ejacular no caso dos homens (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

7. Efeito colateral da medicação: Estado em que o indivíduo apresenta os efeitos inerentes a própria ação farmacológica do medicamento, porém, o aparecimento é indesejável num momento determinado de sua aplicação. É considerado um prolongamento da ação farmacológica principal do medicamento e expressam um efeito farmacológico menos intenso em relação a ação principal de uma determinada substância (ROZENFELD, 1998).

8. Falta de conhecimento: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

9. Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre como cuidar de feridas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

10. Falta de conhecimento sobre doença: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre a sua patologia (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

11. Falta de conhecimento sobre manejo da dor: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre o manejo da sua dor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

12. Falta de conhecimento sobre manejo da medicação: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre o manejo da medicação que faz uso (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

13. Falta de conhecimento sobre medicação: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre a medicação prescrita (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

14. Falta de conhecimento sobre medidas de segurança: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre as medidas para a sua segurança (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

15. Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas: Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre prevenção de quedas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

16. Humor deprimido: Estado em que o indivíduo apresenta humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo ao funcionamento do indivíduo (OLIVEIRA et al 2006).

17. Humores lábeis (Labilidade emocional): Estado em que o indivíduo apresenta um descontrole emocional que se mostra por meio de episódios de riso excessivo e/ou choro incontrolável. Ele é incapaz de controlar suas emoções (SARTORI; BARROS; TAVARES, 2008).

18. Ideação suicida: Estado em que o indivíduo apresenta intenção de terminar com a sua própria vida, evidenciado pela existência de desejos correntes e planos para cometer o suicídio, numa continuidade de pensamentos ou ideia acerca do suicídio até aos seus planos. A presença de fatores de risco como a depressão, sentimento de culpa, vergonha, hostilidade, vingança, medo ou sacrifício (SILVA, 2006).

19. Impotência sexual: Estado em que o indivíduo apresenta uma incapacidade para conseguir ereção do pênis ou, menos comumente, para ejacular tendo alcançado a ereção, associado a fatores psicológicos ou fisiológicos tais como idade, fadiga, saúde precária, uso de drogas e doenças (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

20. Medo da cirurgia: Estado em que o indivíduo apresenta sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a proposta cirúrgica, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

21. Não adesão ao regime de reabilitação: Estado em que o indivíduo não segue as propostas do regime de reabilitação (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

22. Não adesão ao regime de segurança: Estado em que o indivíduo não segue ou não aceita as propostas do regime de segurança (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

23. Não adesão ao regime medicamentoso: Estado em que o indivíduo não segue ou não aceita o regime medicamentoso (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

24. Preocupação: Estado em que o indivíduo domina ou ocupa a sua mente com algum pensamento ou ideia, excluindo outros pensamentos, ou sendo mentalmente distraído.

25. Sobrecarga de estresse: Estado em que o indivíduo apresenta sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de efeito colateral da medicação: Estado em que o indivíduo apresenta riscos de efeitos inerentes à própria ação farmacológica do medicamento, porém, o aparecimento é indesejável num momento determinado de sua aplicação. É considerado um prolongamento da ação farmacológica principal do medicamento e expressam um efeito farmacológico menos intenso em relação à ação principal de uma determinada substância (ROZENFELD, 1998).

2. Risco de estresse: Estado em que o indivíduo apresenta sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

Diagnósticos Positivos

1. Adesão ao regime de reabilitação: Estado em que o indivíduo segue as propostas do regime de reabilitação (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

- 2. Adesão ao regime medicamentoso:** Estado em que o indivíduo segue e aceita o regime medicamentoso (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 3. Adesão às precauções de segurança:** Estado em que o indivíduo não segue e aceita às precauções segurança (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 4. Ansiedade reduzida:** Estado em que o indivíduo apresenta uma redução no sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, quando exagerado é considerado patológico, interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (COELHO; TOURINHO, 2008)..
- 5. Autoconceito melhorado:** Estado em que o indivíduo apresenta percepção pessoal ou autopercepção, ou seja, como o sujeito percebe a si mesmo. Ele consegue referir aspectos do comportamento, tais como: o sentir, o fazer e o falar em relação a si mesmo. Ele relata que está bem consigo, com sua família e com a comunidade (NERI, 2011).
- 6. Autoestima positiva:** Estado em que o indivíduo apresenta sentimento, apreço e consideração por si própria, ou seja, ela se vê positivamente e verbaliza a satisfação e o ser útil para a família, sociedade. Ela reconhece o seu valor para o outro e suas qualidades (SOUZA et al., 2013)..
- 7. Autoimagem positiva:** Estado em que o indivíduo apresenta melhora na forma de se ver. Ele recebe informações impostas ao seu comportamento, à sua aparência física e o funcionamento do seu corpo de forma positiva, com isso ele consegue se adaptar a sua nova condição de vida (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009)..
- 8. Bom humor:** Estado em que o indivíduo apresenta emoções positivas, coragem, esperança, otimismo, caracterizado pelo riso, confiança na superação das adversidades apesar da sua doença, busca interações prazerosas (VAILLANT, 2000).
- 9. Comportamento agressivo ausente:** Estado em que o indivíduo apresenta ausência de ação ou atitude brutal, arrogante, expressa verbalmente, fisicamente ou simbolicamente (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 10. Conhecimento adequado:** Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento apropriado, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas;

cognição e reconhecimento da informação adequada (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

11. Conhecimento sobre cuidados com ferida: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico, instrução, habilidades e reconhecimento da informação sobre como cuidar de feridas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

12. Conhecimento sobre doença: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico, instrução, habilidades e reconhecimento da informação sobre a sua patologia (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

13. Conhecimento sobre manejo da dor: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre o manejo da sua dor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

14. Conhecimento sobre manejo da medicação: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, e reconhecimento da informação sobre o manejo da medicação que faz uso (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

15. Conhecimento sobre medicação: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, e reconhecimento da informação sobre a medicação prescrita (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

16. Conhecimento sobre medidas de segurança: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, instrução ou habilidades aprendidas, e reconhecimento da informação sobre as medidas para a sua segurança (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

17. Conhecimento sobre prevenção de queda: Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre prevenção de quedas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

18. Desempenho sexual eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta capacidade para participar em relação sexual (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

19. Efeito colateral da medicação ausente: Estado em que o indivíduo apresenta os efeitos colaterais da ação farmacológica do medicamento (ROZENFELD, 1998).

20. Estresse ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta o sentimento de estar tenso e ansioso, ele começa ficar capaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; conseguindo superar o sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; melhora do seu estado físico e mental (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

21. Estresse diminuído: Estado em que o indivíduo apresenta diminuição do sentimento de estar tenso e ansioso, ele começa ficar capaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; conseguindo superar o sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; melhora do seu estado físico e mental (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

22. Humor deprimido diminuído: Estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição do humor deprimido na maior parte do dia, com melhora do interesse ou prazer para as atividades na maior parte do dia; melhora na aceitação dieta, do sono, proporcionando um aumento de energia; melhora da concentração (OLIVEIRA et al 2006).

23. Ideação suicida ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta intenção de terminar com a sua própria vida, nem há existência de desejos correntes e planos para cometer o suicídio, numa continuidade de pensamentos ou ideia acerca do suicídio até aos seus planos, apesar de ter os fatores de risco como a depressão, sentimento de culpa, vergonha, hostilidade, raiva ou medo (SILVA, 2006).

24. Medo da cirurgia ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a proposta cirúrgica (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

25. Preocupação diminuída: Estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição do pensamento que ocupa a sua mente, permitindo outros pensamentos ou ideias (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

8.4 Modo Fisiológico

8.4.1 Oxigenação

Diagnósticos Negativos

- 1. Aspiração:** Estado em que o indivíduo apresenta entrada de secreções gastrointestinais ou orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas devido a alimentação por sonda, deglutição prejudicada, esvaziamento gástrico retardado, nível de consciência reduzido, presença de traqueostomia, reflexo de tosse diminuído ou ausente (CAVALCANTE et al., 2013).
- 2. Bradicardia:** Estado em que o indivíduo apresenta um ritmo cardíaco lento ou irregular, geralmente de menos de 60 batidas por minuto. Os sintomas incluem tontura, desmaios, cansaço extremo e falta de ar (ROQUE et al., 2013).
- 3. Dispneia:** Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação de dificuldade respiratória, ou queixa-se de “falta de ar”, sensação de cansaço, esforço, sufocação, aperto no peito, tosse, chiado, edema, palpitações (MARTINEZ; PADUA; TERRA FILHO, 2004).
- 4. Edema periférico:** Estado em que o indivíduo apresenta um aumento aparente do volume do fluido intersticial, nos membros inferiores, caracteriza-se por inchaço de uma ou ambas as pernas, joelhos, tornozelos e/ou pés. Por vezes, ocorre o chamado “pitting”, formação de “covas” ou “godet” por pressão que se mantêm após cessar essa pressão (COELHO, 2004).
- 5. Função neurovascular periférica prejudicada:** Estado em que o indivíduo apresenta distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma ou mais extremidades devido a cirurgia ortopédica, compressão mecânica (torniquete, atadura), fraturas, imobilização (gesso ou órtese), obstrução vascular, queimaduras ou traumas (SIQUEIRA, 2007).
- 6. Hipertensão:** Estado em que o indivíduo apresenta níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), caracterizada pela PA diastólica acima de 95mmHg e sistólica acima de 135mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).
- 7. Hipotensão:** Estado em que o indivíduo apresenta níveis de pressão arterial (PA) baixo, caracterizada pela PA diastólica abaixo de 60mmHg e sistólica abaixo de 90mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).

8. Hipotensão postural: Estado em que o indivíduo apresenta uma queda da pressão arterial, quando uma pessoa passa da posição deitada para sentada ou em pé, caracterizada por uma hipoperfusão cerebral, síncope ou perda de consciência transitória e não existem mecanismos compensa (DPHILL; MATHIAS, 1995).

9. Limpeza de vias aéreas prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta incapacidade de eliminar secreções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída, relacionado a asma, disfunção neuromuscular, doença obstrutiva crônica, pneumonia, corpo estranho na via aérea, espasmos de via aérea, muco excessivo, presença de traqueostomia, secreções nos brônquios ou retida, imobilidade no leito. Os sinais são cianose, dispneia, inquietação, mudança na frequência e ritmos respiratórios, ruídos adventícios respiratórios, sons respiratórios diminuídos, tosse ausente ou ineficaz (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).

10. Obstrução de vias aéreas: Estado em que o indivíduo apresenta uma dificuldade da passagem do ar para os pulmões devido a algum obstáculo em qualquer região das vias aéreas, evidenciada por um corpo estranho, secreções, diminuição do nível de consciência, queda de língua, aparece a dificuldade de respirar, roncos e chiados, cianose de extremidades e agitação (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).

11. Perfusão tissular periférica prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta redução na circulação para a periferia, capaz de comprometer a saúde, relacionada a obesidade, hipertensão, imobilidade, edema, diabetes e tabagismo. Apresenta como sinais o tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, pulsos diminuídos, parestesia e paraplegia, mudanças abruptas na pressão sanguínea, edema (MOREIRA et al., 2013).

12. Pressão arterial alterada: Estado em que o indivíduo apresenta uma alteração na sua pressão arterial, seja uma pressão elevada ou uma pressão baixa (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).

13. Taquicardia: Estado em que o indivíduo apresenta aceleração dos batimentos cardíacos, com taxas acima de 100 batimentos por minuto (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

14. Trombose venosa profunda: Estado em que o indivíduo apresenta flebite ou tromboflebite profunda, causada pela coagulação do sangue no interior de uma ou mais veias. As veias mais comumente acometidas são as dos membros inferiores (cerca de 90% dos casos). Os sintomas mais comuns são a inchaço e a dor no local (PENHA et al, 2009).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de aspiração: Estado em que o indivíduo apresenta risco de entrada de secreções gastrointestinais ou orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas devido a alimentação por sonda, deglutição prejudicada, esvaziamento gástrico retardado, nível de consciência reduzido, presença de traqueostomia, reflexo de tosse diminuído ou ausente (CAVALCANTE, 2013).

2. Risco de função neurovascular periférica prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta risco de distúrbio na circulação, sensibilidade ou no movimento de uma ou mais extremidades devido a cirurgia ortopédica, compressão mecânica (torniquete, atadura), fraturas, imobilização (gesso ou órtese), obstrução vascular, queimaduras ou traumas (SIQUEIRA, 2007).

3. Risco de hipotensão postural: Estado em que o indivíduo apresenta risco uma queda da pressão arterial, quando uma pessoa passa da posição deitada para sentada ou em pé, caracterizada por uma hipoperfusão cerebral, síncope ou perda de consciência transitória e não existem mecanismos compensa (DPHILL; MATHIAS, 1995).

4. Risco de obstrução de vias aéreas: Estado em que o indivíduo apresenta risco para a passagem do ar para os pulmões devido a algum obstáculo em qualquer região das vias aéreas, evidenciada por um corpo estranho, secreções, diminuição do nível de consciência, queda de língua, aparece a dificuldade de respirar, roncos e chiados, cianose de extremidades e agitação (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).

5. Risco de trombose venosa profunda: Estado em que o indivíduo apresenta risco flebite ou tromboflebite profunda, causada pela coagulação do sangue no interior de uma ou mais veias (PENHA et al, 2009).

Diagnósticos Positivos

1. Aspiração ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta entrada de secreções gastrointestinais ou orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas (CAVALCANTE, 2013).

2. Edema periférico ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta um aumento do volume do fluido intersticial, nos membros inferiores, caracteriza-se por inchaço de uma ou ambas as pernas, joelhos, tornozelos e/ou pés (COELHO, 2004).

- 3. Função neurovascular periférica eficaz:** Estado em que o indivíduo apresenta circulação, sensibilidade e movimento de uma ou mais extremidades eficaz (SIQUEIRA, 2007).
- 4. Limpeza de vias aéreas eficaz:** Estado em que o indivíduo apresenta capacidade de eliminar secreções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída e limpa, (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).
- 5. Perfusão tissular periférica eficaz:** Estado em que o indivíduo apresenta circulação para a periferia adequada, potencializando a sua saúde (SIQUEIRA, 2007).
- 6. Pressão arterial nos limites normais:** Estado em que o indivíduo apresenta pressão arterial adequada a sua faixa etária, com PA diastólica abaixo de 90mmHg e a sistólica abaixo de 140mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).
- 7. Ritmo cardíaco nos limites normais:** Estado em que o indivíduo apresenta batimentos cardíacos, entre 60 a 100 batimentos por minuto (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).
- 8. Ritmo respiratório nos limites normais:** Estado em que o indivíduo padrão respiratório adequado, com inspiração e expiração rítmicas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).
- 9. Trombose venosa profunda ausente:** Estado em que o indivíduo não apresenta flebite ou tromboflebite profunda, causada pela coagulação do sangue no interior de uma ou mais veias (PENHA et al., 2009).

8.4.2 Nutrição

Diagnósticos Negativos

- 1. Baixo peso:** Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) menor que 18,5. Evidencia-se perda de massa muscular e gorduras, emagrecimento, desnutrição. Pode ser o somatório de várias causas, como sociais (recursos financeiros), psiquiátricas ou patológicas (hipertiroidismo, diabetes, bulimia, anorexia, disfagia) (BRASIL, 2013).
- 2. Deglutição prejudicada:** Estado em que o indivíduo apresenta funcionamento alterado do mecanismo da deglutição, associado a deficit na estrutura ou na função oral, faríngea ou esofágica da deglutição. Evidenciado por engasgos antes de deglutir, irritabilidade inexplicável perto do horário das refeições, odinofagia, recusa em alimentar-se, tosse, baba, falta de mastigação, fechamento incompleto dos lábios, acúmulo de alimentos na boca pela

incapacidade de esvaziar a cavidade oral, sensação de sufoco, sialorreia, múltiplas deglutições, febres inexplicáveis, infecções pulmonares de repetição, refluxo nasal, alteração na videofluroscopia (SILVA, 2007).

3. Falta de apetite: Estado em que o indivíduo não apresenta sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos, recusando a dieta nos momentos das refeições. Pode estar relacionado a gripe e infecções intestinais e urinárias, anemia, dificuldade de mastigação ou deglutição, uso de medicamentos como antibióticos e morfina, depressão, ansiedade, tristeza, nervosismo, falta de hábitos alimentares (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

4. Náuseas: Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, habitualmente acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorreia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, distensão gástrica entre outros. Podendo ser provocado pela gastroparesia, constipação e obstrução intestinal, uso de opioides, antibióticos, anti-inflamatórios não esteroides, digoxina e ferro; hipercalcemia e insuficiência renal; infecção, ansiedade e medo (MORROW; ROSENTHAL, 1996).

5. Obesidade: Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 30 e circunferência abdominal muito elevada (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010).

6. Resposta negativa à nutrição enteral: Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta negativa a administração da nutrição por via enteral, evidenciado por diarreia, estase gástrica, vômitos, intolerância a dieta e perda de peso (MARTINS; REZENDE; TORRES, 2012).

7. Sobrepeso: Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 25 e menor que 29,9 e circunferência abdominal elevada (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010).

8. Vômito: Estado em que o indivíduo apresenta expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal, podendo ser provocado pela gastroparesia, constipação e obstrução intestinal, uso de opioides, antibióticos, anti-inflamatórios não esteroides, digoxina e ferro; hipercalcemia e insuficiência renal; infecção, ansiedade e medo (MORROW, ROSENTHAL, 1996).

Diagnósticos Positivos

1. Apetite positivo: Estado em que o indivíduo apresenta sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos, aceitando a dieta nos momentos das refeições (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

2. Deglutição eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta funcionamento adequado do mecanismo da deglutição, associado a normalidade na estrutura ou na função oral, faríngea ou esofágica da deglutição, videofluoscopia normal (SILVA, 2007).

3. Náusea ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, nem sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorréia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, distensão gástrica entre outros (MORROW, ROSENTHAL, 1996).

4. Peso nos limites normais: Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) acima que 18,5 e abaixo de 25 (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010).

5. Resposta eficaz à nutrição enteral: Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta positiva a administração da nutrição por via enteral, evidenciado pela tolerância a dieta e ganho de peso (MARTINS, REZENDE, TORRES, 2012).

6. Vômito ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal (MORROW, ROSENTHAL, 1996).

8.4.3 Eliminação

8.4.3.1 Eliminação Urinária

Diagnósticos Negativos

1. Enurese: Estado em que o indivíduo apresenta perda involuntária de urina ocorrendo principalmente durante o sono da noite em uma idade em que o esfíncter deveria funcionar normalmente. Evidenciado pela urge-incontinência, frequência urinária aumentada ou diminuída, alterações do jato urinário, ansiedade, dificuldades sociais, diminuição da autoestima, sentimento de culpa e comportamento retraído (HJALMAS et al., 2004).

2. Incontinência urinária de esforço: Estado em que o indivíduo apresenta perda involuntária de pequena quantidade de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal sem que haja contração do detrusor, como a tosse, o espirro, risos, atividades físicas como agachamento, salto, corrida e até pelo andar (ABRAMS et al., 2003).

3. Incontinência urinária de urgência: Estado em que o indivíduo apresenta perda involuntária de urina que ocorre rapidamente após um desejo miccional forte e repentino e a impossibilidade de chegar ao banheiro. Está associado a hiperatividade do detrusor (contração/espasmo da bexiga). Ocorre, também, a nictúria, cistite, capacidade vesical diminuída, impactação fecal, uretrite e vaginite atrófica (ABRAMS et al., 2003).

4. Incontinência por transbordamento: Estado em que o indivíduo apresenta um enchimento da bexiga com perda de urina em pequenas quantidades, pois ocorre o esvaziamento inadequado. O fluxo da urina é pequeno e intermitente, existe hesitação, noctúria, sensação de plenitude, mesmo após a micção, dificuldade de iniciar o jato urinário, distensão da bexiga, elevado volume residual após a micção (ABRAMS et al., 2003).

5. Incontinência urinária: Estado em que o indivíduo apresenta passagem involuntária de urina ou incapacidade de conter a urina ou falha do controle voluntário sobre a bexiga e o esfíncter uretral, acarretando um problema social e higiênico (ABRAMS et al., 2003).

6. Infecção do trato urinário (infecção urinária): Estado em que o indivíduo apresenta algum microrganismo patogênico, em alguma parte do sistema urinário (rim, bexiga, próstata, uretra). O indivíduo apresenta sintomas como incontinência urinária, febre, disúria, polaciúria, urina alterada (concentrada, turva, hematúria, piúrica, com depósito, odor fétido) (RORIZ-FILHO, 2010).

7. Micção prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta uma inadequada passagem de excreção de urina através de esvaziamento, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições dietéticas normais de aproximadamente 1000 a 2000ml nas 24 horas. Evidenciado por alterações de volume (anúria, oligúria e poliúria), obstrutivos (hesitação, interrupção do jato urinário, esvaziamento vesical incompleto) irritativos (disúria, polaciúria, tenesmo vesical, noctúria, nictúria, urgência, dor suprapúbica) (ABRAMS et al., 2003).

8. Resistência uretral: Estado em que o indivíduo apresenta um aumento na resistência uretral, seja pela hiperatividade esfíncteriana, espessamento da uretra, estenose uretral, compressão uretral, dissinergia do esfíncter estriado, liso ou ambos, desenvolvimento de um divertículo uretral, obstrução da próstata (KHULLAR, CARDOZO, 1998).

9. Retenção urinária: Estado em que o indivíduo apresenta acúmulo involuntário de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da função muscular da bexiga, efeitos colaterais de narcóticos e anestésicos, dano neurológico ou da bexiga (SELIUS; SUBEDI, 2008).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de incontinência de urgência: Estado em que o indivíduo apresenta risco para perda involuntária de urina que ocorre rapidamente após um desejo miccional forte e repentino e a impossibilidade de chegar ao banheiro. Está associado a hiperatividade do detrusor (contração/espasmo da bexiga). Ocorre, também, a nictúria, cistite, capacidade vesical diminuída, impação fecal, uretrite e vaginite atrófica (ABRAMS et al., 2003).

2. Risco infecção do trato urinário (infecção urinária): Estado em que o indivíduo apresenta risco invasão de algum microrganismo patogênico, em alguma parte do sistema urinário (rim, bexiga, próstata, uretra) (RORIZ-FILHO, 2010).

3. Risco de retenção urinária: Estado em que o indivíduo apresenta risco de acúmulo involuntário de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da função muscular da bexiga, efeitos colaterais de narcóticos e anestésicos, dano neurológico ou da bexiga (SELIUS; SUBEDI, 2008).

Diagnósticos Positivos

1. Continência urinária: Estado em que o indivíduo apresenta um enchimento da bexiga e eliminação urinária, sem escape de urina por todo o dia (ABRAMS et al., 2003).

2. Infecção urinária ausente: Estado em que o indivíduo apresenta urina normal ou colonizada por bactérias e sem sintomatologia de infecção (RORIZ-FILHO, 2010).

3. Micção eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta uma passagem de excreção de urina através de esvaziamento, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições dietéticas normais de aproximadamente 1000 a 2000ml nas 24 horas (ABRAMS et al., 2003).

4. Resistência uretral ausente: Estado em que o indivíduo apresenta melhora da resistência uretral, seja pelo tratamento não medicamentoso, medicamentoso ou cirúrgico (KHULLAR, CARDOZO, 1998).

8.4.3.2 Eliminação Intestinal

Diagnósticos Negativos

- 1. Constipação intestinal:** Estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição na frequência normal de evacuação, sendo inferior a três vezes por semana, acompanhada por passagem de fezes difícil, com sensação de evacuação incompleta, com eliminação de fezes excessivamente duras e secas, fissura anal, distensão abdominal, flatulência, massa abdominal palpável, sangue vivo nas fezes (LEMBO; CAMILLERI, 2003).
- 2. Defecação prejudicada:** Estado em que o indivíduo apresenta eliminação voluntária de fezes prejudicada, devido ao não relaxamento do esfíncter, da diminuição do peristaltismo ou das contrações do reto, de forma irregular (MAEDA, 2013).
- 3. Diarreia:** Estado em que o indivíduo apresenta um aumento da frequência de evacuações aquosas, sendo mais de três em 24 horas. Ela é aguda quando igual ou inferior a 14 dias, persistente acima de 14 dias e crônica quando é acima de três semanas (ANDRADE; FAGUNDES-NETO, 2011).
- 4. Impactação:** Estado em que o indivíduo apresenta uma massa firme e intransitável de fezes no reto ou no colo descendente. A massa é palpável. Pode ocorrer escape de fezes líquidas em pequena quantidade, distensão abdominal, flatulência, cólica, náuseas, sensação de plenitude (empachamento) (EBERT, 2012).
- 5. Incontinência intestinal:** Estado em que o indivíduo apresenta eliminação involuntária de fezes (MAEDA, 2013).

Diagnósticos de Risco

- 1. Risco de constipação intestinal:** Estado em que o indivíduo apresenta risco para diminuição na frequência normal de evacuação, sendo inferior a três vezes por semana, acompanhada por passagem de fezes difícil, com sensação de evacuação incompleta, com eliminação de fezes excessivamente duras e secas, fissura anal, distensão abdominal, flatulência, massa abdominal palpável, sangue vivo nas fezes (LEMBO; CAMILLERI, 2003).

Diagnósticos Positivos

- 1. Continência intestinal:** Estado em que o indivíduo apresenta absorção da água e eletrólitos, a armazenagem de restos não digeríveis dos alimentos, sistemas de propulsão dos conteúdos, e, finalmente, de evacuação através de defecação, sem perdas (FARRÉ; TACK, 2013).
- 3. Defecação prejudicada:** Estado em que o indivíduo apresenta eliminação voluntária de fezes, devido ao relaxamento do esfíncter e das contrações do reto de forma regular (MAEDA, 2013).
- 4. Diarreia ausente:** Estado em que o indivíduo não apresenta um aumento da frequência de evacuações aquosas, sendo mais de três em 24 horas (ANDRADE; FAGUNDES-NETO, 2011).

8.4.4 Atividade e Repouso

Diagnósticos Negativos

- 1. Capacidade para transferência prejudicada:** Estado em que o indivíduo apresenta incapacidade para realizar uma transferência de um lugar para o outro (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 2. Deficit de autocuidado:** Estado em que o indivíduo apresenta dificuldade para cuidar de si próprio, do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas, individuais e essenciais, e atividades do autocuidado (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 3. Dependência para autocuidado:** Estado em que o indivíduo apresenta dependência de terceiros para executar uma atividade do autocuidado (especificar: Alimentação, arrumar-se, banho, higiene íntima, vestir membros superiores, vestir membros inferiores) (conforme a FIM) (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 4. Espasticidade:** Estado em que o indivíduo apresenta uma desordem motora caracterizada pela hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento, com exacerbação dos reflexos profundos e aumento do tônus muscular. Este distúrbio é frequente nas lesões congênitas ou adquiridas do

Sistema Nervoso Central. Ela pode causar contraturas, rigidez, luxações dor e deformidades (ROQUE et al., 2013).

5. Insônia: Estado em que o indivíduo apresenta Incapacidade crônica para dormir ou para permanecer adormecido durante a noite ou período de sono planejado, apesar da posição confortável num ambiente adequado; acordado, sem sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos, tais como estresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, distúrbio da função cerebral e abuso de drogas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

6. Marcha (caminhada) prejudicado: Estado em que o indivíduo apresenta uma limitação para movimentar-se, por si próprio, de um lugar para o outro pelo movimento das pernas; evidenciada pela incapacidade de andar em terrenos irregulares, subir escadas, devido a alterações neurológicas, uso de aparelhos gessados, alterações musculoesqueléticas, equilíbrio prejudicado, fraqueza muscular, espasticidade, medo de cair, limitações ambientais, prejuízo cognitivo, visão prejudicada (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

7. Mobilidade em cadeira de rodas prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta dependência para movimentar-se com a cadeira de rodas pelo ambiente, evidenciada pelo descondicionamento, dor, equilíbrio prejudicado, fraqueza muscular, falta de conhecimento sobre as técnicas de transferências, limitações ambientais, prejuízo cognitivo, musculoesquelético e neuromuscular (CARINHAS et al., 2013).

8. Mobilidade na cama (leito) prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta dependência de terceiros para mudar de posição no leito, evidenciada pelo descondicionamento, dor, equilíbrio prejudicado, fraqueza muscular, falta de conhecimento sobre as técnicas de transferências, limitações ambientais, prejuízo cognitivo, musculoesquelético e neuromuscular (CARINHAS et al., 2013).

9. Mobilidade prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta incapacidade de movimentar uma ou mais partes do corpo, evidenciada pelo descondicionamento, dor, equilíbrio prejudicado, fraqueza muscular, intolerância as atividades, bradicinesia, rigidez articular, movimentos lentos, descontrolados e incoordenados, amplitude de movimento limitada, falta de conhecimento sobre as técnicas de transferências, limitações ambientais, prejuízo cognitivo, musculoesquelético e neuromuscular e por dispositivos de imobilização (aparelho gessado, tração) (CARINHAS et al., 2013).

10. Queda: Estado em que o indivíduo apresenta uma súbita e inexplicável mudança na posição, na qual o paciente vem ao chão de maneira não intencional (CARINHAS et al., 2013).

11. Síndrome do desuso: Estado em que o indivíduo apresenta limitações físicas do movimento, ou seja, alterações que ocorrem no indivíduo que se encontra acamado há mais de 15 dias. Os efeitos da imobilização são definidos como uma redução na capacidade funcional dos sistemas cardiorrespiratório, vascular, endócrino, gastrointestinais, urinário, muscular, esquelético e neurológico, como por exemplo a imobilização mecânica, nível de consciência alterado, paralisia. Sendo que estas complicações podem ser aumentadas dependendo dos fatores pré-existentes de cada paciente (DELISE, 2004).

12. Sono prejudicado: Estado em que o indivíduo apresenta interrupção por tempo limitado na qualidade e quantidade de sono, em consequência a fatores externos, como barulho, mudança de ambiente, dor, espasticidade, desconforto (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de Queda: Estado em que o indivíduo apresenta risco de uma súbita e inexplicável mudança na posição, na qual o paciente vem ao chão de maneira não intencional, devido à idade acima dos 65 anos, alteração do nível de consciência, uso de sedativos, síncope, hipotensão postural, incontinência intestinal e vesical, distúrbio de equilíbrio, espasticidade, fraqueza, déficit motor, déficit sensoriais, falta de segurança no ambiente e ocorrências prévias de quedas, uso de auxílios de locomoção e cadeira de rodas (CARINHAS et al., 2013).

Diagnósticos Positivos

1. Capaz de executar o autocuidado: Estado em que o indivíduo consegue cuidar de si próprio, do que é preciso para se manter, assegurando sua sobrevivência, ele realiza as atividades básicas, individuais e essenciais, e atividades da vida diária. Evidenciado pela capacidade de alimentar-se, banhar-se, executar a higiene íntima, vestir e despir membros inferiores (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

- 2. Capaz de Andar (caminhar):** Estado em que o indivíduo não apresenta uma limitação para movimentar-se, por si próprio, de um lugar para o outro pelo movimento das pernas; evidenciada pela capacidade de andar em terrenos regulares e irregulares, subir escadas, (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 3. Capaz de mobilizar-se:** Estado em que o indivíduo é capaz de movimentar-se uma ou mais partes do corpo ativamente (CARINHAS et al., 2013).
- 4. Capaz de mover-se na cama:** Estado em que o indivíduo consegue mudar de posição no leito, sem a ajuda de terceiros (CARINHAS et al., 2013).
- 5. Capaz de transferir-se:** Estado em que o indivíduo consegue transferir-se entre duas superfícies próximas, sem ajuda de terceiros (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 6. Dependência para o autocuidado diminuída** - Estado em que o indivíduo apresenta dependência de terceiros para executar uma atividade do autocuidado, entretanto consegue executar parte do cuidado (especificar: Alimentação, arrumar-se, banho, higiene íntima, vestir membros superiores, vestir membros inferiores) (conforme a FIM) (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 7. Espasticidade diminuída:** Estado em que o indivíduo apresenta uma melhora na hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento, com exacerbação dos reflexos profundos e aumento do tônus muscular. Podendo ser observado a melhora no posicionamento, no autocuidado, na locomoção, nas transferências, menos contraturas e rigidez (ROQUE et al., 2013).
- 8. Independência para autocuidado:** Estado em que o indivíduo apresenta independência para executar uma atividade do autocuidado (especificar: Alimentação, arrumar-se, banho, higiene íntima, vestir membros superiores, vestir membros inferiores) (conforme a FIM) (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).
- 7. Mobilidade em cadeira de rodas melhorada:** Estado em que o indivíduo consegue movimentar-se com a cadeira de rodas pelo ambiente, conseguindo ir e vir, sem limitações. Estado em que o indivíduo apresenta melhora na dependência de terceiros para movimentar-se com a cadeira de rodas pelo ambiente, evidenciada por um melhor condicionamento e equilíbrio. Entretanto depende de terceiros para ir e vir (CARINHAS et al., 2013).

8. Queda ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta quedas mesmo tendo risco relacionados a idade acima dos 65 anos, alteração do nível de consciência, uso de sedativos, síncope, hipotensão postural, incontinência intestinal e vesical, distúrbio de equilíbrio, espasticidade, fraqueza, déficits motor e sensoriais, falta de segurança no ambiente e ocorrências prévias de quedas, uso de auxílios de locomoção e cadeira de rodas (CARINHAS et al., 2013).

9. Resposta ao desuso: Estado em que o indivíduo responde aos estímulos e melhora nas suas limitações físicas do movimento, conseguindo mobilizar-se, melhorando as funções dos sistemas cardiorrespiratório, vascular, endócrino, gastrointestinais, urinário, muscular, esquelético e neurológico (DELISA, 2004).

10. Sono adequado: Estado em que o indivíduo apresenta uma qualidade e quantidade de sono adequada a sua idade, conseguindo assim, descansar (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

11. Sono melhorado: Estado em que o indivíduo apresenta melhora na sua qualidade e quantidade de sono, entretanto, fatores externos, como barulho, mudança de ambiente, dor, espasticidade, desconforto, ainda impede o sono completo (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

8.4.5 Poteção

Diagnósticos Negativos

1. Alergia Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica a um antígeno estranho (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

2. Alergia ao látex: Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas ao látex em indivíduos previamente sensibilizados (GASPAR; FARIA, 2012).

3. Alergia a medicação: Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a algum fármaco em indivíduos previamente sensibilizados (DEMOLY, 2014).

4. Alergia alimentar: Estado em que o indivíduo apresenta reações imunológicas após a ingestão de proteínas alimentares, em indivíduos previamente sensibilizados (SAMPSON et al., 2014).

5. Candidíase: Estado em que o indivíduo apresenta cobertura esbranquiçada associada a infecção por fungos, manchas esbranquiçadas e úlceras pouco profundas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

6. Dermatite seborreica: Estado em que o indivíduo apresenta é uma alteração crônica, em que ocorre inflamação nas áreas da pele onde existe um maior número de glândulas sebáceas. Caracteriza-se por placas eritemato-descamativas arredondadas, ovaladas, localizadas em áreas mais oleosas como couro cabeludo, face, colo e dorso (STEINER, 1998).

7. Eczema de contato (Dermatite de contato): Estado em que o indivíduo apresenta erupção da pele, com vermelhidão, prurido e vesículas, e edema. Ela pode surgir em qualquer idade, por alergia ou contato da fralda com a pele, pelo contato com alguma substância que cause alergia, efeito colateral de algum medicamento, má circulação sanguínea ou pele muito seca (MOTTA et al., 2011).

8. Eritema: Estado em que o indivíduo apresenta erupção eritematosa da pele, de diferentes cores e protuberância, edema local, urticária, vesículas e prurido (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

Eritema de calor: Estado em que o indivíduo apresenta Erupção na pele, com eritema localizado em áreas cobertas com roupas apertadas e quentes, ou em áreas expostas a aquecimento e calor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

9. Escoriação: Estado em que o indivíduo apresenta Abrasão da pele e derme, com dor, sangramento e sensibilidade, até a formação de crosta (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

10. Febre: Estado em que o indivíduo apresenta elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a crise ou queda da febre é acompanhada de pele ruborizada e quente e sudorese (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

11. Ferida cirúrgica: Estado em que o indivíduo apresenta um corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico afiado, para criar uma abertura em um espaço corporal ou em um órgão, resultando em drenagem de soro e sangue, que se espera estar limpo, ou seja, não apresentando sinais de infecção ou pus (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

12. Ferida por queimadura: Estado em que o indivíduo apresenta uma lesão de tecido, associada a queimadura; evidenciado por crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

13. Ferida Traumática: Estado em que o indivíduo apresenta ruptura inesperada do tecido da superfície corporal, associada a trauma mecânico devido a lesão ou acidente; dano irregular da pele, membranas mucosas ou tecido; tecido inflamado e doloroso; drenagem e perda de soro e sangue, associados a tecido não limpo, sujo e infectado (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

14. Fissura: Estado em que o indivíduo apresenta uma perda linear da epiderme e derme, no contorno de orifícios naturais (lábios e anus) ou em áreas de pregas e dobras (ex: região inguinal ou interglútea) (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

15. Hemorroidas: Estado em que o indivíduo apresenta dilatações dos vasos sanguíneos na região peri-anal que pode acompanhar de prurido e/ou enterorragia (GRANDEL; HETZER, 2013).

16. Hipertermia: Estado em que o indivíduo apresenta diminuição da capacidade de mudar o termostato interno, acompanhada por um aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia, associada a disfunção do sistema nervoso central (lesão medular acima de T6) ou sistema endócrino, colapso por calor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

17. Integridade da pele prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta alteração na epiderme ou derme, evidenciada por ruptura da camada superficial da pele e/ou mais profunda (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

18. Lesão por pressão: Estado em que o indivíduo apresenta perda da camada profunda do tecido resultado de compressão do tecido e de perfusão inadequada; devido a diminuição do

suprimento de sangue na área (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

19. Membrana da mucosa oral prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta alteração na mucosa oral, evidenciada pela diminuição da umidade devido a desidratação, doença ou lesão (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

20. Pele friável: Estado em que o indivíduo apresenta uma pele alterada, fina, quebradiça suscetível de esfarelar-se (SOUZA, 2012).

21. Pele seca (ressecada): Estado em que o indivíduo apresenta Epiderme dura, escamada, com risco de fissuras, sobretudo nas mãos, pés e proeminências ósseas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

22. Transpiração excessiva (Hiperidrose): Estado em que o indivíduo apresenta transpiração (sudorese) excessiva e incontrolável (REIS; GUERRA; FERREIRA, 2011).

23. Trauma uretral: Estado em que o indivíduo apresenta uma lesão na uretra, decorrente de trauma mecânico, durante o uso de sondas ou material endoscópico, evidenciado pela presença de sangue após o procedimento (LYNCH, 2005).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de alergia: Estado em que o indivíduo apresenta risco de uma resposta imunológica a um antígeno estranho (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

2. Risco de alergia ao látex: Estado em que o indivíduo apresenta risco de uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas ao látex em indivíduos sensibilizados (GASPAR; FARIA, 2012).

3. Risco de alergia a medicação: Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a algum fármaco em indivíduos sensibilizados (DEMOLY, 2014).

4. Risco de alergia alimentar: Estado em que o indivíduo apresenta risco de reações imunológicas após a ingestão de proteínas alimentares, em indivíduos sensibilizados (SAMPSON et al., 2014).

5. Risco de lesão por pressão: Estado em que o indivíduo apresenta perda da camada profunda do tecido resultado de compressão do tecido e de perfusão inadequada; devido a

diminuição do suprimento de sangue na área (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

6. Risco de trauma uretral: Estado em que o indivíduo apresenta risco para uma lesão na uretra, decorrente de trauma mecânico, durante o uso de sondas ou material endoscópico, evidenciado pela presença de sangue após o procedimento (LYNCH, 2005).

Diagnósticos Positivos

1. Alergia ausente: Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado por um determinado antígeno não apresenta uma resposta imunológica (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

2. Alergia ao látex ausente: Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado pelo látex não apresenta uma resposta imunológica (GASPAR; FARIA, 2012).

3. Alergia a medicação ausente: Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado a algum fármaco não apresenta uma resposta imunológica (DEMOLY, 2014).

4. Alergia alimentar ausente: Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado por alguma proteína alimentar não apresenta reações imunológicas (SAMPSON et al., 2014).

5. Cicatrização de ferida eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta reepitelização da ferida dividiu o reparo em três fases: (1) inflamação, (2) formação de tecido de granulação com deposição de matriz extracelular e (3) remodelação (BALBINO, PEREIRA, CURI, 2005).

6. Edema nos vasos sanguíneos melhorado: Estado em que o indivíduo apresenta melhora nas dilatações dos vasos sanguíneos na região peri-anal do prurido e/ou enterorragia (GRANDEL; HETZER, 2013).

7. Lesão por pressão ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta lesão de pele por compressão do tecido (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

8. Mucosa oral íntegra: Estado em que o indivíduo apresenta mucosa oral úmida e sem lesão (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

9. Pele hidratada: Estado em que o indivíduo apresenta pele com umidade natural, não ressecada (SOUZA, 2012).

10. Pele íntegra: Estado em que o indivíduo apresenta pele sem lesão ou ferimento (SOUZA, 2012).

11. Termorregulação eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta controle da produção e perda de calor por meio de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

12. Temperatura Corporal nos Limites Normais: Estado em que o indivíduo apresenta temperatura corporal dentro dos limites de 35,0°C a 37,5° (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

13. Transpiração reduzida: Estado em que o indivíduo apresenta transpiração (sudorese) excessiva e incontrolável (REIS, GUERRA, FERREIRA, 2011).

14. Trauma uretral ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta lesão na uretra, decorrente de trauma mecânico, durante o uso de sondas ou material endoscópico (LYNCH, 2005).

8.4.6 Sentidos

Diagnósticos Negativos

1. Alodinia: Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação de dor desencadeada por estímulo normalmente não doloroso (como o toque suave, por exemplo). Ocorre em pessoas com alteração no sistema nervoso, principalmente em pessoas com lesão encefálica e medular, sendo considerada um tipo de dor neuropática. Ela é considerada leve (EVA 1 a 3), moderada (EVA 4 a 6), forte (EVA 7 a 9), intensa (EVA 10) conforme a mensuração da escala visual analógica (SCHESTATSKY, 2008).

2. Atitude em relação à dor ineficaz: Estado em que o indivíduo apresenta opinião ineficaz sobre a quantidade e qualidade da dor que sente, sendo compatível com a escala visual analógica e as faces de dor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

3. Cefaleia (leve, moderada, forte, intensa): Estado em que o indivíduo apresenta dores relativas a cabeça, são primárias devido a distúrbios cerebrais ou de neurotransmissores, são secundárias quando possuem alterações estruturais devido a alterações anatômicas. Ela é considerada leve (EVA 1 a 3), moderada (EVA 4 a 6), forte (EVA 7 a 9), intensa (EVA 10) conforme a mensuração da escala visual analógica (GIACOMOZZI, 2012).

4. Controle da dor inadequado: Estado em que o indivíduo apresenta controle da dor ineficaz, a pessoa não possui domínio sobre os sintomas da dor, seu tratamento e gerenciamento (IUPPEN; SAMPAIO; STADŇIK, 2011).

5. Dor (transitória, aguda, crônica) (leve, moderada, forte, intensa): Estado em que o indivíduo apresenta uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano. A dor é transitória quando for de curta duração. Aguda quando o tempo for muito curto. Crônica quando subsiste depois que cessou de cumprir uma função necessária, não é mais um simples sintoma de ferimento, é doença. Ela é considerada leve (EVA 1 a 3), moderada (EVA 4 a 6), forte (EVA 7 a 9), intensa (EVA 10) conforme a mensuração da escala visual analógica (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

6. Disúria: Estado em que o indivíduo apresenta sensação de dor ou queimação durante a micção (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

7. Dor neuropática/neurogênica (leve, moderada, forte, intensa): Estado em que o indivíduo apresentar uma sensação de dor que ocorre em uma ou mais partes do corpo, associada a lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico, sendo melhor compreendida como resultado da ativação anormal da via nociceptiva. O indivíduo queixa de uma dor tipo queimação, ardência, agulhada ou tipo cãibra. Ela é considerada leve (EVA 1 a 3), moderada (EVA 4 a 6), forte (EVA 7 a 9), intensa (EVA 10) conforme a mensuração da escala visual analógica (SCHESTATSKY, 2008).

8. Enfrentamento da dor ineficaz: Estado em que o indivíduo não consegue gerenciar o seu estresse, além disso, não tem um senso de controle e de conforto psicológico em relação aumento de sensação desagradável no corpo causada pela dor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

Diagnósticos Positivos

1. Atitude em relação à dor ineficaz: Estado em que o indivíduo apresenta opinião eficaz sobre a quantidade e qualidade da dor que sente, sendo compatível com a escala visual analógica e as faces de dor (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

2. Cefaleia ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta dores relativas a cabeça, Ela é considerada ausente quando o valor da mensuração for de 0 na escala visual analógica (GIACOMOZZI, 2012).

3. Controle da dor: Estado em que o indivíduo apresenta controle da dor, conseguindo controlar os sintomas da dor, seu tratamento e gerenciamento (IUPPEN; SAMPAIO; STADŇIK, 2011).

4. Dor ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano. Ela é considerada ausente quando o valor da mensuração for de 0 na escala visual analógica (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

5. Disúria ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta sensação de dor ou queimação durante a micção (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

6. Dor neuropática/neurogênica ausente: Estado em que o indivíduo apresentar lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico, mas não tem sensação de dor que ocorre em uma ou mais partes do corpo. Ela é considerada ausente quando o valor da mensuração for de 0 na escala visual analógica (SCHESTATSKY, 2008).

7. Enfrentamento da dor eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta um gerenciamento adequado do seu estresse e tem um senso de controle e de conforto psicológico aumentado (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

8.4.7 Fluidos e Eletrólitos

Diagnósticos Negativos

1. Desidratação: Estado em que o indivíduo apresenta a diminuição do volume extracelular secundária às perdas hidroeletrólíticas, cuja gravidade irá depender da magnitude do deficit em relação às reservas corpóreas e da relação entre o deficit de água e de eletrólitos, principalmente o sódio (ROSSI; REIS; AZEVEDO, 1999).

2. Hemorragia: Estado em que o indivíduo apresenta perda de grande quantidade de sangue, em um curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial,

venoso ou capilar (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

3. Ingestão de líquidos prejudicada: Estado em que o indivíduo apresenta um desequilíbrio nos fluídos corporais por entrada deficiente de líquidos ocorre a desidratação vascular, celular ou intracelular, resultante de falhas nos mecanismos reguladores ou perdas excessivas de líquidos (ROSSI et al., 1998).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de desidratação: Estado em que o indivíduo apresenta risco para a diminuição do volume extracelular secundária às perdas hidroeletrolíticas. O risco aumenta quando o indivíduo apresenta diarreia, vômito (BARBOSA; SZTAJNBOK, 1999).

2. Risco de hemorragia: Estado em que o indivíduo apresenta risco de perda de grande quantidade de sangue, em um curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

Diagnósticos Positivos

1. Hidratação adequada: Estado em que o indivíduo apresenta a reposição de água no organismo, mantendo sua composição corporal e o equilíbrio hidroeletrolítico (ROSSI; REIS; AZEVEDO, 1999).

2. Ingestão de líquidos eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta um equilíbrio nos fluídos corporais por entrada eficiente de líquidos (ROSSI et al., 1998).

3. Sangramento ausente: Estado em que o indivíduo não apresenta perda sanguínea externa ou internamente (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).

8.4.8 Função Endócrina

Diagnósticos Negativos

1. Diabetes: Estado em que o indivíduo apresenta distúrbios metabólicos que tem em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina

ou em ambas. Apresenta como sintomas a polaciúria, polidipsia e perda não explicada de peso. Os valores da glicose no sangue em jejum para tolerância à glicose diminuída é de > 100 a < 126 e diabetes ≥ 126 (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

2. Hiperglicemia: Estado em que o indivíduo apresenta elevado nível de glicose no sangue. Os valores da glicose no sangue em jejum > 110 e após as refeições > 140 . A pessoa pode apresentar sede, polaciúria, fome excessiva associada com perda de peso, cansaço, pele seca, dor de cabeça, náuseas, vômitos, sonolência, hálito cetônico (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

3. Hipoglicemia: Estado em que o indivíduo apresenta um distúrbio provocado pela baixa concentração de glicose no sangue, que pode afetar pessoas portadoras ou não de diabetes. Os sinais podem ser tremores, tonturas, palidez, suor frio, nervosismo, palpitações, taquicardia, náuseas, vômitos e fome, confusão mental, alterações do nível de consciência, perturbações visuais e de comportamento que podem ser confundidas com embriaguez, cansaço, fraqueza, sensação de desmaio, convulsões e coma. Os valores da glicose no sangue abaixo de 60 (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de hiperglicemia: Estado em que o indivíduo não apresenta um controle glicêmico, sendo que possui uma síndrome metabólica ou abusa dos alimentos ou tem diabetes ou possui uma infecção ou fez uma cirurgia (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

2. Risco de hipoglicemia: Estado em que o indivíduo não apresenta um controle glicêmico, sendo mais comum na pessoa diabética em uso de insulina (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

3. Risco de glicemia instável: Estado em que o indivíduo apresenta variações do nível de glicemia no sangue, oscilando para hiperglicemia e hipoglicemia (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

Diagnósticos Positivos

1. Nível de glicose sanguínea eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta nível de glicose no sangue adequado, seja pelo controle glicêmico. Os valores da glicose no sangue de 65-100 (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

8.4.9 Função Neurológica

Diagnósticos Negativos

1. Agitação: Estado em que o indivíduo apresenta atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão. Observa-se a pessoa com atividade incansável, andar ritmado, mastigar a pele em torno das unhas, compulsão em mexer muito as mãos, liberação da tensão nervosa associada a ansiedade, medo, ou estresse mental (MANTOVANI, 2010).

2. Alucinação: Estado em que o indivíduo apresenta uma percepção prejudicada ou falsa da realidade, são registros aparente de estímulos sensoriais que não estão efetivamente presentes. Classificada de acordo com os sentidos, tais como alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou táteis (AMARAL, 2007).

3. Barreira de comunicação: Estado em que o indivíduo apresenta uma obstrução ou impedimento ou bloqueio para trocar com outro indivíduo pensamentos, mensagens ou informação (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

4. Confusão: Estado em que o indivíduo apresenta uma alteração do pensamento, da memória e da percepção. O pensamento está desorganizado e incoerente embora fragmentos possam ser expressos de maneira compreensível. Responde erroneamente aos estímulos. Observa-se a obnubilação mais ou menos acentuada da consciência, desorientação, predominância de vivências alucinatórias (BERRIOS, 2011).

5. Convulsão: Estado em que o indivíduo apresenta um distúrbio que se caracteriza pela contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele, provocada por aumento excessivo da atividade elétrica em determinadas áreas cerebrais. As convulsões podem ser de dois tipos: parciais, ou focais, ou generalizadas, As principais causas são as lesões encefálicas, podendo ocorrer também em pessoas com febre alta, distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiperglicemia, etc), falta de oxigenação no cérebro. Emoções intensas, exercícios vigorosos,

determinados ruídos, músicas, odores ou luzes fortes podem funcionar como gatilhos das crises (DELISA, 2004).

6. Disreflexia autonômica: Estado em que o indivíduo com lesão medular com nível neurológico igual ou superior à sexta vértebra torácica (T6) apresenta uma hiperatividade do sistema nervoso simpático, resultante de vários estímulos nocivos abaixo do nível da lesão (distensão vesical, distensão retal, úlcera por pressão, infecções, onicocriptose, dismenorréia e condições musculoesqueléticas indetectáveis. Caracteriza-se pela elevação da pressão arterial basal de 20 a 40 mmHg, podendo ocorrer também bradicardia ou taquicardia, cefaleia, visão embaçada, rubor, congestão nasal e sudorese acima do nível da lesão. Abaixo do nível da lesão ocorre palidez cutânea, piloereção e extremidades frias. Ainda pode ocorrer ansiedade, mal estar, náuseas, tremores, parestesia e uma sensação de pressão precordial (ANDRADE et al., 2013).

7. Negligência unilateral (heminégligência): Indivíduo apresenta é uma lesão na região do lobo parietal dominante, com uma maior frequência do lado direito do cérebro, que como consequência desta lesão o indivíduo pode não perceber estímulos sensoriais, tais como táteis, auditivos e/ou visuais, provenientes do campo espacial esquerdo do seu corpo (CARDOSO et al., 2005).

Diagnósticos de Risco

1. Risco de convulsão: Indivíduo apresenta risco para um distúrbio que se caracteriza pela contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele, provocada por aumento excessivo da atividade elétrica em determinadas áreas cerebrais, decorrente das lesões encefálicas ou indivíduos com febre alta, distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiperglicemia, etc) (DELISA, 2004).

2. Risco de disreflexia autonômica: Indivíduo apresenta uma lesão medular com nível neurológico igual ou superior à sexta vértebra torácica (T6) e conseqüentemente risco de hiperatividade do sistema nervoso simpático causando uma elevação da pressão arterial basal, na maioria das vezes de 20 a 40 mmHg, podendo ocorrer também bradicardia ou taquicardia, cefaleia, visão embaçada, rubor, congestão nasal e sudorese acima do nível da lesão. Abaixo do nível da lesão ocorre palidez cutânea, piloereção e extremidades frias. Ainda pode ocorrer ansiedade, mal estar, náuseas, tremores, parestesia e uma sensação de pressão precordial, resultante de vários estímulos nocivos abaixo do nível da lesão (ANDRADE et al., 2013).

Diagnósticos Positivos

- 1. Agitação ausente:** Indivíduo não apresenta atividade motora excessiva. Observa-se a pessoa mais quieta, sem tensão nervosa, medo, ansiedade ou estresse mental (MANTOVANI, 2010).
- 2. Alucinação:** Estado em que o indivíduo não apresenta percepção prejudicada ou falsa da realidade, ou registros aparente de estímulos sensoriais que não estão efetivamente presentes (AMARAL, 2007).
- 3. Comunicação melhorada:** Indivíduo apresenta melhora na habilidade para receber, processar, transmitir ou usar um sistema de símbolo para dar ou trocar informação. Identifica-se uma adaptação da pessoa para expressar o pensamento e de formar as palavras ou expressões corporais ou faciais ou através de dispositivo tecnológico (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE[®] VERSÃO 2015).
- 4. Confusão ausente:** Indivíduo apresenta uma relação entre os processos psíquicos para a realização do pensamento, da memória e da percepção. A pessoa está organizada, com pensamento coerente, expressos de maneira compreensível (BERRIOS, 2011).
- 5. Controle da convulsão:** Indivíduo ou familiar apresenta conhecimento no uso das medicações prescritas para o controle das crises, além de conhecer as principais causas, ou seja, são as lesões encefálicas, a febre alta distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiperglicemia, etc), falta de oxigenação no cérebro e manejar os principais gatilhos como as emoções intensas, exercícios vigorosos, determinados ruídos, músicas, odores ou luzes fortes (DELISA, 2004).
- 6. Controle da disreflexia autonômica:** Indivíduo que apresenta uma lesão medular com nível neurológico igual ou superior à sexta vértebra torácica (T6) e conhece e maneja os possíveis estímulos nocivos abaixo do nível da lesão (distensão vesical, seguida pela distensão retal, úlcera por pressão, infecções, onicocriptose, dismenorréia e condições musculoesqueléticas indetectáveis) os quais podem aciona uma hiperatividade do sistema nervoso simpático (ANDRADE et al., 2013).
- 7. Negligência unilateral diminuída (Heminegligência):** Indivíduo apresenta melhora da percepção dos estímulos sensoriais, tais como táteis, auditivos e/ou visuais, provenientes do campo espacial esquerdo do seu corpo (CARDOSO et al., 2005).

Conclusão

9. CONCLUSÃO

O serviço de reabilitação ou neuroreabilitação no Brasil ainda é precário e desarticulado e possui uma dificuldade de comunicação das suas ações. Ele não contemplam um atendimento integral, apresentando uma descontinuidade entre as ações das esferas pública, sendo a assistência prestada a um número reduzido de pessoas.

A cada dia fica mais evidente que a neuroreabilitação é reconhecida como um importante componente no processo saúde-doença e no cuidado social de pessoas com deficiência. O enfermeiro reabilitador tem como papel-chave gerir situações de saúde complexas, intervindo ao longo do ciclo da vida, aperfeiçoando suas competências para melhorar os resultados alcançados pelos pacientes, estabelecendo parcerias com estes, coordenando planos de cuidados interdisciplinares e indo ao encontro dos desafios que surgirem ao longo do processo de reabilitação.

A compreensão do paciente em processo de neuroreabilitação como um ser integral, indissolúvel e cultural torna possível identificar as necessidades deste indivíduo e intervir, de forma adequada, nos fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais, que influenciam as atividades de vida e conferindo assim o diferencial ao enfermeiro reabilitador. Entretanto, o cuidado com a pessoa em processo de neuroreabilitação compreende desafios para a consolidação de uma assistência efetiva em todas as esferas. Assim, destaca-se a importância de uma linguagem padronizada que viabilize o cuidado de enfermagem destes indivíduos.

Pensando em difundir o papel do enfermeiro reabilitador e proporcionar um conhecimento prático de forma clara, concisa e de fácil aplicação, que originou-se esta pesquisa de construção de um Catálogo CIPE[®] Versão 2015 para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação. Pode-se afirmar que os objetivos elencados para este estudo foram alcançados, uma vez que, de acordo com os resultados apresentados, foi possível construir enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, mapeá-los com a CIPE[®] Versão 2015 e elaborar definições para os diagnósticos/resultados construídos. A validação do Catálogo CIPE[®] supracitado ratifica o argumento de que a maioria dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem apresentados na proposta são conceitos constantes na CIPE[®] 2015 e pertinentes à prática de enfermagem reabilitadora.

O produto final consistiu na organização do Catálogo CIPE[®] para adultos em processo de neuroreabilitação tendo como suporte teórico do Modelo de Adaptação de Roy, já adotado na instituição. Além dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para neuroreabilitação, ele contém orientações para serem utilizados na prática, a importância para a Enfermagem, o modelo teórico que serviu de estruturação do Catálogo.

Ressalta-se a pertinência do modelo teórico selecionado para o estudo, uma vez que refere a pessoa como um ser adaptável, segundo os modos de adaptação: Desempenho de papel, Interdependência, Autoconceito e Fisiológico.

No processo de validação de conteúdo os enunciados e definições operacionais de cada diagnóstico/resultados de enfermagem foram analisados quanto a clareza do enunciado; a presença dos sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis; se esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem e se este diagnóstico / resultado se aplica à sua prática clínica em neuroreabilitação. Isto mostrou uma validação de 266 diagnósticos / resultados de enfermagem, sendo 20 no Modo Desempenho do Papel, 10 no Modo Interdependência, 52 do Modo Autoconceito e 184 no Modo Fisiológico, com suas respectivas intervenções para solucioná-los.

Para cada diagnóstico/resultados de enfermagem foi construído uma definição que estabelece sua identidade semântica, contendo elementos mínimos e essenciais para sua identificação na prática de enfermagem de neuroreabilitação. Este procedimento possibilitou diferenciar os diagnósticos/resultados de enfermagem parecidos e evidenciar os atributos essenciais, ou seja, sinais e sintomas aplicados na área da neuroreabilitação.

O Catálogo CIPE[®] para Adultos em processo de neuroreabilitação foi desenvolvido com o uso da CIPE[®], por ser considerada uma classificação versátil, pois se adapta às muitas realidades e singularidades da prática de enfermagem. Portanto, acredita-se que o Catálogo possa ser usado por enfermeiros reabilitadores na sua prática, contribuindo com o processo de tomada de decisão, além de padronizar a sua linguagem.

Acredita-se que o presente estudo traz contribuições essenciais para a pesquisa e sugere-se que sejam desenvolvidos outros estudos para testar a operacionalização clínica do Catálogo CIPE[®] para adultos em processo de neuroreabilitação, pois, assim como o sistema de classificação utilizado, poderá haver desenvolvimento e aperfeiçoamento.

O Catálogo CIPE[®] para adultos em processo de neuroreabilitação está em consonância com os objetivos da CIPE[®], portanto, será dada continuidade às etapas propostas pelo CIE

com vistas a divulgá-lo com o apoio da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e do Centro CIPE® Brasil.

Pretende-se que os enunciados diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem validados sejam inseridos no sistema informatizado do hospital cenário do estudo.

Na pertinência da sua contribuição para a assistência, acredita-se que o Catálogo pode atender à demanda de orientar a prática do enfermeiro reabilitador, com o uso seguro de uma linguagem padronizada e propiciar um cuidado efetivo e individual. Sua utilização pode contribuir para proporcionar ainda mais a aquisição da autonomia pelo paciente atendido na Rede Sarah e em outros serviços de reabilitação.

Reconhece-se a aplicabilidade desse Catálogo, pois evidencia-se a prática de enfermagem de reabilitação no cuidado de adultos em processo de neuroreabilitação. Sendo assim, o uso desse instrumento na operacionalização clínica poderá consolidar a ferramenta como um recurso indispensável ao cuidado desse paciente. Recomenda-se a aplicabilidade desse recurso em outras unidades da Rede Sarah e em outros serviços de reabilitação no Brasil.

Finalizando, pode-se afirmar que os objetivos propostos para esta pesquisa foram alcançados e que houve uma aproximação com a temática e a neuroreabilitação. Enquanto enfermeiro reabilitador, vivenciei o desafio de pensar no cuidado por completo para atender o adulto em processo de neuroreabilitação e com o uso de um Modelo Teórico da Enfermagem aliado a uma ferramenta proporcionando ações que possam levar a uma maior autonomia e independência da pessoa.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRAMS P, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. **Urology**, 61(1):37-49, Jan 2003

ABRAMS, P et al. Fourth international Consultation on incontinence recommendations of the international Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourology and urodynamics**, 29(1), 213-240, 2010.

ALEXANDRE, C. **A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa/família com afecção neurológica e cardiovascular**. 2012. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Saúde de Santarém.

ALEXANDRE, NMC; COLUCI, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

AMARAL, M. lucinações: a origem e o fim de um falso paradox. **J Bras Psiquiatr**, 56(4): 296-300, 2007.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes – 2012. **Diabetes Care**, 35(Suppl.1):S11-63, 2012.

ANDRADE, JAB; FAGUNDES-NETO, U. Diarreia persistente: ainda um importante desafio para o pediatra. **J. Pediatr**, v. 87, n. 3, June 2011.

ANDRADE, LT. **Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada**. 2007. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

ANDRADE, LT; CHIANCA, TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. **Revista de Brasileira de Enfermagem**. 66(5), 2013.

ANDRADE, LT et al . Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 1, Feb. 2013 .

ANDRADE et al. Implantação do processo de enfermagem na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação – unidade Belo Horizonte, com uso da CIPE[®]. In: GARCIA, TR. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE[®]: Aplicação à Realidade Brasileira** Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

ANDRADE, LT et al. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(6): 1056-60, 2010.

APARECIDA DE SOUZA, L.; MANCUSSI E FARO, A.C.. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura.**Enferm. glob.**, Murcia , v. 10, n. 24, oct. 2011 . Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011004400222&lng=es&nrm=iso>. acessado em 20 oct. 2016.

ARAUJO, AA de; NOBREGA, MML; GARCIA, TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE[®].**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 385-392, Apr. 2013 .

ARENDT-NIELSEN L, GRAVEN-NIELSEN T. Central sensitization in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders. **Curr Pain Headache Rep**,7:355–61, 2003.

ASSIS, CC; BARROS, ALBL; GANZAROLLI, MZ. Avaliação das intervenções e dos resultados esperados para o diagnóstico de enfermagem fadiga, em portadores de insuficiência cardíaca.**Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 357-361, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300019>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

AZEVEDO, GR; SANTOS, VLCG. Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 770-80, 2006.

BAMPI, LNS; GUILHEM, D; ALVES, ED. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 4, p. 816-823, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400022&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400022>.

BARBOSA, PA; SZTAJNBOK, J. Distúrbios hidroeletrólíticos. Artigo de Revisão. **J. Pediat.**, v.75, supl. 2, p.223-233, 1999.

BATISTA, CG; MATOS, MM. O acordo entre observadores em situação de registro cursivo: definições e medidas. **Psicologia**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 57-69, 1984.

BELTRÃO, BA **Medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico padrão respiratório ineficaz de crianças e adolescente cardiopatas congênitos**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BERNARDES, LCG et al . Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 31-38, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008>.

BERRIOS, GE. Delirium e confusão mental no século XIX: uma história conceitual. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 166-189, março 2011.

BORGES, AMF et al . Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 119-125, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300016>.

BOYCE JA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. **J Allergy Clin Immunol**, 126:S1-58, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 72p. : il. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 68 p. : il. 2013

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

BRAVO FILHO, VTF et al . Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo , v. 75, n. 3, June 2012 .

BURTON, CR A description of the nursing role in stroke rehabilitation. **J. Adv. Nurs.**: 32 (1), 174–181, 2000.

BURTON C, GIBBON, B. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. **J Adv Nurs**; 52(6): 640–50 2005.

BALBINO, CA, PEREIRA, LM, CURI, R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 41, n. 1, jan./mar., 2005

CALHEIROS de Sá, MR et al. Reflexões sobre a rede de atenção especializada em reabilitação de crianças e adolescentes com condições crônicas de agravos à saúde. **CAD EDU SAUDE E FIS**, V 2 N 3, 2015.

CÂMARA, FDS et al. Perfil do Cuidador de Pessoas com Deficiência. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**. Vol. 20, n. 4, p. 269-76, 2016

CAMPOS, MF; SOUZA, LAP; MENDES, VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 52, p. 207-210, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100207&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>.

CAPELAS, MLV. Dor Total nos doentes com metastização óssea. **Cadernos de Saúde** 2008, Vol. 1, N.o 1: pp. 9-24

CARDOSO L et al. Heminegligência e reabilitação cognitiva: um relato de caso. **J Bras. Psiquiat**; 54(4):340-344, out.-dez. 2005

CARINHAS, MJA et al. Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. **Ordem dos Enfermeiros**, dezembro de 2013

CARVALHO, EC; CRUZ, DALM; HERDMAN, TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, Sept. 2013.

CARVALHO, JC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, (8), 52-57. 2012.

CARVALHO, Carina Maris Gaspar; CUBAS, Marcia Regina; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®: limites e potencialidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 430-435, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200430&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>.

CASTRO, MCF et al. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 340-346, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300340&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600047>.

CASTRO, CC; PINTO, CN; ALMEIDA, MA. Conhecimento e aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde por Fisioterapeutas de Fortaleza. **Rev Fisioter S Fun**. Fortaleza, 4(2): 06-13, 2015.

CAVALCANTE, TF et al. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "risco de aspiração" em pacientes com acidente cerebrovascular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 250-258, Feb. 2013.

CHIANCA, TCM; GARCIA, TR. Pesquisa em enfermagem: fatores implicados na categorização de dados. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, no especial, p. 173-83, abril 1996.

CLARES, JWB. **Proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica**. Dissertação de Mestrado Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza 2014

CLARES, JWB; FREITAS, MC; GUEDES, MVC. Percurso metodológico para elaboração de subconjuntos terminológicos CIPE[®]: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1119-1126, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601119&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700021>.

CLARK J, CRAFT-ROSENBERG M, DELANEY C. An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. **Int J Nurs Stud**, 37(6):541-53, 2000

COELHO, EB. Mecanismos de formação de edemas. **Medicina**, Ribeirão Preto, 37: 189-198, jul./dez. 2004

COELHO, NL; TOURINHO, EZ. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21, 171-178, 2008

COENEN A et al. ICNP[®] Catalogues for supporting nursing content in electronic health records. **Stud Health Technol Inform**, 180:1075-8, 2012.

COENEN A, KIM TY. Development of terminology subsets using ICNP[®]. **International Journal of Medical Informatics**, 79(7): 530-8, 2010.

COLUCI, MZO; ALEXANDRE, NMC; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8122015000300925&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.

CONSELHO FEDERAL de ENFERMAGEM (BR). Resolução N° 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE[®] - versão 1.0**. São Paulo: Argol; 2007.

COSTA TF da et al. Análise do autoconceito de idosos à luz do modelo de adaptação de roy: o “eu físico e o eu pessoal”. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 7(5):1421-6, maio, 2013.

CUBAS MR, et al. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologia de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 18(4) Jul-Ago, 2010

CUBAS, MR et al . Validação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal: base CIPESC[®] em Curitiba - PR. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, Sept. 2007 .

CUBAS, MR; BRONDANI, AM; MALUCELLI, A. Diagnósticos e resultados de enfermagem relacionados aos termos do sistema circulatório - CIPE[®] representados em uma ontologia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 5, p. 1068-1075, Oct. 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501068&lng=en&nrm=iso access on 05 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000500009>.

CUBAS, MR, SILVA, SH, ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.** 12(1):186-94, 2010.

DELISA, J.A. **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2004.

DEMOLY, P et al. Consenso Internacional (ICON) em Alergia Medicamentosa. **Allergy**; 69: 420–437, 2014

DERSTINE, JB; HARGROVE, SD. **Comprehensive, Rehabilitation Nursing**. 1^a edição. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2001.

DIAS MCG et al. **Triagem e Avaliação do Estado Nutricional**. Projeto Diretrizes/ Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral Associação Brasileira de Nutrologia, 2011.

DIEHL, LA. Diabetes: hora de rever as metas? **Arq Bras Endocrinol Metab**, 57/7, 2013.

DINIZ, IA et al . Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 2, p. 206-213, Apr. 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200206&lng=en&nrm=iso. access on 20 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680204i>.

DPHILL M, MATHIAS CJ - Orthostatic hypotension: causes, mechanisms and influencing factors. **Neurology**, 45(suppl 5): 6-11, 1995.

EBERT, E. Gastrointestinal involvement in spinal cord injury: a clinical perspective. **J Gastrointestin Liver Dis**, Mar;21(1):75-8, 2012.

ESWARAN, S et al. Fiber and functional gastrointestinal disorders. **Am J Gastroenterol**. May;108(5):718-27, 2013.

FARIAS, N; BUCHALLA, CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 8, n. 2, p. 187-193, June 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

FARO, ACM. O Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

FARO ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**. 40(1): 128-33, 2006.

FARRÉ, R; TACK, J. Food and symptom generation in functional gastrointestinal disorders: physiological aspects. **Am J Gastroenterol**, May;108(5):698-706, 2013.

FAWCETT, J. Using the Roy Adaptation Model to Guide Research and/or Practice: Construction of Conceptual-Theoretical-Empirical Systems of Knowledge. **Aquichán**, Bogotá , v. 9, n. 3, p. 297-306, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2016.

FEHRING, RJ. Methods to Validate Nursing Diagnose. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, pt. 1, p. 625-629, Nov. 1987.

FEROLDI, MM et al. Efeito de um protocolo fisioterapêutico na função respiratória de crianças com paralisia cerebral. **Rev Neurociencia**. v.19 n.1 p.109-114. 2011

FERRARO, AR. Analfabetismo e níveis de letramento no Brasil: o que dizem os censos? **Educ. Soc.**, Campinas , v. 23, n. 81, dez. 2002.

FIGUEIREDO, M. **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutouramento em Ciências de Enfermagem -. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar 2009.

FISBERG, RM; MARCHIONI, DML; COLUCCI, ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 53, n. 5, July 2009.

FLACK, VF et al. Sample size determinations for the two rater kappa statistic. **Psychometrika**, v.53, n.3, p 321-325, 1988.

FRANÇA, TH. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, São Paulo, vol.17 n.31, p.59-73, jul./dez. 2013.

FRIEDLI, S; MAHLER, F. Venous and lymphatic reasons for edema – the swollen leg from the angiologist’s point of view. **Ther Umsch**, Nov; 61(11): 643-7, 2004.

GARCIA, TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enf. São Paulo**, 11(3):24-31,1998

GARCIA, TR. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à Realidade Brasileira**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

GARCIA, TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 20 (1): 5-6, 2016

GARCIA, TR; ANTUNES MJM. Sistematizando a prática de enfermagem – Resolução 358/2009 do COFEN corrige distorções contidas em legislações anterior. **Jornal ABEn**. Out/Nov/Dez ano 51; Nº 4, p. 7, 2009. [citado 17 nov 2017]. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/home/jornalaben/JornalABEn_out_nov_dez2009.pdf>

GARCIA, TR; BARTZ, CC; COENEN, A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, TR. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à Realidade Brasileira** Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

GARCIA, TR; NÓBREGA, MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 13 (1), 188-193, 2009.

GARCIA, TR; NÓBREGA, MML. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Rev. Eletr. Enf**. 2009;11(2):233.

GASPAR, A; FARIA, E. Alergia ao látex. **Rev Port Imunoalergologia**, Lisboa , v. 20, n. 3, p. 173-192, July 2012 . Available from <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212012000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Aug. 2016.

GENDER, AR. Eliminação e regulação intestinal. In HOEMAN, SP. **Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados**. Loures: Editora Lusodidacta, 2011.

GIACOMOZZI AR et al. Consenso Latino-Americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica. **Headache Medicine**, 3(4):150-61, 2012.

GRANDEL, M; HETZER, FH. Evidence-based treatment of hemorrhoidal disease. **Ther Umsch**, Jul;70(7):373-82, 2013.

GUARDA RI et al. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **Femina** Abril vol 35 no 4, 2007.

HESBEEN, W. **A reabilitação: Criar novos caminhos**. Lisboa: Lusociência, 2010.

HJALMAS K, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. **J Urol**, 171:2545-61, 2004.

HOEMAN, SP. **Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados**. Loures: Editora Lusodidacta, 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Boletim ICNP jun: (1), 2010. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/icnp/ICNP_Bulletin_June_2010_eng.pdf URL:

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice-Version 1.0**. Geneva, Switzerland: ICN, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Guidelines for ICNP® catalogue development**. Geneva: ICN; 2008 [cited 2016 Oct 18]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/icnp_catalogue_development.pdf.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104**. Geneva, Switzerland, 2003

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS ISO 18104:2014)**. Geneva, Switzerland, 2014

IUPPEN, LS; SAMPAIO, FH; STADŇIK, CMB. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória. **Rev Dor**. São Paulo, 2011 jan-mar;12(1):29-34.

JANSEN, K. **International Classification for Nursing Practice (ICNP®): ICNP® Catalogues**. In: ACENDIO Conference, Amsterdam, 19-21 April 2007. <http://www.icn.ch/Acendio2007/ICNPtutorial-Catalogues-041907.html>.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease. **Am J Kidney Dis** 39 (Suppl 1): S1-S246, 2002.

KHULLAR, V; CARDOZO, L. The urethra (UPP, MUPP, instability, LPP). **Eur Urol**, 34 Suppl 1:20-2, 1998

LACY, BE et al, Chronic constipation: new diagnostic and treatment approaches. **Ther Adv Gastroenterol**, 5(4) 233–247, 2012.

LEMBO A, CAMILLERI M. Current Concepts: Chronic Constipation. **N Engl J Med**349 (14):1360-1368, 2003.

LEONOR, VD et al . As contribuições da educação continuada em disfagia orofaríngea para a assistência de enfermagem pediátrica em um hospital de ensino. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 17, n. 5, p. 1531-1540, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000501531&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517521014>.

LIMA CLH, NÓBREGA MML. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica médica. **Rev. Eletr. Enf.** 11(1):12-22, 2009.

LINS, SMSB; ESPIRITO SANTO, FH; FULY, PSC. Aplicabilidade da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil. **Cienc Cuid Saude**. Abr/Jun; 10(2):359-365, 2011.

LINS, SMSB et al . Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 180-189, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200005>.

LOPES, HV; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**[online], vol.51, n.6, pp. 306-308, 2005

LOPES, MVO; SILVA, VM; ARAUJO, TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowl.**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, MVO, SILVA, VM, ARAUJO, TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 5, p. 649-655, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>

LUCENA, AF e BARROS, ALBL. Mapeamento Cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-88, 2005.

LYNCH, TH et al. EAU guidelines on urological trauma. **Eur Urol**, Jan;47(1):1-15, 2005.

MACHADO, FN. **Capacidade e desempenho para a realização as atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 130f. 2010.

MACHADO, WCA et al. Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro; 24(1):e16125, 2016

MACIEL, MRC. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 51-56, June 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392000000200008>.

MAEDA, Y et al. Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults. **Cochrane Database Syst Rev**, Feb 28;2:CD007959, 2013.

MAENO, M; VILELA, RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 121, p. 87-99, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100010>.

MALHEIRO, MIDC. Efeito dos Campos Terapêuticos na Funcionalidade, Autoestima, Autoconceito e Autoeficácia da Criança e do Adolescente com Incapacidade e/ou Doença Crônica: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Pensar Enfermagem** Vol. 15 N.o 2 2o Semestre de 2011

MANTOVANI, C et al . Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, Oct. 2010 .

MARIN, HF; PERES, HHC; DAL SASSO, GTM. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 299-306, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300016>.

MARTINEZ, JE; GRASSI, DC; MARQUES, LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 51, n. 4, p. 304-308, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.

MARTINEZ JAB; PADUA AI & TERRA FILHO J. Dispnéia. **Medicina**, Ribeirão Preto, 37: 199-207, jul./dez. 2004.

MARTINS, AS; REZENDE, NA; TORRES, HOG. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 58, n. 6, p. 691-697, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600014>.

MARTINS, I; GUTIERREZ, MGR. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 143-149, June 2005

MARTINS, JA; BARSAGLINI, RA. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 15, n. 36, p. 109-122, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Apr. 2017. Epub Dec 17, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000043>.

MASUCHI, MH; ROCHA, EF. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 23, n. 1, p. 89-97, apr. 2012. ISSN 2238-6149. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46928>>. Acesso em: 20 apr. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i1p89-97>.

MATA, LRF et al . Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 1512-1518, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600031&lng=en&nrm=iso>. access on 11 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600031>.

MAUK, K.L. « Overview of rehabilitation », in K.L. Mauk (ss la dir. de), **Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice**, Sudbury (MA), Jones & Bartlett Learning, 2012.

MEDEIROS, ACT. **Validação do subconjunto terminológico da CIPE[®] para a pessoa idosa**. 2014. 206f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

MEDEIROS, LP et al. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. **Rev.RENE**, 16(1):132-140, jan.- fev. 2015.

MEDEIROS, RKS et al . Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV, n. 4, p. 127-135, fev. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.

MEURER, ST, BENEDETTI TRB, MAZO GZ. Aspectos da autoimagem e da autoestimade idosos ativos. **Motriz**, 15(4):788-96, 2009.

MIGUEL, M; KRAYCHETE, DC. Dor no paciente com lesão medular: uma revisão. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas , v. 59, n. 3, p. 350-357, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000300011>.

MORAES-CRISPIM, G et al . Analysis of hearing impairment related to general health conditions in elderly people. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 12, n. 25, Dec. 2013 .

MOREIRA RAN, BARROS LM, RODRIGUES AB, CAETANO JÁ. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Rene**. 2013; 14(5):960-70.

MORROW G, ROSENTHAL S. Models, mechanism and management of anticipatory nausea and vomiting. **Oncology**, 53(Suppl.1):4-7, 1996.

MOTTA AA et al. Dermatite de contato. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** – Vol. 34. Nº 3, 2011

NASCIMENTO, LA; KRELING, MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24,n. 1, 2011.

NATHAN DM, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. **Diabetes Care**. 2009;32:193-203.

NEGROMONTE, MRO; ARAUJO, TCCF. Impact of the clinical management of pain: evaluation of stress and coping among health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 2, p. 238-244, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200003>.

Neri AL. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2ed rev. Campinas: Alínea; 2011.

NERI, M. Desigualdade, estabilidade e bem-estar social. **Ensaio Econômico**. Fundação Getúlio Vargas Dezembro de 2006

NIELSEN GH, MORTENSEN R. **Classificação Internacional das práticas de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiros: versão alpha**. (Trad. Cruz DALM, Marin HF, Carvalho EC, Nóbrega MML.). Brasília: ABEn; 1997. [Série Didática: Enfermagem no SUS].

NÓBREGA et al. Reflexões sobre a validação dos subconjuntos terminológicos da CIPE[®]. In: CUBAS MR, NÓBREGA MML. **Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 25-36.

NOBREGA, MML; GARCIA, TR. Perspectiva de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) no Brasil. **Revista de Brasileira de Enfermagem**. 58(2), 227-30, 2005.

NÓBREGA, MML; SILVA KL. **Fundamentos do cuidar em enfermagem – 2a Edição**, Belo Horizonte: ABEn,. 232 p. 2008/2009

OLIVEIRA, A., et al. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literature. **Revista Enfermagem UERJ**, 21, jun. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6444>>. Acesso em: 11 Jun. 2016.

OLIVEIRA, JEP, VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

OLIVEIRA KL et al. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA ENTRE GRUPOS DE IDOSOS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006

OLIVEIRA, KSA; LUCENA, MCMD; ALCHIERI, JC. Estresse em cuidadores de pacientes com Alzheimer: uma revisão de literature. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14 n. 1 p. 47-64. 2014.

OLIVEIRA, MAP; PARENTE, RCM. Estudos de Coorte e de Caso-Controle na Era da Medicina Baseada em Evidência. **Bras. J. Video-Sur**, v. 3, n. 3, p. 115-125, 2010.

OSLON, RS. Função Musculoesquelética. In: HOEMAN, SP. **Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados**. Loures: Editora Lusodidacta, 2011.

PACHECO KMB, ALVES VLR. A História de deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátrica**, 14(4): 242-8, 2007.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psi. Clin.**, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

PAVEL S, NOLET D. **Manual de terminología**. Public Works and Government Services: Canadá, 2003.

PÊLA, JLM. **Quais as intervenções dos Enfermeiros no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC.2012. 77 f.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

PEREIRA MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.

PESSINI L et al. Reabilitação Múltiplo enfoques. **O Mundo da Saúde**, 32(2), 2008.

PESSINI, L; FERRARI, MAC; GONÇALVES, MJ. Reabilitação: de um olhar histórico aos desafios contemporâneos. **O Mundo da Saúde**. 2008; 30(21): 5-9.

PINHEIRO, ALU et al. Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. **J Nurs Health**.;4(1):77-89, 2014

PIRES, M. Eliminação e continência vesical. In HOEMAN, SP. **Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados**. Loures: Editora Lusodidacta, 2011.

PIRES, RPT, **OPERACIONALIZAÇÃO DE PLANOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO INTEGRANDO A LINGUAGEM CIPE®/SAPE. 2012. 79 f.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Escola Superior de Saúde de Bragança.

PLAYFORD E, et al. Goal setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals perceptions of goal-setting. **Clin Rehabil**; 14(5): 491-6, 2000.

POLIT D, BECK C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PRESTON, M; TEBBEN, C; JOHNSON, KMM. Integridade da Pele. In HOEMAN, SP. **Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados**. Loures: Editora Lusodidacta, 2011.

REIS RB et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira** - Vol 18 (Supl 5) 2003.

REIS, Gilberto Marcos Dias dos; GUERRA, Ana Cristina Silva; FERREIRA, João Paulo Amaral. Estudo de pacientes com hiperidrose, tratados com toxina botulínica: análise retrospectiva de 10 anos. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 582-590, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000400008>.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2a edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

RIBEIRO, M.A.S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Rev Rene**, 14(1):218-28, 2013

RICHARDSON, ZMRJ. **Pobreza, deficiência visual e políticas sócio-educativas**. 2009. 167 f. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba

RODRIGUES SM, VIANA TC, ANDRADE PG. A vida da mulher após a mastectomia à luz da teoria adaptativa de Roy. **J. res.: fundam. care. Online**; out./dez. 7(4): 3292-3304, 2015.

RODRIGUES, MMG. **Autocuidado em Crianças/adolescentes com Câncer à luz da Teoria de Orem**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006.

RODRIGUES L, ALENCAR AMG, ROCHA EG. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Rev Bras Enferm**. 62(2): 271-7, 2009.

ROQUE et al Disfunções Autonómicas após Lesão Medular. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação** Vol 24 No 2 Ano 21 2013.

RORIZ-FILHO JS et al. Infecção do trato urinário. **Medicina** (Ribeirão Preto);43(2): 118-25, 2010.

ROSSI, A; MOREIRA, EAM; RAUEN, MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 21, n. 6, Dec. 2008 .

ROSSI, LA et al . Déficit de volume de líquidos: perfil de características definidoras no paciente portador de queimadura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 3, p. 85-94, July 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000300011>.

ROSSI, L; REIS, VAB.; AZEVEDO, COE. Desidratação e recomendações para a reposição hídrica em crianças fisicamente ativas. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 337-345, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000300013>.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. 1ª edição. Lisboa: Editora Piaget, 2005.

ROZENFELD, S. Farmacovigilância: elementos para a discussão e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.2, p.237-263, 1998.

SAMPAIO, RIVITTI. **Dermatologia**, 3a edição, Editora Artes Médicas, 2008.

SAMPSON HA et al. Food allergy: A practice parameter update. **J Allergy Clin Immunol**. Nov;134(5):1016-25. 2014

SANTOS BRANCO, RMMA. **Fatores explicativos dos resultados obtidos na Medida de Independência Funcional aplicada a doentes com lesão neurológica**. 2012. F. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

SARTORI, HCS; BARROS, T; TAVARES, A. Transtorno da expressão emocional involuntária. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 20-25, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000100004>.

SCATOLIM, RL et al. Design e tecnologia assistiva: contribuições para o desenvolvimento de cadeiras de rodas inteligentes. **Ergodesing e HCI**, nº 2, V 4, ano 4, 2016.

SCHESTATSKY, P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Rev HCPA**, 28(3):177-87, 2008.

SCHEWINSKY SR. A barbárie do preconceito contra o deficiente – todos somos vítimas. **Acta Fisiátrica**, 11(1): 7-11, 2004.

SCHOSSLER, T. **Cuidador domiciliar do idoso : cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde : uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 102 f. 2007.

SELIUS, BA; SUBEDI, R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. **Am Fam Physician**. 2008 Mar 1;77(5):643-50.

SERNAGLIA, MB, DUARTE, E, DALLA DÉA, VHS. Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 118, set./dez. 2010. DOI: 10.5216/rpp.v13i3.10223

Silva GA et al. Conceitos básicos sobre síndrome da apnéia obstrutiva do sono. **Rev Bras Hipertens** vol.16(3):150-157, 2009.

SILVA, RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri , v. 19, n. 1, p. 123-130, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>.

SILVA, V et al. Factores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad.Saúde Pública**, 22(9), 1835-1843, 2006

SIQUEIRA R. Lesões nervosas periféricas: uma revisão. **Rev Neurocienc**. 2007;15(3):226-33

SIQUEIRA, BG, SCHMIDT A. Choque circulatório: definição, diagnóstico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, 36: 145-150, 2003.

SOARES, SM; FERRAZ, AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100007>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2 – atualização 2011**. Posicionamento oficial SBD número 3 – 2011.

SOUZA, CA de et al . Autoeficácia e atividade física em adolescentes de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 10, p. 2039-2048, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000020&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127312>.

SOUZA, DMST et al . Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 283-288, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300013>.

SOUZA, DRP. **Identificação e validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos**. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

SOUZA, EM et al. Reflexões acerca da enfermagem como promotora de saúde mental a puérperas no luto. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 12, p. 4377-4380, 2014.

STEINER, D. Dermatite seborréica. **Cosmetics & Toiletries**, v. 10, mai/jun., p. 26, 1998.

STRAPASSON, BA; DITTRICH, A. O conceito de "prestar atenção" para Skinner / The concept of "paying attention" para Skinner. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 24 n. 4, pp. 519-526, 2008.

TOLEDO, VP; RAMOS, NA; WOPEREIS, F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 193-197, Feb. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100029&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100029>.

TOSIN, MHS et al. Diagnósticos de Enfermagem relacionados à capacidade funcional na doença de Parkinson: mapeamento cruzado. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 489-98, dec. 2015. ISSN 1676-4285. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5115>>. Date accessed: 24 apr. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155115>.

TRINDADE, JMO. **Visão Actual sobre a Pessoa Portadora de Esclerose Múltipla.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Educação de Beja. Faro, Janeiro de 2011.

VAILLANT, GE. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. **American Psychologist**, 55, 89-98, 2000.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 95(1 supl.1): 1-51, 2010.

WAGNER et al. Acessibilidade de pessoas com de ciência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. **Ciência do Movimento**, ano XII, nº 23, 1, 2010.

WOLOSKER, N et al . Oxibutinina para tratamento de hiperidrose: análise comparativa entre gêneros. **Einstein** (São Paulo), São Paulo , v. 10, n. 4, Dec. 2012.

Apêndices

APENDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Você esta sendo convidado para participar da pesquisa “**CATÁLOGO CIPE® PARA PACIENTES ADULTOS EM PROCESSO DE NEURORREABILITAÇÃO**”, que tem como responsável a Dra. Tânia Couto Machado Chianca, professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Geras. Sendo eu, Leonardo Tadeu de Andrade, responsável pela apresentação e obtenção deste termo.

A pesquisa tem como objetivo Construir um Catálogo de conceitos CIPE® que possa ser utilizado como uma ferramenta para as boas práticas de saúde na neuroreabilitação de adultos com necessidades físico-motoras. A finalidade deste estudo é construir um subconjunto de conceitos da CIPE® na área da reabilitação físico-motora e contemplar, também, a validação do mesmo, atestando sua aplicabilidade clínica, para colaborar com atendimento a uma necessidade prática da profissão, a saber, a construção de sistemas de informação de saúde para descrever os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando a CIPE® para essa área particular de cuidado – a neuroreabilitação de pessoas com necessidades físicas.

Solicito a sua colaboração no desenvolvimento do estudo e a sua autorização para apresentar os resultados em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Informo que será mantido em sigilo seu nome em caso de publicação dos resultados.

Caso você aceite em participar da pesquisa como juiz, você receberá um questionário com duas partes distintas: a primeira parte, com os enunciados e as definições operacionais dos diagnósticos / resultados de enfermagem; a segunda parte, com as intervenções de enfermagem sugeridas para os diagnósticos/resultados de enfermagem. Você responderá se concorda ou não com os diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem. Você terá um tempo de sete dias apos a entrega do questionário para devolvê-lo ao pesquisador.

O preenchimento deste questionário poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao lembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes. Se isto ocorrer você poderá interromper o preenchimento dos instrumentos e retomá-los posteriormente, se assim o desejar.

Esclareço que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, penalidade, prejuízo, ou represália de qualquer natureza. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Informo também, que será fornecida informações antes, durante e após a realização da pesquisa. A Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG poderá ser acionada a qualquer momento em caso de dúvidas éticas.

Diante do exposto, eu _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Participante

Tânia Couto Machado Chianca
Av. Alfredo Balena 190. Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais. BH-MG. 30130-
100. Telefone: 31 34099887.
E-mail: taniachianca@gmail.com
Pesquisadora Responsável

Leonardo Tadeu Andrade
Rede Sarah de Hospitais de Locomoção: Av Amazonas,
5953, Gameleira, Belo Horizonte – MG. Telefones:
(31)3379-2773 (31)9323-0187.
E-mail: leonardotad@gmail.com
Pesquisador

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2o andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

APENDICE B
Instrumento de Concordância com Juizes

Pesquisa: CATÁLOGO CIPE® PARA PACIENTES ADULTOS EM PROCESSO DE NEURORREABILITAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa acerca de sua concordância com os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e intervenção de enfermagem construídos a partir do Banco de Termos identificados nas anotações de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros da Rede Sarah, Unidade Belo Horizonte, em dissertação defendida pela enfermeira Danyelle Pelegrino e a CIPE® Versão 2015.

Caracterização dos Especialistas:

Iniciais: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Idade (em anos completos): _____

Titulação: () Graduação/Tempo de formação (graduação): _____

() Especialista _____ () Mestre () Doutor

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2):

Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Terminologias de Enfermagem*? () Não () Sim ()

Se sim: () Monografia de graduação () Monografia de especialização

() Dissertação () Tese () Artigos científicos

() Outros: _____

Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Reabilitação*? () Não

() Sim ()

Se sim: () Monografia de graduação () Monografia de especialização

() Dissertação () Tese () Artigos científicos

() Outros: _____

Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Terminologias de Enfermagem*?

() Sim () Não

Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Reabilitação*?

() Sim () Não

Trabalha há quanto tempo na reabilitação de adultos?

() Sim: _____ () Não Trabalho

Utiliza/ utilizou o Processo de Enfermagem em sua prática profissional (assistência ou ensino)? () Sim () Não

Se sim: por quanto tempo? _____

Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos adultos com lesão cerebral, lesão medular, doenças osteomusculares, doenças neurodegenerativas?

() Não () Sim ()

Se sim: qual? _____

No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *Terminologias de Enfermagem*? () Sim ()

Não

No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática *reabilitação física*?

() Sim () Não

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi concebida para ser uma ferramenta tecnológica, multiaxial, com termos representados em um modelo de sete eixos (Foco, Julgamento, Meio, Tempo, Localização, Cliente, Ação). Ela permite que os termos pertencentes aos eixos sejam combinados de forma a compor títulos que nominam diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Para facilitar a utilização, o Conselho Internacional de Enfermagem propõe o desenvolvendo de catálogos. Estes contêm um grupo de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, frequentemente utilizados para áreas específicas da enfermagem ou prioridades de saúde selecionadas

Como a CIPE® encontra-se em desenvolvimento, entende-se que a construção de um Catálogo CIPE® na área da neurorreabilitação é fundamental e poderá colaborar para o atendimento a uma necessidade prática da profissão.

Este questionário foi formulado segundo os modos o Modelo de Adaptação de Roy, para que você opine sobre os diagnósticos de enfermagem segundo os itens:

A – o enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade;

B – a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis;

C - esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem;

D - este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica.

Pense sobre os pacientes que você cuida, pode ser que você nunca tenha usado o diagnóstico, por não saber nomeá-lo.

Assinale na seguinte sequência: () concorda () concorda parcialmente () não concorda. Caso tenha alguma sugestão favor inseri-la no espaço designado.

Quanto às intervenções, há uma lista para solucionar um determinado diagnóstico de enfermagem. Você deverá responder se **usa** a intervenção na sua prática e o quanto concorda com o enunciado, na seguinte sequência: () concorda () não concorda

ANTECIPADAMENTE AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO.

Modo Papel Funcional

Aceitação do Estado de Saúde, Prejudicada - Estado em que o indivíduo apresenta dificuldade em reduzir ou eliminar barreiras que impedem reconhecer os pontos positivos da vida, mantendo a atenção nos problemas da doença, e potencializando as emoções negativas da doença, evidenciado pela ansiedade, apreensões ou tensões, apatia, pouco ou nenhum conhecimento sobre seu processo de saúde e doença (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Adaptação, Prejudicada - Estado em que o indivíduo apresenta um comprometimento na sua capacidade de ajustar-se a atual condição ou a uma nova situação de vida, evidenciado pela negação, medo, raiva, culpa (ROY e ANDREWS, 2001).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Atitude em Relação ao Cuidado, Conflituosa - Estado em que o indivíduo apresenta falta de entendimento sobre o cuidado prescrito e ensinado pelo enfermeiro. Evidenciado por não aceitar os ensinamentos do prestador de cuidado (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015)

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Baixa Autoeficácia- Estado em que o indivíduo apresenta baixa capacidade para realizar um atividade específica. A pessoa não acredita em si e nem tem vontade para executar uma tarefa (SOUZA et al, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Bem Estar Social Prejudicado- Estado em que o indivíduo não possui certos fatores para que tenha uma boa qualidade de vida, como emprego, lar, acesso a educação e saúde, tempo para lazer, não consegue ir e vir devido as barreiras ambientais (NERI 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Capacidade para Executar Atividade de Lazer prejudicada - Estado em que o indivíduo não tem lazer, pois não consegue sair de casa devido as barreiras ambientais, ou está constringido, medo, depressão (CLARES, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conflito de Decisão - Estado em que o indivíduo apresenta incertezas sobre o curso de ação a ser tomado, quando a escolha são conflitantes, envolvendo risco, perda ou desafio a valores de vida. Evidenciado pelo foco em si mesmo, relata incertezas quanto a escolha, sinais físicos de angustia, tensão, deficiência do sistema de apoio social e de saúde, falta de informação relevantes, fontes divergentes ou múltiplas, interferências de outros na tomada de decisão (TOLEDO, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Desempenho de Papel prejudicado - Estado em que o indivíduo esta incapacitado de executar o seu papel sócio-econômico-espiritual, conforme padrões que não combinam com o contexto, normas e expectativa do ambiente a qual vive. Evidenciado pela adaptação inadequada à mudança, ansiedade, autocontrole inadequado, depressão, enfrentamento inadequado, discriminação, habilidades inadequadas, motivação inadequada, mudança na sua

capacidade de assumir o papel, pessimismo, sentimento de impotência, isolamento, tristeza, angustia, depressão, após um evento que mudou o rumo de sua vida (RODRIGUES, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Expectativa Sobre o Tratamento Irrealista - Estado em que o indivíduo apresenta uma expectativa irreal a seu atual estado. Expressa o desejo de alcançar objetivos que no momento são impossíveis, seja pela falta de conhecimento ou informação relevante (TRINDADE, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Isolamento Social: Estado em que o indivíduo vivencia o desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contatos com os outros. Evidenciado pelo isolamento físico, social ou afetivo, da falta de energia emocional, pela deficiência física, ausência de pessoas significativas, alteração na aparência física, recursos pessoais inadequados (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Problema de literacia (Analfabetismo) – Estado em que o indivíduo não sabe ler e escrever, por falta de aprendizagem e instrução (FERRARO, 2002).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Isolamento Social - Estado em que o indivíduo vivencia o desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contatos com os outros. Evidenciado pelo isolamento físico, social ou afetivo e da falta de energia emocional (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Risco de Solidão - Estado em que o indivíduo apresenta risco de vivenciar a falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimento de ser excluído, melancolia, tristeza associada a falta de companhia, amizade, acompanhado de sentimento de insignificância, vazio, retraimento, baixa autoestima (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Aceitação do Estado de Saúde- Estado em que o indivíduo reconhece o seu estado no processo saúde e doença, reduzindo assim as emoções negativas da doença, eliminando as barreiras que impedem reconhecer os pontos positivos da vida (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Adaptação Eficaz- Estado em que o indivíduo possui a capacidade de ajustar-se a atual condição ou a uma nova situação de vida (ROY e ANDREWS, 2001).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Apoio Social, Eficaz: Estado em que o indivíduo apresenta uma rede social, onde ele encontra todos os recursos necessários para resolver problemas estressantes, uma crise, ou readaptar a uma situação. Ele se sente querido, amado e estimado, confiando no outro e nas relações interpessoais (NERI 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Atitude em Relação ao Cuidado, Positiva - Estado em que o indivíduo apresenta entendimento sobre o cuidado prescrito e ensinado pelo enfermeiro. Evidenciado no conhecimento adquirido após ensinamentos do prestador de cuidado (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Autoeficácia - Estado em que o indivíduo apresenta capacidade para realizar uma atividade específica. A pessoa acredita em si e tem vontade para executar uma tarefa (SOUZA et al 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Capaz de Executar Atividade de Lazer - Estado em que o indivíduo apresenta momentos de lazer, ele consegue ir e vir para a prática do lazer (CLARES, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Capaz de Socializar-se - Estado em que o indivíduo apresenta uma quantidade ou qualidade adequada de troca social e participação nas atividades. Interagindo com outras pessoas, melhorando o seu estilo e padrão de vida (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conflito de Decisão, Reduzido Estado em que o indivíduo apresenta redução na suas incertezas sobre o curso de ação a ser tomado, as escolhas estão menos conflitantes, reconhecendo certo ponto do risco, perda ou desafio a valores de vida (TOLEDO, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Desempenho de Papel, Eficaz - Estado em que o indivíduo está capacitado para executar o seu papel sócio-econômico-espiritual, conforme padrões com o contexto, normas e expectativa do ambiente a qual vive (RODRIGUES, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Disposição (ou Prontidão) para Tomada de Decisão Eficaz - Estado em que o indivíduo apresenta um padrão de escolha adequadas para atingir metas de reabilitação de curto, médio, e longo prazo e podendo, ainda, ser fortalecido (TOLEDO, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Expectativa sobre Tratamento Realista - Estado em que o indivíduo apresenta uma expectativa realista a seu atual estado. Expressa o desejo de alcançar objetivos tangíveis e possíveis de serem alcançados (TRINDADE, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Aceitação do Estado de Saúde Prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre esperança				
Apoiar processo de tomada de decisão				
Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde				
Encorajar a capacidade para se ajustar				
Entrar em acordo com comportamento positivo				
Incentivar comportamento de procura de saúde				
Obter dados sobre aceitação da condição de saúde				
Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde				
Obter dados sobre expectativas				
Orientar atitudes que favorecem a saúde				
Orientar sobre comportamento de busca de saúde				
Orientar sobre o processo saúde-doença				
Orientar sobre reabilitação				
Promover aceitação de condição de saúde				
Promover comportamento de busca de saúde				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Adaptação Prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre medos				
Avaliar comportamento frente a adaptação				
Avaliar plano de cuidados				
Avaliar resposta ao tratamento				
Gerenciar atividade do paciente				
Gerenciar resposta ao tratamento negativa				
Monitorar tolerância a atividade				
Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar capacidades (ou aptidões)				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				
Treinar técnicas de adaptação				

Sugestões: _____

Atitude em Relação ao Cuidado Conflituosa				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Acompanhar paciente				
Estabelecer confiança				
Gerenciar atividade do paciente				
Gerenciar resposta ao tratamento negativa				
Identificar atitude em relação ao cuidado				
Monitorar resposta ao tratamento				
Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar capacidades (ou aptidões)				
Reforçar comportamento positivo				

Reforçar conquistas				
---------------------	--	--	--	--

Sugestões: _____

Baixa Autoeficácia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Acompanhar paciente				
Apoiar capacidade para gerenciar o cuidado				
Colaborar com paciente				
Gerenciar atividade do paciente				
Monitorar tolerância a atividade				
Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado				
Orientar sobre reabilitação				
Promover a autoeficácia				
Reforçar autoeficácia				
Reforçar capacidades (ou aptidões)				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Bem Estar Social Prejudicado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar a família				
Colaborar com assistente social				
Encaminhar para assistente social				
Identificar condição psicossocial				
Incentivar atividades de lazer				
Obter dados sobre apoio social				
Promover apoio social				
Solicitar avaliação da assistente social				

Sugestões: _____

Capacidade para Executar Atividade de Lazer prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar as atividades de lazer do paciente				
Elogiar a realização das atividades de lazer				
Incentivar atividades de lazer				
Identificar condição psicossocial				
Obter dados sobre atividades de lazer				
Orientar sobre os benefícios dos lazer				
Reforçar a importância da atividade de lazer				

Sugestões: _____

Conflito de Decisão				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar paciente				
Apoiar processo de tomada de decisão				
Apoiar processo familiar de tomada de decisão				
Encorajar o paciente na tomada de decisão				
Obter dados sobre conflito de decisão				
Obter dados sobre tomada de decisão				
Orientar paciente				

Sugestões: _____

Desempenho de Papel prejudicado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a importância de manter o papel				
Apoiar na execução do papel				
Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na vida				
Auxiliar o paciente a identificar seu papel usual na família				
Auxiliar o paciente a identificar as mudanças necessárias ao papel, devido a doença ou incapacitação				
Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as mudanças de papel				
Encorajar o paciente a executar o papel				
Facilitar acesso para executar papel				
Facilitar a capacidade para executar o papel				
Promover apoio familiar				
Promover apoio social				
Orientar novos comportamentos necessários ao paciente de modo a satisfazer ao papel				
Orientar sobre a importância na execução do papel				
Reforçar capacidades para executar o papel				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Expectativa Sobre o Tratamento Irrealista				
Intervenções de enfermagem	Usa	Não Usa	Concorda	Não Concorda
Avaliar as expectativas do paciente				
Avaliar o conhecimento sobre processo saúde-doença				
Encaminhar para as aulas do programa				
Fornecer informações sobre condição de saúde				
Obter dados sobre o conhecimento				
Obter dados de conhecimento sobre processo saúde-doença				
Obter dados sobre expectativas				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Isolamento Social				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Avaliar a autoestima				
Avaliar os fatores que levam ao isolamento social				
Avaliar suporte social				
Encorajar a participação em grupos de apoio				
Encorajar as atividades de lazer				
Envolver a família nas atividades do paciente				
Identificar condição psicossocial				
Incentivar atividades de lazer				
Obter dados sobre a autoimagem				
Obter dados sobre apoio social				
Orientar sobre reabilitação				
Promover apoio social				
Solicitar avaliação da assistente social				

Sugestões: _____

Problema de literacia (Analfabetismo)				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Acompanhar o paciente				
Encaminhar o paciente para as atividades				
Facilitar capacidade para comunicar necessidade				
Gerenciar atividade do paciente				
Monitorar as atividades do paciente				
Obter dados sobre conhecimento				
Orientar o paciente				
Orientar sobre as atividades				
Solicitar avaliação da pedagogia				

Sugestões: _____

Risco de Isolamento Social				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Avaliar a autoestima				
Avaliar os fatores que levam ao isolamento social				
Avaliar suporte social				
Encorajar a participação em grupos de apoio				
Encorajar nas atividades de lazer				
Envolver a família nas atividades do paciente				
Gerenciar atividade do paciente				
Identificar condição psicossocial				
Incentivar atividades de lazer				
Obter dados sobre apoio social				
Orientar sobre reabilitação				
Promover apoio social				

Sugestões: _____

Risco de Solidão				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Acompanhar paciente				
Aconselhar sobre esperança				
Aconselhar sobre medos				
Avaliar a autoestima				
Avaliar os fatores que levam à solidão				
Avaliar suporte emocional				
Avaliar suporte social				
Encorajar as relações pessoais				
Encorajar as atividades de lazer				
Envolver a família nas atividades do paciente				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Identificar condição psicossocial				
Incentivar atividades de lazer				
Obter dados sobre apoio emocional				
Obter dados sobre apoio social				
Obter dados sobre a autoimagem				
Obter dados sobre baixa autoestima				
Orientar sobre reabilitação				
Promover apoio emocional				
Promover apoio social				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Aceitação do Estado de Saúde				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde				
Avaliar satisfação com atenção à saúde				
Elogiar o comportamento de aceitação do estado de saúde				
Obter dados sobre aceitação da condição de saúde				
Orientar atitudes que favorecem a saúde				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Adaptação Eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar comportamento frente a adaptação				
Avaliar plano de cuidados				
Avaliar resposta ao tratamento				
Gerenciar atividade do paciente				
Gerenciar resposta ao tratamento negativa				
Identificar atitude em relação ao cuidado				
Monitorar tolerância a atividade				
Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar capacidades (ou aptidões)				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				
Treinar técnicas de adaptação				

Sugestões: _____

Apoio Social Eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Avaliar suporte social				
Encorajar a participação em grupos de apoio				
Encorajar as atividades de lazer				
Envolver a família nas atividades do paciente				
Gerenciar atividade do paciente				
Identificar condição psicossocial				
Incentivar atividades de lazer				
Obter dados sobre apoio social				
Obter dados sobre as relações sociais				
Orientar sobre promoção da saúde				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar o enfrentamento				
Reforçar sobre a importância da reabilitação				
Promover apoio social				

Sugestões: _____

Atitude em Relação ao Cuidado Positiva				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Acompanhar o paciente				
Avaliar resposta ao tratamento				

Estabelecer confiança				
Gerenciar atividade do paciente				
Monitorar atitude em relação ao cuidado				
Monitorar resposta ao tratamento				
Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado				
Orientar sobre reabilitação				
Promover estabelecimento de limites				
Reforçar capacidades (ou aptidões)				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Autoeficácia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Acompanhar paciente				
Apoiar capacidade para gerenciar o cuidado				
Avaliar resposta ao tratamento				
Colaborar com paciente				
Facilitar capacidade para executar o papel				
Gerenciar atividade do paciente				
Monitorar execução do cuidado				
Monitorar tolerância a atividade				
Orientar sobre reabilitação				
Promover a autoeficácia				
Reforçar autoeficácia				
Reforçar capacidades (ou aptidões)				
Reforçar comportamento positivo				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Capaz de Executar Atividade de Lazer				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar as atividades de lazer do paciente				
Elogiar a realização das atividades de lazer				
Incentivar atividades de lazer				
Identificar condição psicossocial				
Obter dados sobre atividades de lazer				
Orientar sobre os benefícios dos lazer				
Reforçar a importância da atividade de lazer				

Sugestões: _____

Capaz de Socializar-se				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Encorajar a participação em grupos de apoio				
Encorajar as atividades de lazer				
Envolver a família nas atividades do paciente				
Gerenciar atividade do paciente				
Incentivar atividades de lazer				
Monitorar a participação em grupos de apoio				
Monitorar as atividades de lazer				
Monitorar o envolvimento familiar nas atividades do paciente				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Conflito de Decisão Reduzido				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar paciente				
Apoiar processo de tomada de decisão				
Apoiar processo familiar de tomada de decisão				
Encorajar o paciente na tomada de decisão				
Obter dados sobre a satisfação da decisão tomada				
Obter dados sobre conflito de decisão				
Obter dados sobre apoio da tomada de decisão				
Obter dados sobre tomada de decisão				
Orientar paciente				

Sugestões: _____

Desempenho de Papel Eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a importância de manter o papel				
Apoiar na execução do papel				
Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na vida				
Auxiliar o paciente a identificar seu papel usual na família				
Auxiliar o paciente a identificar as mudanças necessárias ao papel, devido a doença ou incapacitação				
Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as mudanças de papel				
Encorajar o paciente a executar o papel				
Facilitar acesso para executar papel				
Facilitar a capacidade para executar o papel				
Promover apoio familiar				
Promover apoio social				
Orientar novos comportamentos necessários ao paciente de modo a satisfazer ao papel				
Orientar sobre a importância na execução do papel				
Reforçar capacidades para executar o papel				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Disposição (ou Prontidão) para Tomada de Decisão Eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar paciente				
Apoiar processo de tomada de decisão				
Apoiar processo familiar de tomada de decisão				
Encorajar o paciente na tomada de decisão				
Obter dados sobre conflito de decisão				
Obter dados sobre tomada de decisão				
Orientar paciente				

Sugestões: _____

Expectativa sobre Tratamento Realista				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não	Usa	Não Usa

		Concorda		
Avaliar as expectativas do paciente				
Avaliar o conhecimento sobre processo saúde-doença				
Encaminhar para as aulas do programa				
Fornecer informações sobre condição de saúde				
Obter dados sobre o conhecimento				
Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado				
Obter dados de conhecimento sobre processo saúde-doença				
Obter dados sobre expectativas				
Orientar sobre reabilitação				
Promover comportamento de busca de saúde				

Sugestões: _____

Modo Interdependência

Atitude do cuidador conflituosa 10025629 - Estado em que o cuidador ou pessoa significativa apresenta modelos e opinião que prejudicam a sua maneira de agir em relação ao outro. Evidenciado pelo desleixo, falta de preocupação, falta de responsabilidade, com o cuidado com o paciente, causando um descuido (SCHOSLER, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Atitude Familiar, Conflituosa - Estado em que a família apresenta modelos e opinião que prejudicam no seu comportamento em relação ao outro. Evidenciado pelo desentendimento, falta de preocupação, brigas e falta de responsabilidade com o cuidado do paciente (MACHADO, 2010).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado Prejudicada - Estado em que o cuidador ou pessoa significativa apresenta uma condição insatisfatória para executar o cuidado que é exigido para manter o paciente íntegro, o que determina uma adaptação prejudicada do paciente a sua condição de reabilitação (SCHOSLER, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

(Coping) Enfrentamento Familiar Prejudicado - Estado em que a família apresenta uma dificuldade para gerenciar o estresse e ter um senso de controle, determinando um comprometimento no conforto psicológico. Ela não oferece apoio, conforto, a assistência e o encorajamento são insuficientes e ineficaz para administrar ou controlar as tarefas adaptativas do paciente (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Estresse do cuidador - Estado em que o cuidador apresenta um sentimento tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Problema de Continuidade do Cuidado - Estado em que o indivíduo apresenta uma dificuldade para continuar com o seu cuidado, seja ele de ordem social, econômica e principalmente pelo apoio familiar (FIGUEIREDO, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Problema de Relacionamento com o Cuidador - Estado em que o indivíduo apresenta uma relação negativa com seu cuidador o que dificulta sua adaptação e progressão no seu processo de saúde. Evidenciado por desentendimentos, discussões, falta de cuidado, apoio e encorajamento (FIGUEIREDO, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Problema de Relacionamento Familiar - Estado em que o indivíduo apresenta uma relação negativa com sua família o que dificulta sua adaptação e progressão no seu processo de saúde. Evidenciado por desentendimentos, discussões, desleixo no cuidado, apoio e encorajamento (CARVALHO, 2012).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco (Coping) Enfrentamento Familiar Prejudicado - Estado em que a família apresenta um risco para gerenciar o estresse e ter um senso de controle, determinando um comprometimento no conforto psicológico. Ela não oferece apoio, conforto, assistência e o encorajamento são insuficientes e ineficaz para administrar ou controlar as tarefas adaptativas do paciente (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Estresse do cuidador - Estado em que o cuidador apresenta risco para desenvolver um sentimento tenso e ansioso, de tal modo que incapacita de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; evidenciado pelo sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Atitude do Cuidador Positiva - Estado em que o cuidador ou pessoa significativa apresenta modelos e opinião que ajudam na sua maneira de agir em relação ao outro. Evidenciado pelo preocupação, responsabilidade com o cuidado com o paciente (SCHOSSLER, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Atitude Familiar Positiva - Estado em que a família apresenta modelos e opinião que ajudam no seu comportamento em relação ao outro. Evidenciado pela compreensão, preocupação, entendimento e responsabilidade com o cuidado do paciente (MACHADO, 2010).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Cuidador Capaz de Executar o Cuidado - Estado em que o cuidador apresenta apto para executar o cuidado do paciente, sendo capaz de estimular sua adaptação, estimulando o autocuidado, evidenciado pelo apoio, conforto e segurança (SCHOSSLER, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Enfrentamento do Cuidador, Eficaz - Estado em que o cuidador consegue gerenciar o estresse e ter um senso de controle, determinando um comprometimento no conforto psicológico do paciente. Ele oferece apoio, conforto, a assistência e o encorajamento são suficientes e eficaz para administrar ou controlar as tarefas adaptativas do paciente (FIGUEIREDO, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Enfrentamento Familiar, Eficaz - Estado em que a família consegue gerenciar o estresse e ter um senso de controle, determinando um comprometimento no conforto psicológico. Ela oferece apoio, conforto, a assistência e o encorajamento são suficientes e eficaz para administrar ou controlar as tarefas adaptativas do paciente (CARVALHO, 2012).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Estresse do Cuidador, Reduzido - Estado em que o cuidador apresenta redução do seu sentimento tenso e ansioso, de tal modo que ele consegue retomar com as atividades do cuidado do paciente. Ele relata melhora do cansaço físico como mental (OLIVEIRA; LUCENA; ACHIERI, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Continuidade do Cuidado - Estado em que o indivíduo consegue gerenciar o seu cuidado, evidenciado pela manutenção da sua qualidade de vida, pela adequação dos recursos materiais e financeiros (FIGUEIREDO, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Relacionamento com o Cuidador Positivo - Estado em que o indivíduo apresenta uma relação positiva com seu cuidador, facilitando a sua adaptação e progressão no seu processo de saúde. Evidenciado pelo cuidado, apoio e encorajamento (FIGUEIREDO, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Atitude do cuidador conflituosa				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Avaliar a resposta psicossocial do cuidador à instrução				
Avaliar o plano de cuidados				
Avaliar a resposta psicossocial do cuidador ao plano de cuidado				
Cuidar do cuidador				
Demonstrar ao cuidador os cuidados prescritos				
Determinar a atitude do cuidador frente ao plano de cuidados				
Encaminhar o cuidador ao serviço de psicologia				
Envolver o cuidador no processo de tomada de decisão				
Estabelecer a confiança entre o cuidador e a equipe de enfermagem				
Facilitar a capacidade do cuidador para comunicar sentimentos				

Facilitar capacidade do cuidador para participar no plano de cuidados				
Gerenciar a ansiedade do cuidador				
Identificar a condição psicossocial do cuidador				
Observar o cuidador na prestação dos cuidados				
Obter dados sobre barreiras de adesão				
Obter dados sobre a capacidade do cuidador para executar o cuidado				
Obter dados sobre o conhecimento do cuidador				
Obter dados sobre disposição ou prontidão do cuidador para aprender				
Orientar a família apoiar o cuidador				
Orientar o cuidador sobre o plano de cuidados				
Orientar o cuidador sobre reabilitação				
Promover o papel do cuidador				
Promover Relacionamentos positivos				
Realizar reunião com o cuidador				
Reforçar o comportamento positivo				

Sugestões: _____

Atitude familiar conflituosa				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Apoiar o processo familiar de enfrentamento				
Avaliar a resposta psicossocial da família à instrução				
Avaliar o plano de cuidados				
Avaliar a resposta psicossocial da família ao plano de cuidado				
Demonstrar a família os cuidados prescritos				
Determinar a atitude da família frente ao plano de cuidados				
Encaminhar a família ao serviço de psicologia				
Envolver a família no processo de tomada de decisão				
Estabelecer a confiança entre a família e a equipe de enfermagem				
Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados				
Identificar atitude da família em relação ao cuidado				
Identificar a condição psicossocial da família				
Obter dados sobre aceitação da família a condição de saúde do paciente				
Obter dados sobre a capacidade da família para executar o cuidado				
Obter dados sobre o conhecimento da família				
Obter dados sobre disposição ou prontidão da família para aprender				
Orientar a família sobre o plano de cuidados				
Orientar a família sobre reabilitação				
Promover apoio familiar				
Promover processo familiar eficaz				
Promover Relacionamentos positivos				
Realizar reunião com a família				
Reforçar o comportamento positivo				
Relatar condição do paciente à família				

Sugestões: _____

Capacidade do cuidador para executar o cuidado prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não	Usa	Não

		Concorda		Usa
Apoiar o cuidador				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Avaliar a resposta psicossocial do cuidador à instrução				
Avaliar o plano de cuidados				
Avaliar a resposta psicossocial do cuidador ao plano de cuidado				
Cuidar do cuidador				
Demonstrar ao cuidador os cuidados prescritos				
Determinar a capacidade do cuidador frente ao plano de cuidados				
Encaminhar o cuidador ao serviço de psicologia				
Envolver o cuidador no processo de tomada de decisão				
Estabelecer a confiança entre o cuidador e a equipe de enfermagem				
Facilitar a capacidade do cuidador para comunicar sentimentos				
Gerenciar a ansiedade do cuidador				
Identificar a condição psicossocial do cuidador				
Observar o cuidador na prestação dos cuidados				
Obter dados sobre a capacidade do cuidador para executar o cuidado				
Obter dados sobre o conhecimento do cuidador				
Obter dados sobre disposição ou prontidão do cuidador para aprender				
Orientar a família apoiar o cuidador				
Orientar o cuidador sobre o plano de cuidados				
Orientar o cuidador sobre reabilitação				
Promover o papel do cuidador				
Promover Relacionamentos positivos				
Realizar reunião com o cuidador				
Reforçar o comportamento positivo				

Sugestões: _____

Enfrentamento familiar prejudicado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar a família				
Apoiar processo familiar de enfrentamento				
Avaliar o plano de cuidados				
Avaliar a resposta psicossocial da família ao plano de cuidado				
Determinar a capacidade de enfrentamento familiar				
Encaminhar a família ao serviço de psicologia				
Gerenciar processo de enfrentamento prejudicado				
Monitorar enfrentamento familiar prejudicado				
Obter dados sobre barreiras de adesão				
Obter dados sobre a capacidade da família para executar o cuidado				
Obter dados sobre enfrentamento familiar				
Orientar a família sobre reabilitação				
Promover enfrentamento familiar eficaz				
Realizar reunião com a família				
Reforçar o comportamento positivo				

Sugestões: _____

Estresse do cuidador				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não	Usa	Não

		Concorda		Usa
Aconselhar o cuidador a ter um momento de descanso				
Aconselhar o cuidador a ter um rotina de relaxamento				
Avaliar a condição psicológica do cuidador				
Apoiar o cuidador				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Cuidar do cuidador				
Demonstrar o plano de cuidados ao cuidador				
Determinar o nível de estresse do cuidador				
Encaminhar o cuidador ao serviço de psicologia				
Facilitar a capacidade do cuidador para comunicar sentimentos				
Fazer rastreamento do humor deprimido do cuidador				
Fornecer apoio emocional				
Gerenciar a ansiedade do cuidador				
Obter dados sobre estresse do cuidador				
Obter dados sobre capacidade do cuidador para gerenciar estresse				
Orientar o cuidador sobre a técnica de relaxamento				
Promover técnica de relaxamento				
Realizar terapia de relaxamento				

Sugestões: _____

Problema de continuidade do cuidado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Adaptar plano de cuidado a condição socioeconômica				
Advogar pelo paciente				
Avaliar o apoio familiar, social e econômico				
Determinar a atitude do família frente ao plano de cuidados				
Determinar a atitude do paciente frente ao plano de cuidados				
Encaminhar o paciente para o serviço social				
Encaminhar a família para o serviço social				
Monitorar a continuidade do cuidado				
Obter dados sobre barreiras de adesão				
Obter dados sobre capacidade de continuar com o cuidado				
Obter dados sobre disposição ou prontidão do cuidador para aprender				
Orientar sobre a importância da continuidade do cuidado na reabilitação				
Realizar reunião familiar				

Sugestões: _____

Problema de relacionamento com o cuidador				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Avaliar o relacionamento entre paciente e cuidador				
Avaliar o comportamento do cuidador				
Avaliar o comportamento do paciente				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Determinar o tipo de relacionamento do cuidador com o paciente				
Determinar as causas do problema de relacionamento com o cuidador				
Entrar em acordo com o cuidador e o paciente para comportamento positivo				

Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos				
Promover relacionamentos positivos				
Realizar reunião com o cuidador				
Reforçar o comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicologia				

Sugestões: _____

Risco enfrentamento familiar prejudicado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar a família				
Apoiar processo familiar de enfrentamento				
Avaliar o plano de cuidados				
Avaliar a resposta psicossocial da família ao plano de cuidado				
Determinar a capacidade de enfrentamento familiar				
Encaminhar a família ao serviço de psicologia				
Gerenciar processo de enfrentamento prejudicado				
Monitorar enfrentamento familiar				
Obter dados sobre barreiras de adesão				
Obter dados sobre a capacidade da família para executar o cuidado				
Obter dados sobre enfrentamento familiar				
Orientar a família sobre reabilitação				
Promover enfrentamento familiar eficaz				
Realizar reunião com a família				
Reforçar o comportamento positivo				

Sugestões: _____

Risco estresse do cuidador				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar o cuidador a ter um momento de descanso				
Aconselhar o cuidador a ter um rotina de relaxamento				
Avaliar a condição psicológica do cuidador				
Apoiar o cuidador				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Cuidar do cuidador				
Demonstrar o plano de cuidados ao cuidador				
Encaminhar o cuidador ao serviço de psicologia				
Facilitar a capacidade do cuidador para comunicar sentimentos				
Fazer rastreamento do humor deprimido do cuidador				
Fornecer apoio emocional				
Gerenciar a ansiedade do cuidador				
Obter dados sobre capacidade do cuidador para gerenciar estresse				
Obter dados sobre o risco de estresse do cuidador				
Orientar o cuidador sobre a técnica de relaxamento				
Promover técnica de relaxamento				
Realizar terapia de relaxamento				

Sugestões: _____

Atitude do cuidador positiva				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o cuidador na execução do plano de cuidados				
Demonstrar ao cuidador os cuidados prescritos				

Determinar a atitude do cuidador frente ao plano de cuidados				
Estabelecer a confiança entre o cuidador e a equipe de enfermagem				
Observar capacidade do cuidador para participar no plano de cuidados				
Obter dados sobre o conhecimento do cuidador				
Obter dados sobre disposição ou prontidão do cuidador para aprender				
Orientar a família apoiar o cuidador				
Orientar o cuidador sobre o plano de cuidados				
Orientar o cuidador sobre reabilitação				
Promover o papel do cuidador				
Promover Relacionamentos positivos				
Reforçar o comportamento positivo				
Supervisionar o cuidador na prestação dos cuidados				

Sugestões: _____

Atitude familiar positiva				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar o processo familiar de enfrentamento				
Determinar a atitude da família frente ao plano de cuidados				
Envolver a família no processo de tomada de decisão				
Identificar atitude da família em relação ao cuidado				
Obter dados sobre aceitação da família a condição de saúde do paciente				
Obter dados sobre o conhecimento da família				
Obter dados sobre disposição ou prontidão da família para aprender				
Orientar a família sobre o plano de cuidados				
Orientar a família sobre reabilitação				
Promover processo familiar eficaz				
Promover Relacionamentos positivos				
Realizar reunião com a família				
Reforçar o comportamento positivo				

Sugestões: _____

Cuidador capaz de executar o cuidado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar o cuidador				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Demonstrar ao cuidador os cuidados prescritos				
Determinar a capacidade do cuidador frente ao plano de cuidados				
Gerenciar a ansiedade do cuidador				
Observar o cuidador na prestação dos cuidados				
Obter dados sobre a capacidade do cuidador para executar o cuidado				
Obter dados sobre o conhecimento do cuidador				
Obter dados sobre disposição ou prontidão do cuidador para aprender				
Orientar a família apoiar o cuidador				
Orientar o cuidador sobre o plano de cuidados				
Orientar o cuidador sobre reabilitação				
Promover o papel do cuidador				
Promover Relacionamentos positivos				

Reforçar o comportamento positivo				
Supervisionar o cuidador na execução do plano de cuidados				
Sugestões: _____				

Enfrentamento familiar eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar a família				
Apoiar processo familiar de enfrentamento				
Avaliar o plano de cuidados				
Determinar a capacidade de enfrentamento familiar				
Gerenciar processo de enfrentamento				
Monitorar enfrentamento familiar				
Obter dados sobre barreiras de adesão				
Obter dados sobre a capacidade da família para executar o cuidado				
Obter dados sobre enfrentamento familiar				
Orientar a família sobre reabilitação				
Promover enfrentamento familiar eficaz				
Realizar reunião com a família				
Reforçar o comportamento positivo				
Sugestões: _____				

Estresse do cuidador reduzido				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar o cuidador a ter um momento de descanso				
Aconselhar o cuidador a ter um rotina de relaxamento				
Avaliar a condição psicológica do cuidador				
Apoiar o cuidador				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Cuidar do cuidador				
Demonstrar o plano de cuidados ao cuidador				
Determinar o nível de estresse do cuidador				
Encaminhar o cuidador ao serviço de psicologia				
Facilitar a capacidade do cuidador para comunicar sentimentos				
Fazer rastreamento do humor deprimido do cuidador				
Fornecer apoio emocional				
Gerenciar a ansiedade do cuidador				
Obter dados sobre estresse do cuidador				
Obter dados sobre capacidade do cuidador para gerenciar estresse				
Orientar o cuidador sobre a técnica de relaxamento				
Promover técnica de relaxamento				
Realizar terapia de relaxamento				
Sugestões: _____				

Continuidade do cuidado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Adaptar plano de cuidado a condição socioeconômica				
Advogar pelo paciente				
Avaliar o autocuidado do paciente				
Avaliar o cuidado do paciente				
Monitorar a continuidade do cuidado				
Orientar sobre a importância da continuidade do cuidado na				

reabilitação				
Reforçar sobre a importância da continuidade do cuidado na reabilitação				
Realizar reunião familiar				

Sugestões: _____

Relacionamento com o cuidador positivo				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Advogar pelo paciente				
Avaliar o relacionamento entre paciente e cuidador				
Avaliar o comportamento do cuidador				
Avaliar o comportamento do paciente				
Auxiliar o cuidador no cuidado do paciente				
Determinar o tipo de relacionamento do cuidador com o paciente				
Determinar as causas do problema de relacionamento com o cuidador				
Entrar em acordo com o cuidador e o paciente para comportamento positivo				
Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos				
Promover relacionamentos positivos				
Realizar reunião com o cuidador				
Reforçar o comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicologia				

Modo Autoconceito

Alergia - Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica a um antígeno estranho (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia a Látex – Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas ao látex em indivíduos previamente sensibilizados (GASPAR, FARIA, 2012).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia a medicação - Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a algum fármaco em indivíduos previamente sensibilizados (DEMOLY, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia a picada de inseto - Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a picada de inseto em indivíduos previamente sensibilizados (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia Alimentar - Estado em que o indivíduo apresenta uma reações imunológicas após a ingestão de proteínas alimentares, em indivíduos previamente sensibilizados (SAMPSON et al, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Angústia Espiritual - Estado em que o indivíduo apresenta rompimento na crença pessoal sobre a vida; interrogações sobre o significado da vida, associadas a questionamentos sobre sofrimento, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva ou revolta contra a divindade (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Ansiedade - Estado em que o indivíduo apresenta um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, quando exagerado é considerado patológico, interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Pode se notar insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento, suor (COELHO, TOURINHO, 2008).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Autoconceito prejudicado - Estado em que o indivíduo apresenta alterada a sua percepção pessoal ou autopercepção, ou seja, como o sujeito tem dificuldade de perceber a si mesmo. Ele não consegue referir aspectos do comportamento, tais como: o sentir, o fazer e o falar em relação a si mesmo. Ele relata que não está bem consigo, com sua família e com a comunidade (NERI, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Autoestima prejudicada – Estado em que o indivíduo apresenta sentimento, apreço e consideração por si própria alterado, ou seja, ela se vê negativamente e verbaliza o fracasso a insatisfação e o ser inútil para a família, sociedade. Ela não reconhece o seu valor para o outro e suas qualidades. (SOUZA et al 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Autoimagem negativa - Estado em que o indivíduo apresenta alteração na forma de se ver. Ele recebe informações impostas ao seu comportamento, à sua aparência física e o funcionamento do seu corpo de forma negativa, com isso ele não consegue se adaptar a sua nova condição de vida (Meurer, Benedetti, Mazo, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Baixa Autoestima - Estado em que o indivíduo apresenta comportamento, inibido e medo de se expor (comportamento de fuga e esquiva). O sujeito se considera inferior e despreparado para a competitividade existente no mundo, desenvolvendo sentimentos negativos em relação a sua pessoa, quando observado e julgado pelos grupos sociais a que pertence (SOUZA et al 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Comportamento agressivo - Estado em que o indivíduo apresenta uma ação ou atitude brutal, arrogante, expressa verbalmente, fisicamente ou simbolicamente (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Desempenho Sexual Prejudicado - Estado em que o indivíduo apresenta incapacidade para participar em relação sexual, seja por medo, ansiedade, depressão, sentimento de culpa, baixo autoestima, autoimagem negativa, disfunção erétil ou para ejetar no caso dos homens (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Desesperança – Estado em que o indivíduo apresenta pensamentos autoderrotistas, autodestrutivos e uma visão pessimista de si e ausência do futuro, e está fortemente relacionada à depressão está relacionada ao sentimento de fracasso. Pode ser observado comportamento agressivo, tentativas de suicídio. (OLIVEIRA et al, 2006)

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Efeito colateral da medicação – Estado em que o indivíduo apresenta os efeitos inerentes à própria ação farmacológica do medicamento, porém, o aparecimento é indesejável num momento determinado de sua aplicação. É considerado um prolongamento da ação farmacológica principal do medicamento e expressam um efeito farmacológico menos intenso em relação à ação principal de uma determinada substância (ROZENFELD, 1998).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
Sugestões: _____

Falta de conhecimento - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre como cuidar de feridas (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre doença - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre a sua patologia (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre manejo da dor - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre o manejo da sua dor (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre manejo da medicação - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre o manejo da medicação que faz uso (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre medicação - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre a medicação prescrita (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE[®] Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de Conhecimento sobre Medidas de Segurança - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre as medidas para a sua segurança (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE[®] Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de Conhecimento sobre Prevenção de Queda - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre prevenção de quedas (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE[®] Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Humor deprimido (Depressão) – Estado em que o indivíduo apresenta humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo ao funcionamento do indivíduo (OLIVEIRA et al 2006)

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Humores lábeis (Labilidade emocional) - Estado em que o indivíduo apresenta um descontrole emocional que se mostra por meio de episódios de riso excessivo e/ou choro incontrolável. Ele é incapaz de controlar suas emoções (SARTORI; BARROS; TAVARES, 2008).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Ideação Suicida - Estado em que o indivíduo apresenta intenção de terminar com a sua própria vida, evidenciado pela existência de desejos correntes e planos para cometer o suicídio, numa continuidade de pensamentos ou ideia acerca do suicídio até aos seus planos. A presença de fatores de risco como a depressão, sentimento de culpa, vergonha, hostilidade, vingança, medo ou sacrifício (SILVA, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Impotência Sexual - Estado em que o indivíduo apresenta uma incapacidade para conseguir ereção do pênis ou, menos comumente, para ejacular tendo alcançado a ereção, associado a fatores psicológicos ou fisiológicos tais como idade, fadiga, saúde precária, uso de drogas e doenças (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Medo da cirurgia - Estado em que o indivíduo apresenta sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a proposta cirúrgica, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Não adesão ao regime de reabilitação - Estado em que o indivíduo não segue as propostas do regime de reabilitação (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Não Adesão ao Regime de Segurança - Estado em que o indivíduo não segue ou não aceita as propostas do regime de segurança (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Não Adesão ao Regime Medicamentoso - Estado em que o indivíduo não segue ou não aceita o regime medicamentoso (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Negação - Estado em que o indivíduo evitar ou não reconhece ou não deseja ter o conhecimento ou significado de um evento, a fim de minimizar a ansiedade ou conflito (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Preocupação - Estado em que o indivíduo domina ou ocupa a sua mente com algum pensamento ou ideia, excluindo outros pensamentos, ou sendo mentalmente distraído (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Sobrecarga de Estresse (Estresse) - Estado em que o indivíduo apresenta sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado;

distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Alergia - Estado em que o indivíduo apresenta risco de uma resposta imunológica a um antígeno estranho (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Alergia a Látex – Estado em que o indivíduo apresenta risco de uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas ao látex em indivíduos sensibilizados (GASPAR, FARIA, 2012).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Alergia a Medicação - Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a algum fármaco em indivíduos sensibilizados (DEMOLY, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Alergia a Picada de Inseto - Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a picada de inseto em indivíduos sensibilizados (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Alergia Alimentar - Estado em que o indivíduo apresenta risco de uma reações imunológicas após a ingestão de proteínas alimentares, em indivíduos sensibilizados (SAMPSON et al, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de efeito colateral da medicação (especificar a medicação) □ - Estado em que o indivíduo apresenta riscos de efeitos inerentes à própria ação farmacológica do medicamento, porém, o aparecimento é indesejável num momento determinado de sua aplicação. É considerado um prolongamento da ação farmacológica principal do medicamento e expressam um efeito farmacológico menos intenso em relação à ação principal de uma determinada substância (ROZENFELD, 1998).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de Estresse - Estado em que o indivíduo apresenta sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Adesão ao Regime de Reabilitação - Estado em que o indivíduo segue as propostas do regime de reabilitação (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Adesão ao regime medicamentoso - Estado em que o indivíduo segue e aceita o regime medicamentoso (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Adesão às precauções de segurança - Estado em que o indivíduo não segue e aceita às precauções de segurança (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia a Látex ausente – Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado pelo látex não apresenta uma resposta imunológica (GASPAR, FARIA, 2012).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia a medicação ausente- Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado a algum fármaco não apresenta uma resposta imunológica (DEMOLY, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia a picada de inseto ausente - Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado a picada de inseto não apresenta uma resposta imunológica resultante de reações imunológicas a picada de inseto em indivíduos previamente sensibilizados (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Alergia Alimentar ausente - Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado por alguma proteína alimentar não apresenta uma reações imunológicas (SAMPSON et al, 2014).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Alergia ausente - Estado em que o indivíduo apesar de sensibilizado por uma determinado antígeno não apresenta uma resposta imunológica (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Angústia Espiritual Diminuída - Estado em que o indivíduo apresenta diminuição da sua angustia em relação ao rompimento da sua crença pessoal sobre a vida; interrogações sobre o significado da vida, associadas a questionamentos sobre sofrimento, alteração nas crenças ou sistemas de valor. Melhora no sentimentos de sofrimento intenso e raiva ou revolta contra a divindade. (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Ansiedade Reduzida - Estado em que o indivíduo apresenta uma redução no sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, quando exagerado é considerado patológico, interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (COELHO, TOURINHO, 2008).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Autoconceito - Estado em que o indivíduo apresenta percepção pessoal ou autopercepção, ou seja, como o sujeito percebe a si mesmo. Ele consegue referir aspectos do comportamento, tais como: o sentir, o fazer e o falar em relação a si mesmo. Ele relata que está bem consigo, com sua família e com a comunidade (NERI, 2011).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Autoestima positiva - Estado em que o indivíduo apresenta sentimento, apreço e consideração por si própria ou seja, ela se vê positivamente e verbaliza a satisfação e o ser útil para a família, sociedade. Ela reconhece o seu valor para o outro e suas qualidades. (SOUZA et al 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Autoimagem positiva (melhorada) - Estado em que o indivíduo apresenta melhora na forma de se ver. Ele recebe informações impostas ao seu comportamento, à sua aparência física e o funcionamento do seu corpo de forma positiva, com isso ele consegue se adaptar a sua nova condição de vida (Meurer, Benedetti, Mazo, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Bom humor – Estado em que o indivíduo apresenta emoções positivas, coragem, esperança, otimismo, caracterizado pelo riso, confiança na superação das adversidades apesar da sua doença, busca interações prazerosas (VAILLANT, 2000).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Comportamento Agressivo Ausente - Estado em que o indivíduo apresenta ausência de ação ou atitude brutal, arrogante, expressa verbalmente, fisicamente ou simbolicamente (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Conhecimento Adequado - Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento apropriado, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas; cognição e reconhecimento da informação adequados (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Cuidados com Ferida - Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico, instrução, habilidades e reconhecimento da informação sobre como cuidar de feridas (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Doença - Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico, instrução, habilidades e reconhecimento da informação sobre a sua patologia (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Manejo da Dor - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre o manejo da sua dor (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Manejo da Medicação - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, e reconhecimento da informação sobre o manejo da medicação que faz uso (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre medicação - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, e reconhecimento da informação sobre a medicação prescrita (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Medidas de Segurança - Estado em que o indivíduo apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, instrução ou habilidades aprendidas, e reconhecimento da informação sobre as medidas para a sua segurança (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Prevenção de Queda - Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, ou instrução ou habilidades aprendidas, ou cognição e reconhecimento da informação sobre prevenção de quedas (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Desempenho Sexual Eficaz - Estado em que o indivíduo apresenta capacidade para participar em relação sexual (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Efeito colateral da medicação ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta os efeitos colaterais da ação farmacológica do medicamento (ROZENFELD, 1998).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Esperança - Estado em que o indivíduo apresenta sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade para viver, paz interior, otimismo, associado a definição de metas e mobilização de energia (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Estresse diminuído - Estado em que o indivíduo apresenta diminuição do sentimento de estar tenso e ansioso, ele começa ficar capaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; conseguindo superar o sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; melhora do seu estado físico e mental (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Humor deprimido diminuído (Depressão diminuída) - Estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição do humor deprimido na maior parte do dia, com melhora do interesse ou prazer para as atividades na maior parte do dia; melhora na aceitação dieta, do sono, proporcionando um aumento de energia; melhora da concentração (OLIVEIRA et al 2006)

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Ideação Suicida ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta intenção de terminar com a sua própria vida, nem há existência de desejos correntes e planos para cometer o suicídio, numa continuidade de pensamentos ou ideia acerca do suicídio até aos seus planos, apesar de ter os fatores de risco como a depressão, sentimento de culpa, vergonha, hostilidade, raiva ou medo (SILVA, 2006).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 Sugestões: _____

Medo da cirurgia ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a proposta cirúrgica (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 Sugestões: _____

Negação ausente - Estado em que o indivíduo tem o conhecimento ou significado de um evento (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 Sugestões: _____

Preocupação diminuída - Estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição do pensamento que ocupa a sua mente, permitindo outros pensamentos ou ideias (Definição Construída com Base nos Termos de Eixos da CIPE® Versão 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
 Sugestões: _____

Alergia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar antialérgico				
Administrar corticoide				
Avaliar alergia				
Avaliar resposta à medicação				
Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos)				
Avaliar alterações cutâneas (urticária, angioedema)				
Avaliar manifestações gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia)				

Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Monitorar sinais vitais				
Obter dados sobre alergia				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia				
Registrar alergia				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Alergia ao Látex				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar antialérgico				
Administrar corticoide				
Avaliar alergia				
Avaliar resposta à medicação				
Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos)				
Avaliar alterações cutâneas (urticária, angioedema)				
Avaliar manifestações gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia)				
Confirmar alergia				
Identificar alergia				
Monitorar sinais vitais				
Obter dados sobre alergia ao látex				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia ao látex				
Registrar alergia				
Usar material sem látex				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Alergia a medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar antialérgico				
Administrar corticoide				
Avaliar resposta à medicação				
Avaliar alergia				
Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos)				
Avaliar alterações cutâneas (urticária, angioedema)				
Avaliar manifestações gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia)				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Monitorar sinais vitais				
Obter dados sobre alergia medicamentosa				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia a medicação				
Registrar alergia				
Suspender administração do fármaco				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Alergia a picada de inseto

Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar antialérgico				
Administrar corticoide				
Avaliar resposta à medicação				
Avaliar alergia				
Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos)				
Avaliar alterações cutâneas (urticária, angioedema)				
Avaliar manifestações gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia)				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Monitorar sinais vitais				
Obter dados sobre alergia a picada de inseto				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia				
Registrar alergia				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Alergia Alimentar				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar antialérgico				
Administrar corticoide				
Avaliar resposta à medicação				
Avaliar alergia				
Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos)				
Avaliar alterações cutâneas (eritema, prurido, urticária, angioedema)				
Avaliar manifestações gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia)				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Monitorar sinais vitais				
Obter dados sobre alergia alimentar				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Suspender administração do alimento				
Prevenir alergia alimentar				
Registrar alergia				
Solicitar avaliação da nutricionista				

Sugestões: _____

Angústia Espiritual				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre Angústia Espiritual				
Aconselhar sobre esperança				
Avaliar o apoio familiar				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Facilitar a meditação e a oração				
Orientar sobre reabilitação				
Ouvir atentamente				
Promover apoio espiritual				

Sugestões: _____

Ansiedade				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre ansiedade				
Avaliar as expectativas do paciente				
Avaliar suporte emocional				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Gerenciar Ansiedade				
Identificar o nível de ansiedade				
Obter Dados sobre Ansiedade				
Orientar sobre expectativas				
Orientar sobre reabilitação				
Orientar técnica de relaxamento				
Ouvir atentamente				
Reduzir ansiedade				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Autoconceito prejudicado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre o autoconceito				
Avaliar a auto percepção				
Avaliar o comportamento				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Orientar sobre a importância da auto percepção				
Orientar sobre reabilitação				
Ouvir atentamente				
Promover autoconceito				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Autoestima prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a autoestima				
Avaliar a autoestima				
Elogiar o comportamento positivo				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Obter dados sobre autoestima				
Orientar sobre a necessidade de ajuda de terceiros				
Orientar sobre reabilitação				
Promover autoestima				
Proporcionar a autonomia				
Reforçar comportamento positivo				

Sugestões: _____

Autoimagem negativa				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa

Aconselhar sobre a autoimagem				
Avaliar a autoimagem				
Avaliar as expectativas do paciente				
Elogiar o comportamento positivo				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Facilitar a discursão das mudanças na imagem corporal				
Obter dados sobre autoimagem				
Orientar sobre reabilitação				
Promover autoimagem				
Proporcionar a autonomia				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Baixa autoestima				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a autoestima				
Avaliar a autoestima				
Elogiar o comportamento positivo				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Obter dados sobre autoestima				
Orientar sobre a necessidade de ajuda de terceiros				
Orientar sobre reabilitação				
Promover autoestima				
Proporcionar a independência				
Reforçar comportamento positivo				

Sugestões: _____

Comportamento agressivo				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar comportamento				
Auxiliar o paciente a identificar a causa da agressividade				
Conter o paciente				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Estabelecer limites				
Estabelecer rotinas				
Evitar discutir com o paciente				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Gerenciar comportamento agressivo				
Identificar a causa da agressividade				
Monitorar o potencial de agressividade do paciente				
Orientar sobre o comportamento da raiva				
Reforçar comportamento positivo				
Responsabilizar o paciente pelo seu comportamento				
Solicitar avaliação médica				
Solicitar avaliação da psicóloga				
Usar uma abordagem calma e segura				

Sugestões: _____

Desempenho sexual prejudicado

Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o desempenho sexual				
Avaliar o nível de conhecimento sobre a sexualidade				
Avaliar sentimento de culpa				
Estabelecer confiança				
Encaminhar para o grupo de orientação sexual				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Identificar o sentimento de culpa				
Obter dados sobre desempenho sexual				
Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual				
Orientar sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade				
Orientar sobre o papel sexual				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Desesperança				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre esperança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Identificar áreas de esperança				
Orientar sobre reabilitação				
Ouvir atentamente				
Promover esperança				

Sugestões: _____

Efeito colateral da medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o efeito colateral da medicação				
Identificar o efeito colateral da medicação				
Orientar o paciente sobre possível efeito colateral da medicação				
Minimizar o efeito colateral da medicação				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Determinar o contexto social e cultural				
Encaminhar para os grupos de orientação				
Obter dados sobre conhecimento				
Orientar o paciente				
Orientar sobre reabilitação				
Promover o conhecimento				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento sobre cuidados com ferida				
Auxiliar na busca de conhecimento				

Determinar o contexto social, econômico e cultural				
Ensinar os cuidados com ferida				
Ensinar sobre a prevenção de feridas				
Obter Dados de Conhecimento sobre Cuidados com Ferida				
Orientar sobre os cuidados com ferida				
Orientar sobre os curativos				
Supervisionar na realização do curativo				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre doença				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento da doença				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Determinar o contexto social e cultural				
Encaminhar para os grupos de orientação				
Obter dados sobre conhecimento da doença				
Orientar o paciente				
Orientar sobre reabilitação				
Promover o conhecimento sobre doença				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre manejo da dor				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Assegurar a analgesia ao paciente				
Avaliar o conhecimento sobre manejo da dor				
Auxiliar o paciente a identificar os fatores que aumentam a dor				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Determinar o impacto da dor no paciente				
Obter Dados de Conhecimento sobre Manejo (Controle) da Dor				
Orientar o paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam a dor				
Orientar sobre o manejo da dor				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre manejo da medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento sobre manejo da medicação				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Determinar o contexto social, econômico e cultural				
Ensinar sobre manejo da medicação				
Identificar os medicamentos usados pelo paciente				
Obter Dados de Conhecimento sobre Regime Medicamentoso				
Orientar sobre a importância do uso da medicação				
Orientar sobre os horários de administração da medicação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o conhecimento sobre medicação				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Determinar o contexto social, econômico e cultural				
Ensinar sobre a medicação				
Identificar os medicamentos usados pelo paciente				
Obter Dados de Conhecimento sobre Regime Medicamentoso				
Orientar sobre a importância do uso da medicação				
Orientar sobre os horários de administração da medicação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Falta de conhecimento sobre medidas de segurança				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o conhecimento sobre medidas de segurança				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Auxiliar o paciente a identificar os fatores que aumentam a sua segurança				
Obter dados de conhecimento sobre medidas de segurança				
Orientar sobre as medidas de segurança				
Orientar um ambiente seguro				
Providenciar um ambiente seguro				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Falta de Conhecimento sobre Prevenção de Queda				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o conhecimento sobre prevenção da dor				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Auxiliar o paciente a identificar os fatores de risco de queda				
Obter Dados de Conhecimento sobre Prevenção de Queda				
Orientar o paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam o risco de queda				
Orientar sobre prevenção de quedas				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Humor deprimido (depressão)				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o humor				
Avaliar suporte emocional				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Fazer Rastreamento (Screening) de Humor, Deprimido				
Gerenciar o humor deprimido				
Monitorar o humor deprimido				
Obter dados sobre humor deprimido				
Orientar sobre a terapia do humor (riso)				

Ouvir atentamente				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação médica				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Humores lábeis (labilidade emocional)				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o humor				
Avaliar suporte emocional				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Fazer Rastreamento (Screening) da labilidade emocional				
Gerenciar a labilidade emocional				
Monitorar a labilidade emocional				
Obter dados sobre labilidade emocional				
Orientar sobre a terapia do humor (riso)				
Ouvir atentamente				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação médica				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Ideação Suicida				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar ideação suicida				
Identificar ideação suicida				
Manter o paciente perto da enfermaria				
Orientar o cuidador a não deixar o paciente sozinho				
Ouvir atentamente				
Solicitar acompanhante				
Solicitar avaliação médica				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Impotência Sexual				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar disfunção sexual				
Avaliar o nível de conhecimento sobre a sexualidade				
Estabelecer confiança				
Encaminhar para o grupo de orientação sexual				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Obter dados sobre disfunção sexual				
Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual				
Orientar sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade				
Orientar o uso de medicamentos para ereção				
Orientar sobre o papel sexual				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Medo da cirurgia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não	Usa	Não

		Concorda		Usa
Aconselhar sobre medos				
Identificar o medo				
Minimizar o medo				
Obter dados sobre medo				
Orientar sobre anestesia				
Orientar sobre o procedimento cirúrgico				
Ouvir atentamente				

Sugestões: _____

Não adesão ao regime de reabilitação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de adesão ao regime de reabilitação				
Determinar o contexto social e cultural				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Identificar os fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação				
Minimizar os fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Não adesão ao regime de segurança				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de adesão ao regime de segurança				
Determinar o contexto social e cultural				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Identificar os fatores que impedem a aceitação do regime de segurança				
Minimizar os fatores que impedem a aceitação do regime de segurança				
Obter dados de conhecimento sobre medidas de segurança				
Orientar sobre a importância das medidas de segurança				
Orientar sobre reabilitação				
Providenciar um ambiente seguro				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Não adesão ao regime medicamentoso				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso				
Determinar o contexto social e cultural				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Identificar os fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso				
Minimizar os fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso				
Orientar sobre a importância do uso da medicação				

Orientar sobre os horários de administração da medicação				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Negação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o humor				
Avaliar o nível de negação				
Avaliar suporte emocional				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Identificar o motivo da negação				
Minimizar a negação				
Obter dados sobre negação				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Preocupação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o humor				
Avaliar o nível de preocupação				
Avaliar suporte emocional				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Identificar o motivo da preocupação				
Minimizar a preocupação				
Obter dados sobre preocupação				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Sobrecarga de estresse (estresse)				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de estresse				
Auxiliar o paciente no manejo do estresse				
Minimizar o estresse do paciente				
Obter dados sobre capacidade para gerenciar estresse				
Obter dados sobre nível de estresse				
Orientar sobre manejo do estresse				
Ouvir atentamente				

Sugestões: _____

Risco de alergia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Orientar sobre técnica de redução de risco				

Prevenir alergia				
Registar alergia				

Sugestões: _____

Risco de alergia ao látex				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar risco de alergia a látex				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia ao látex				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Orientar sobre técnica de redução de risco				
Prevenir alergia ao látex				
Registar alergia				
Usar material sem látex				

Sugestões: _____

Risco de alergia a medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia a medicação				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia medicamentosa				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Orientar sobre técnica de redução de risco Prevenir alergia a medicação				
Registar alergia				
Suspender administração do fármaco				

Sugestões: _____

Risco de alergia a picada de inseto				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia a picada de inseto				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia a picada de inseto				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Orientar sobre técnica de redução de risco				
Prevenir alergia				
Registar alergia				

Sugestões: _____

Risco de alergia alimentar				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia alimentar				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia alimentar				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Orientar sobre técnica de redução de risco				
Suspender administração do alimento				
Prevenir alergia alimentar				
Registar alergia				

Solicitar avaliação da nutricionista				
--------------------------------------	--	--	--	--

Sugestões: _____

Risco de efeito colateral da medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o efeito colateral da medicação				
Identificar o efeito colateral da medicação				
Orientar o paciente sobre possível efeito colateral da medicação				
Orientar sobre técnica de redução de risco				
Minimizar o efeito colateral da medicação				

Sugestões: _____

Risco de Estresse				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de estresse				
Auxiliar o paciente no manejo do estresse				
Minimizar o estresse do paciente				
Obter dados sobre capacidade para gerenciar estresse				
Obter dados sobre nível de estresse				
Orientar sobre manejo do estresse				
Orientar sobre técnica de redução de risco				
Ouvir atentamente				

Sugestões: _____

Adesão ao regime de reabilitação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de adesão ao regime de reabilitação				
Determinar o contexto social e cultural				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Adesão ao regime medicamentoso				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso				
Determinar o contexto social e cultural				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Orientar sobre a importância do uso da medicação				
Orientar sobre os horários de administração da medicação				
Orientar sobre reabilitação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Adesão às precauções de segurança

Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de adesão ao regime de segurança				
Determinar o contexto social e cultural				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Obter dados de conhecimento sobre medidas de segurança				
Orientar sobre a importância das medidas de segurança				
Orientar sobre reabilitação				
Providenciar um ambiente seguro				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				
Reforçar conquistas				

Sugestões: _____

Alergia ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia				
Registrar alergia				

Sugestões: _____

Alergia ao látex ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar risco de alergia a látex				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia ao látex				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia ao látex				
Registrar alergia				
Usar material sem látex				

Sugestões: _____

Alergia a medicação ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia a medicação				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia medicamentosa				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia a medicação				
Registrar alergia				

Sugestões: _____

Alergia a picada de inseto ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia a picada de inseto				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia a picada de inseto				

Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia				
Registar alergia				

Sugestões: _____

Alergia alimentar ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o risco de alergia alimentar				
Identificar alergia				
Confirmar alergia				
Obter dados sobre alergia alimentar				
Orientar sobre prevenção da alergia				
Prevenir alergia alimentar				
Registar alergia				
Solicitar avaliação da nutricionista				

Sugestões: _____

Angústia espiritual diminuída				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre Angústia Espiritual				
Aconselhar sobre esperança				
Avaliar o apoio familiar				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Facilitar a meditação e a oração				
Orientar sobre reabilitação				
Ouvir atentamente				
Promover apoio espiritual				

Sugestões: _____

Ansiedade reduzida				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre ansiedade				
Avaliar suporte emocional				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Gerenciar Ansiedade				
Identificar o nível de ansiedade				
Orientar técnica de relaxamento				
Ouvir atentamente				
Reduzir ansiedade				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Autoconceito				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre o autoconceito				
Avaliar a autopercepção				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Orientar sobre a importância da autopercepção				
Ouvir atentamente				
Promover autoconceito				
Reforçar o autoconceito				

Solicitar avaliação da psicóloga				
----------------------------------	--	--	--	--

Sugestões: _____

Autoestima positiva				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a autoestima				
Avaliar a autoestima				
Elogiar o comportamento positivo				
Obter dados sobre autoestima				
Promover autoestima				
Proporcionar a autonomia				
Reforçar comportamento positivo				

Sugestões: _____

Autoimagem positiva				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a autoimagem				
Avaliar a autoimagem				
Facilitar a discursão das mudanças na imagem corporal				
Obter dados sobre autoimagem				
Promover autoimagem				
Proporcionar a autonomia				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Bom humor				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o humor				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Orientar sobre a terapia do humor (riso)				
Ouvir atentamente				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Comportamento agressivo ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar comportamento				
Entrar em acordo para comportamento positivo				
Estabelecer confiança				
Estabelecer limites				
Estabelecer rotinas				
Evitar discutir com o paciente				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Monitorar o potencial de agressividade do paciente				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicóloga				
Usar uma abordagem calma e segura				

Sugestões: _____

Conhecimento Adequado

Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Promover o conhecimento				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Cuidados com Ferida				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento sobre cuidados com ferida				
Ensinar os cuidados com ferida				
Ensinar sobre a prevenção de feridas				
Orientar sobre os cuidados com ferida				
Orientar sobre os curativos				
Supervisionar na realização do curativo				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Doença				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento da doença				
Auxiliar na busca de conhecimento				
Promover o conhecimento sobre doença				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Manejo da Dor				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Assegurar a analgesia ao paciente				
Avaliar o conhecimento sobre manejo da dor				
Determinar o impacto da dor no paciente				
Orientar o paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam a dor				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre Manejo da Medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento sobre manejo da medicação				
Identificar os medicamentos usados pelo paciente				
Orientar sobre a importância do uso da medicação				
Orientar sobre os horários de administração da medicação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre medicação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o conhecimento sobre medicação				

Identificar os medicamentos usados pelo paciente				
Orientar sobre a importância do uso da medicação				
Orientar sobre os horários de administração da medicação				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre medidas de segurança				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o conhecimento sobre medidas de segurança				
Orientar sobre as medidas de segurança				
Providenciar um ambiente seguro				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Conhecimento sobre prevenção de queda				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o conhecimento sobre prevenção da dor				
Orientar o paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam o risco de queda				
Orientar sobre prevenção de quedas				
Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe				

Sugestões: _____

Desempenho sexual eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de conhecimento sobre a sexualidade				
Encaminhar para o grupo de orientação sexual				
Obter dados sobre desempenho sexual				
Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual				
Orientar sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade				
Orientar sobre o papel sexual				

Sugestões: _____

Efeito colateral da medicação ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o efeito colateral da medicação				
Identificar o efeito colateral da medicação				
Orientar o paciente sobre possível efeito colateral da medicação				
Minimizar o efeito colateral da medicação				

Sugestões: _____

Esperança				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre esperança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Identificar áreas de esperança				
Orientar sobre reabilitação				
Promover esperança				

Sugestões: _____

Estresse diminuído				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de estresse				
Auxiliar o paciente no manejo do estresse				
Minimizar o estresse do paciente				
Obter dados sobre capacidade para gerenciar estresse				
Obter dados sobre nível de estresse				
Orientar sobre manejo do estresse				

Sugestões: _____

Humor deprimido diminuída (depressão)				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o humor				
Estabelecer confiança				
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos				
Gerenciar o humor deprimido				
Monitorar o humor deprimido				
Obter dados sobre humor deprimido				
Orientar sobre a terapia do humor (riso)				
Ouvir atentamente				
Reforçar comportamento positivo				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Ideação Suicida ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar ideação suicida				
Identificar ideação suicida				
Manter o paciente perto da enfermaria				
Orientar o cuidador a não deixar o paciente sozinho				
Ouvir atentamente				
Solicitar acompanhante				
Solicitar avaliação médica				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Medo da cirurgia ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre medos				
Orientar sobre anestesia				
Orientar sobre o procedimento cirúrgico				
Ouvir atentamente				

Sugestões: _____

Negação ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de negação				
Estabelecer confiança				
Obter dados sobre negação				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Preocupação diminuída				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar o nível de preocupação				
Identificar o motivo da preocupação				
Minimizar a preocupação				
Obter dados sobre preocupação				
Orientar sobre reabilitação				

Sugestões: _____

Modo Fisiológico

Apneia - Estado em que o indivíduo apresenta interrupção temporária da respiração por pelo menos dez segundos. Consoante as suas características, esta dificuldade pode dividir-se em três tipos: obstrutiva (determinada por um esforço respiratório provocado pela ausência da respiração), central (produzida tanto pela falta de esforço como do sinal respiratório) e mista (combinação da apneia central com a obstrutiva) (SILVIA et al 2009)

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Aspiração – Estado em que o indivíduo apresenta entrada de secreções gastrointestinais ou orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas devido a alimentação por sonda, deglutição prejudicada, esvaziamento gástrico retardado, nível de consciência reduzido, presença de traqueostomia, reflexo de tosse diminuído ou ausente (CAVALCANTE et al, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Bradycardia - Estado em que o indivíduo apresenta um ritmo cardíaco lento ou irregular, geralmente de menos de 60 batidas por minuto. Os sintomas incluem tontura, desmaios, cansaço extremo e falta de ar (ROQUE et al, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Disfunção neurovascular periférica – Estado em que o indivíduo apresenta distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma ou mais extremidades devido a cirurgia ortopédica, compressão

mecânica (torniquete, atadura), fraturas, imobilização (gesso ou órtese), obstrução vascular, queimaduras ou traumas (SIQUEIRA, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Dispneia - Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação de dificuldade respiratória, ou seja a queixa-se de “falta de ar”, sensação de cansaço, esforço, sufocação, aperto no peito, tosse, chiado, edema, palpitações (MARTINEZ; PADUA; TERRA FILHO, 2004).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Dispneia em repouso - Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação de dificuldade respiratória, ou seja a queixa-se de “falta de ar”, em repouso e em posições confortáveis (MARTINEZ; PADUA; TERRA FILHO, 2004).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Dispneia funcional - Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação de dificuldade respiratória, ou seja a queixa-se de “falta de ar”, associada a atividade física, como exercícios e deambulação. Queixa muito comum entre portadores de cardiopatias e pneumopatias (MARTINEZ; PADUA; TERRA FILHO, 2004).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Edema periférico – Estado em que o indivíduo apresenta um aumento aparente do volume do fluido intersticial, nos membros inferiores, caracteriza-se por inchaço de uma ou ambas as pernas, joelhos, tornozelos e/ou pés. Por vezes, ocorre o chamado “pitting”, formação de “covas” ou “godet” por pressão que se mantêm após cessar essa pressão (COELHO, 2004).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Hipertensão – Estado em que o indivíduo apresenta níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), caracterizada pela PA diastólica acima de 95mmHg e sistólica acima de 135mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Hipotensão Estado em que o indivíduo apresenta níveis de pressão arterial (PA) baixo, caracterizada pela PA diastólica abaixo de 60mmHg e sistólica abaixo de 90mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Hipotensão postural - Estado em que o indivíduo apresenta uma queda da pressão arterial, quando uma pessoa passa da posição deitada para sentada ou em pé, caracterizada por uma hipoperfusão cerebral, síncope ou perda de consciência transitória e não existe mecanismos compensa (DPHILL; MATHIAS, 1995).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Limpeza de vias aéreas prejudicada – Estado em que o indivíduo apresenta incapacidade de eliminar secreções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída, relacionado a asma, disfunção neuromuscular, doença obstrutiva crônica, pneumonia, corpo estranho na via aérea, espasmos de via aérea, muco excessivo, presença de traqueostomia, secreções nos brônquios ou retida, imobilidade no leito. Os sinais são cianose, dispneia, inquietação, mudança na frequência e ritmos respiratórios, ruídos adventícios respiratórios, sons respiratórios diminuídos, tosse ausente ou ineficaz (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Obstrução de vias aéreas - Estado em que o indivíduo apresenta uma dificuldade da passagem do ar para os pulmões devido a algum obstáculo em qualquer região das vias aéreas, evidenciada por um corpo estranho, secreções, diminuição do nível de consciência, queda de língua, aparece a dificuldade de respirar, roncosp e chiados, cianose de extremidades e agitação (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Perfusão tissular periférica prejudicada – Estado em que o indivíduo apresenta redução na circulação para a periferia, capaz de comprometer a saúde, relacionada a obesidade, hipertensão, imobilidade, edema, diabetes e tabagismo. Apresenta como sinais o tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, pulsos diminuídos, parestesia e paraplegia, mudanças abruptas na pressão sanguínea, edema (SIQUEIRA, 2007, MOREIRA et al, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Pressão arterial alterada - Estado em que o indivíduo apresenta uma alteração na sua pressão arterial, seja uma pressão elevada ou uma pressão baixa (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Taquicardia - Estado em que o indivíduo apresenta aceleração dos batimentos cardíacos, com taxas acima de 100 batimentos por minuto (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Trombose venosa profunda - Estado em que o indivíduo apresenta flebite ou tromboflebite profunda, causada pela coagulação do sangue no interior de uma ou mais veias. As veias mais comumente acometidas são as dos

membros inferiores (cerca de 90% dos casos). Os sintomas mais comuns são a inchação e a dor no local (PENHA et al, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de apneia - Estado em que o indivíduo apresenta risco de interrupção temporária da respiração por pelo menos dez segundos. Consoante as suas características, esta dificuldade pode dividir-se em três tipos: obstrutiva (determinada por um esforço respiratório provocado pela ausência da respiração), central (produzida tanto pela falta de esforço como do sinal respiratório) e mista (combinação da apneia central com a obstrutiva) (SILVA et al, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de aspiração – Estado em que o indivíduo apresenta risco de entrada de secreções gastrointestinais ou orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas devido a alimentação por sonda, deglutição prejudicada, esvaziamento gástrico retardado, nível de consciência reduzido, presença de traqueostomia, reflexo de tosse diminuído ou ausente (CAVALCANTE, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de disfunção neurovascular periférica – Estado em que o indivíduo apresenta risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma ou mais extremidades devido a cirurgia ortopédica, compressão mecânica (torniquete, atadura), fraturas, imobilização (gesso ou órtese), obstrução vascular, queimaduras ou traumas (SIQUEIRA, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de hipotensão postural - Estado em que o indivíduo apresenta risco uma queda da pressão arterial, quando uma pessoa passa da posição deitada para sentada ou em pé, caracterizada por uma hipoperfusão cerebral, síncope ou perda de consciência transitória e não existe mecanismos compensa (DPHILL; MATHIAS, 1995).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Risco de obstrução de vias aéreas – Estado em que o indivíduo apresenta risco para a passagem do ar para os pulmões devido a algum obstáculo em qualquer região das vias aéreas, evidenciada por um corpo estranho, secreções, diminuição do nível de consciência, queda de língua, aparece a dificuldade de respirar, roncos e chiados, cianose de extremidades e agitação (MARTINS; GUTIERREZ, 2005).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Risco de trombose venosa profunda - Estado em que o indivíduo apresenta risco flebite ou tromboflebite profunda, causada pela coagulação do sangue no interior de uma ou mais veias (PENHA et al, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Aspiração ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta entrada de secreções gastrointestinais ou orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas (CAVALCANTE, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Condição respiratória eficaz - Estado em que o indivíduo padrão respiratório adequado, com inspiração e expiração rítmicas (DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA COM BASE NOS TERMOS DE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 2015).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Edema periférico ausente - Ausente Estado em que o indivíduo não apresenta um aumento aparente do volume do fluido intersticial, nos membros inferiores, caracteriza-se por inchaço de uma ou ambas as pernas, joelhos, tornozelos e/ou pés (COELHO, 2004).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Perfusão tissular periférica eficaz - Estado em que o indivíduo apresenta circulação para a periferia adequada, potencializando a sua saúde (SIQUEIRA, 2007).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Pressão arterial nos limites da normalidade Estado em que o indivíduo apresenta pressão arterial adequada a sua faixa etária, com PA sistólica abaixo de 90mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Trombose venosa profunda ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta flebite ou tromboflebite profunda, causada pela coagulação do sangue no interior de uma ou mais veias (PENHA et al, 2009).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Apneia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Auscultar sons respiratórios				
Avaliar a dispneia				
Avaliar a perfusão periférica				
Avaliar o estado respiratório				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				

Encorajar o paciente a realizar respirações profundas				
Ensinar exercícios respiratórios				
Ensinar o cuidado/família a técnica de aspiração				
Estimular a realização de exercícios				
Estimular o uso de técnicas de respiração				
Identificar a causa da apneia				
Interpretar o resultado de gasometria arterial				
Manter a cabeceira elevada				
Manter vias aéreas limpas				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Orientar o repouso com a cabeceira elevada				
Realizar a ausculta respiratória				
Solicitar fisioterapia respiratória				
Verificar a oximetria				

Sugestões: _____

Aspiração				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar Medicação Inalatória				
Administrar oxigenoterapia				
Aspirar o paciente				
Auscultar sons respiratórios				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				
Ensinar o cuidado/família a técnica de aspiração				
Iniciar oxigenoterapia				
Manter Vias Aéreas Permeáveis				
Monitorar sinais e sintomas de aspiração				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Realizar a ausculta respiratória				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Registrar aspecto da secreção				
Solicitar fisioterapia respiratória				
Verificar a oximetria				

Sugestões: _____

Bradicardia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar Condição Cardíaca				
Identificar a causa da bradicardia				
Manter o Monitor cardíaco				
Medir (ou Verificar) Frequência Cardíaca				
Medir (ou Verificar) Pulso Radial				
Monitorar Condição Cardíaca				
Obter Dados sobre Condição Cardíaca				
Obter Dados sobre Condição Cardíaca, Usando Dispositivo de Monitoração				
Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Pulso Radial				
Realizar o eletrocardiograma				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Disfunção Neurovascular periférica

Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a perfusão periférica				
Controlar o discernimento entre pontiagudo e rombudo, quente e frio				
Controlar presença de cianose periférica				
Examinar a pele na busca de alterações na integridade				
Monitorar cor, temperatura e umidade da pele				
Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia)				
Observar presença e qualidade dos pulsos				

Sugestões: _____

Dispneia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar oxigenoterapia				
Aspirar o paciente				
Auscultar sons respiratórios				
Avaliar a dispneia				
Avaliar a perfusão periférica				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				
Estimular o uso de técnicas de respiração				
Identificar a causa da dispneia				
Implementar cuidados com oxigenoterapia (óculos nasal, cateter nasal, máscara de venturi)				
Iniciar oxigenoterapia				
Interpretar o resultado de gasometria arterial				
Manter a cabeceira elevada				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Orientar o repouso com a cabeceira elevada				
Orientar os exercícios respiratórios				
Realizar a ausculta respiratória				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Solicitar fisioterapia respiratória				
Verificar a oximetria				

Sugestões: _____

Dispneia em Repouso				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar oxigenoterapia				
Aspirar o paciente				
Auscultar sons respiratórios				
Avaliar a dispneia				
Avaliar a perfusão periférica				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				
Estimular o uso de técnicas de respiração				
Identificar a causa da dispneia				
Implementar cuidados com oxigenoterapia (óculos nasal, cateter nasal, máscara de venturi)				
Iniciar oxigenoterapia				
Interpretar o resultado de gasometria arterial				
Manter a cabeceira elevada				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e				

esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Orientar o repouso com a cabeceira elevada				
Orientar os exercícios respiratórios				
Realizar a ausculta respiratória				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Solicitar fisioterapia respiratória				
Verificar a oximetria				

Sugestões: _____

Dispneia Funcional				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar oxigenoterapia				
Aspirar o paciente				
Auscultar sons respiratórios				
Avaliar a dispneia				
Avaliar a perfusão periférica				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				
Estimular o uso de técnicas de respiração				
Identificar a causa da dispneia				
Implementar cuidados com oxigenoterapia (óculos nasal, cateter nasal, mascara de venturi)				
Iniciar oxigenoterapia				
Interpretar o resultado de gasometria arterial				
Manter a cabeceira elevada				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Orientar o repouso com a cabeceira elevada				
Orientar os exercícios respiratórios				
Realizar a ausculta respiratória				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Solicitar fisioterapia respiratória				
Verificar a oximetria				

Sugestões: _____

Edema Periférico				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar diuréticos, quando adequado				
Aplicar Meias Elásticas				
Avaliar indicadores de sobrecarga/retenção hídrica				
Avaliar uso de meia elástica				
Elevar pernas				
Ensinar a aplicação das meias elásticas				
Mensurar membros inferiores				
Orientar os cuidados com os membros edemaciados				
Prescrever meias elásticas				
Registrar a eliminação débito urinário				
Registrar a ingestão de líquidos				
Verificar o balanço hídrico				

Sugestões: _____

Hipertensão				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa

Avaliar a condição cardíaca				
Avaliar a qualidade do pulso central e periférico				
Avaliar o uso de hipertensivos				
Avaliar os sinais vitais				
Avaliar sinais e/ou sintomas que possam indicar lesão de outros órgãos				
Medir (ou Verificar) Pressão Arterial				
Monitorar a pressão arterial				
Monitorar a pressão sanguínea				
Monitorar presença de dispneia, fadiga				
Observar sinais e sintomas da hipertensão (vertigens, dores de cabeça)				
Orientar o uso da medicação anti-hipertensivos				
Orientar quanto ao repouso				
Orientar sobre a importância da dieta e da atividade física				
Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Pressão Arterial				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Hipotensão				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a condição cardíaca				
Avaliar a qualidade do pulso central e periférico				
Avaliar os sinais vitais				
Elevar a cabeceira do leito antes de transferir o paciente				
Manter a cabeceira do leito elevada antes de transferir o paciente				
Medir (ou Verificar) Pressão Arterial				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Hipotensão Postural				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a condição cardíaca				
Avaliar a qualidade do pulso central e periférico				
Avaliar os sinais vitais				
Elevar a cabeceira do leito antes de transferir o paciente				
Elevar os membros inferiores				
Inclinar a cadeira de rodas				
Manter a cabeceira do leito elevada antes de transferir o paciente				
Medir (ou Verificar) Pressão Arterial				
Orientar o uso da cinta elástica				
Orientar o uso de meias elásticas				
Realizar compressão abdominal				
Solicitar cinta elástica abdominal				

Sugestões: _____

Limpeza de Vias Aéreas Prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aspirar o paciente				
Aspirar orofaringe				
Aspirar traqueostomia				
Aspirar vias aéreas superiores				

Auscultar sons respiratórios				
Avaliar o risco de aspiração				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				
Comunicar aspecto e quantidade da secreção das vias aéreas				
Encorajar Uso de Técnica Respiratória, ou de Tosse				
Ensinar a técnica respiratória e de tosse				
Estimular expectoração				
Estimular o uso de técnicas de tosse				
Implementar cuidados com a traqueostomia				
Implementar cuidados com aspiração da orofaringe				
Implementar cuidados com aspiração da traqueostomia				
Manter a cabeceira elevada				
Manter inflado o cuff traqueal				
Manter Vias Aéreas Permeáveis				
Monitorar a capacidade do paciente em tossir efetivamente				
Monitorar a quantidade e o tipo de expectoração				
Monitorar as características das secreções das vias aéreas				
Monitorar sinais e sintomas de aspiração				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Orientar o cuidador/família a manutenção das vias aéreas limpas				
Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente				
Realizar a ausculta respiratória				
Realizar a nebulização				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Registrar aspecto da secreção				
Solicitar fisioterapia respiratória				

Sugestões: _____

Obstrução de Vias Aéreas				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aspirar o paciente				
Aspirar orofaringe				
Aspirar traqueostomia				
Aspirar vias aéreas superiores				
Auscultar sons respiratórios				
Avaliar o risco de aspiração				
Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório				
Comunicar aspecto e quantidade da secreção das vias aéreas				
Encorajar Uso de Técnica Respiratória, ou de Tosse				
Ensinar a técnica respiratória e de tosse				
Estimular expectoração				
Estimular o uso de técnicas de tosse				
Implementar cuidados com a traqueostomia				
Implementar cuidados com aspiração da orofaringe				
Implementar cuidados com aspiração da traqueostomia				
Manter a cabeceira elevada				
Manter inflado o cuff traqueal				
Manter Vias Aéreas Permeáveis				
Monitorar a capacidade do paciente em tossir efetivamente				
Monitorar a quantidade e o tipo de expectoração				
Monitorar as características das secreções das vias aéreas				
Monitorar sinais e sintomas de aspiração				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e				

esforço respiratório				
Observar os sinais e sintomas de piora respiratória				
Orientar o cuidador/família a manutenção das vias aéreas limpas				
Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente				
Realizar a ausculta respiratória				
Realizar a nebulização				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Registrar aspecto da secreção				
Solicitar fisioterapia respiratória				

Sugestões: _____

Perfusão Tissular Periférica Prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a circulação periférica				
Avaliar a perfusão tissular				
Avaliar edema periférico, pulsos, temperatura e cor da pele				
Elevar os membro afetado				
Manter a elevação do membro afetado				
Manter a hidratação das extremidades				
Monitorar perfusão tissular				
Orientar o uso de meias elásticas				
Orientar sobre os cuidados com os pés				

Sugestões: _____

Pressão Arterial Alterada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a condição cardíaca				
Avaliar a qualidade do pulso central e periférico				
Avaliar os sinais vitais				
Medir (ou Verificar) Pressão Arterial				
Monitorar a pressão arterial				
Monitorar a pressão sanguínea				
Monitorar presença de dispneia, fadiga				
Observar sinais e sintomas da hipertensão (vertigens, dores de cabeça)				
Orientar o uso da medicação anti-hipertensivos				
Orientar quanto ao repouso				
Orientar sobre a importância da dieta e da atividade física				
Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Pressão Arterial				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Taquicardia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar Condição Cardíaca				
Identificar a causa da Taquicardia				
Manter o Monitor cardíaco				
Medir (ou Verificar) Frequência Cardíaca				
Medir (ou Verificar) Pulso Radial				
Monitorar Condição Cardíaca				
Obter Dados sobre Condição Cardíaca				
Obter Dados sobre Condição Cardíaca, Usando Dispositivo de Monitoração				

Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Pulso Radial				
Realizar o eletrocardiograma				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Trombose Venosa Profunda				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação anticoagulante				
Avaliar o membro afetado				
Avaliar os sinais vitais				
Avaliar uso de meia elástica				
Elevar pernas				
Ensinar a aplicação das meias elásticas				
Estimular a atividade física				
Estimular a movimentação passiva ou ativa do membro afetado				
Mensurar membros inferiores				
Mensurar o membro afetado				
Observar a presença de sangramentos				
Orientar os cuidados com os membros edemaciados				
Orientar sobre a importância da monitorização laboratorial				
Orientar sobre as complicações da doença				
Orientar sobre o uso e os efeitos da medicação anticoagulante				
Prescrever meias elásticas				

Sugestões: _____

Risco de Apneia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Auscultar sons respiratórios				
Avaliar a perfusão periférica				
Avaliar o estado respiratório				
Encorajar o paciente a realizar respirações profundas				
Ensinar exercícios respiratórios				
Ensinar o cuidado/família a técnica de aspiração				
Estimular a realização de exercícios				
Estimular o uso de técnicas de respiração				
Manter a cabeceira elevada				
Manter vias aéreas limpas				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Orientar o repouso com a cabeceira elevada				

Sugestões: _____

Risco de Aspiração				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar alimentos conforme a consistência indicada				
Avaliar a deglutição do paciente				
Avaliar a necessidade de dieta enteral				
Avaliar o risco de aspiração				
Encorajar uso da tosse				
Ensinar a técnica de tosse				
Ensinar o cuidado/família a técnica de aspiração				
Estimular o uso de técnicas de tosse				
Implementar cuidados com a traqueostomia				

Manter vias aéreas limpas				
Monitorar a capacidade do paciente em tossir efetivamente				
Orientar a cabeceira elevada após a alimentação				
Orientar a consistência dos alimentos indicada ao paciente				
Orientar o cuidador/família a manutenção das vias aéreas limpas				
Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente				
Solicitar avaliação da fonoaudióloga				

Sugestões: _____

Risco de Disfunção Neurovascular periférica				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a perfusão periférica				
Controlar o discernimento entre pontiagudo e rombudo, quente e frio				
Controlar presença de cianose periférica				
Examinar a pele na busca de alterações na integridade				
Monitorar cor, temperatura e umidade da pele				
Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia)				
Observar presença e qualidade dos pulsos				

Sugestões: _____

Risco de Hipotensão Postural				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a condição cardíaca				
Avaliar a qualidade do pulso central e periférico				
Avaliar os sinais vitais				
Elevar a cabeceira do leito antes de transferir o paciente				
Elevar os membros inferiores				
Inclinar a cadeira de rodas				
Manter a cabeceira do leito elevada antes de transferir o paciente				
Medir (ou Verificar) Pressão Arterial				
Orientar o uso da cinta elástica				
Orientar o uso de meias elásticas				
Realizar compressão abdominal				
Solicitar cinta elástica abdominal				

Sugestões: _____

Risco de Obstrução de Vias				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aspirar o paciente				
Aspirar orofaringe				
Aspirar traqueostomia				
Auscultar sons respiratórios				
Ensinar a técnica da tosse				
Estimular expectoração				
Estimular o uso de técnicas de tosse				
Implementar cuidados com a traqueostomia				
Implementar cuidados com aspiração da orofaringe				
Manter vias aéreas permeáveis				
Monitorar a capacidade do paciente em tossir efetivamente				
Monitorar a quantidade e o tipo de expectoração				

Monitorar as características das secreções das vias aéreas				
Orientar o cuidador/família a manutenção das vias aéreas limpas				
Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente				
Realizar a nebulização				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Registrar aspecto da secreção				
Solicitar fisioterapia respiratória				

Sugestões: _____

Risco de Trombose Venosa Profunda				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação anticoagulante				
Avaliar o membro afetado				
Avaliar os sinais vitais				
Avaliar uso de meia elástica				
Elevar pernas				
Ensinar a aplicação das meias elásticas				
Estimular a atividade física				
Estimular a movimentação passiva ou ativa do membro afetado				
Mensurar membros inferiores				
Mensurar o membro afetado				
Observar a presença de sangramentos				
Orientar os cuidados com os membros edemaciados				
Orientar sobre a importância da monitorização laboratorial				
Orientar sobre as complicações da doença				
Orientar sobre o uso e os efeitos da medicação anticoagulante				
Prescrever meias elásticas				

Sugestões: _____

Aspiração Ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar alimentos conforme a consistência indicada				
Avaliar a deglutição do paciente				
Avaliar a necessidade de dieta enteral				
Avaliar o risco de aspiração				
Encorajar uso da tosse				
Ensinar a técnica de tosse				
Ensinar o cuidador/família a técnica de aspiração				
Estimular o uso de técnicas de tosse				
Implementar cuidados com a traqueostomia				
Manter vias aéreas limpas				
Monitorar a capacidade do paciente em tossir efetivamente				
Orientar a cabeceira elevada após a alimentação				
Orientar a consistência dos alimentos indicada ao paciente				
Orientar o cuidador/família a manutenção das vias aéreas limpas				
Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente				
Solicitar avaliação da fonoaudióloga				

Sugestões: _____

Condição Respiratória Eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a condição respiratória				

Estimular o uso de técnicas de respiração				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Orientar os exercícios respiratórios				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				
Avaliar a condição respiratória				
Estimular o uso de técnicas de respiração				
Monitorizar a frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório				
Orientar os exercícios respiratórios				
Realizar a nebulização de acordo com a prescrição				

Sugestões: _____

Edema Periférico Melhorado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aplicar Meias Elásticas				
Elevar pernas				
Ensinar a aplicação das meias elásticas				
Mensurar membros inferiores				
Orientar os cuidados com os membros edemaciados				
Prescrever meias elásticas				

Sugestões: _____

Perfusão Tissular Periférica Eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a circulação periférica				
Avaliar a perfusão tissular				
Avaliar edema periférico, pulsos, temperatura e cor da pele				
Elevar os membro afetado				
Manter a elevação do membro afetado				
Manter a hidratação das extremidades				
Monitorar perfusão tissular				
Orientar o uso de meias elásticas				
Orientar sobre os cuidados com os pés				

Sugestões: _____

Pressão Arterial nos Limites da Normalidade				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a condição cardíaca				
Avaliar a qualidade do pulso central e periférico				
Avaliar os sinais vitais				
Medir (ou Verificar) Pressão Arterial				
Monitorar a pressão arterial				
Monitorar a pressão sanguínea				
Orientar sobre a importância da dieta e da atividade física				
Orientar sobre Medição (ou Verificação) de Pressão Arterial				

Sugestões: _____

Trombose Venosa Profunda Ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação anticoagulante				
Avaliar os sinais vitais				

Avaliar uso de meia elástica				
Elevar pernas				
Ensinar a aplicação das meias elásticas				
Estimular a atividade física				
Estimular a movimentação passiva ou ativa do membro afetado				
Mensurar membros inferiores				
Mensurar o membro afetado				
Orientar os cuidados com os membros edemaciados				
Orientar sobre o uso e os efeitos da medicação anticoagulante				
Prescrever meias elásticas				

Sugestões: _____

Baixo peso - Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) menor que 18,5. Evidencia-se perda de massa muscular e gorduras, emagrecimento, desnutrição. Pode ser o somatório de várias causas, como sociais (recursos financeiros), psiquiátricas ou patológicas (hipertireoidismo, diabetes, bulimia, anorexia, disfagia) (BRASIL, 2013).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Comportamento alimentar compulsivo - Estado em que o indivíduo não tem controle sobre seu hábito alimentar, bem como na seleção, aquisição, preparo e consumo dos alimentos, sendo que consome um ou mais nutrientes que o corpo necessita durante as 24 horas do dia. Três componentes interferem neste comportamento, cognitivo (conhecimento sobre os alimentos e nutrição), afetivo (lembranças e sensações provenientes do consumo de alimentos), situacional (fatores socioeconômicos).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Deglutição prejudicada - Estado em que o indivíduo apresenta funcionamento alterado do mecanismo da deglutição, associado a déficit na estrutura ou na função oral, faríngea ou esofágica da deglutição. Evidenciado por engasgos antes de deglutir, irritabilidade inexplicável perto do horário das refeições, odinofagia, recusa em alimentar-se, tosse, , baba, falta de mastigação, fechamento incompleto dos lábios, acúmulo de alimentos na boca pela incapacidade de esvaziar a cavidade oral, sensação de sufoco, sialorreia, múltiplas deglutições, febres inexplicáveis, infecções pulmonares de repetição, refluxo nasal, alteração na videofluoroscopia.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Estado nutricional prejudicado Estado em que o indivíduo apresenta alteração no equilíbrio entre a ingestão de alimentos, as necessidades de nutrientes para o metabolismo diário e a eficácia e aproveitamento destes nutrientes pelo organismo, sendo influenciada pelas condições socioeconômicas, comportamento alimentar, ambiente emocional, influências culturais e patologias que afetam a capacidade de comer e/ou absorver nutrientes

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Falta de apetite – Estado em que o indivíduo não apresenta sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos, recusando a dieta nos momentos das refeições. Pode estar relacionado a gripe e infecções intestinais e urinárias, anemia, dificuldade de mastigação ou deglutição, uso de medicamentos como antibióticos e morfina, depressão, ansiedade, tristeza, nervosismo, falta de hábitos alimentares.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Náusea – Estado em que o indivíduo apresenta uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, habitualmente acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorréia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, distensão gástrica entre outros. Podendo ser provocado pela gastroparesia, constipação e obstrução intestinal, uso de opioides, antibióticos, anti-inflamatórios não esteroides, digoxina e ferro; hipercalcemia e insuficiência renal; infecção, ansiedade e medo.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Obesidade - Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 30 e circunferência abdominal muito elevada.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

() não concorda () concorda parcialmente () concorda totalmente

Sugestões: _____

Resposta negativa à nutrição enteral – Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta negativa a administração da nutrição por via enteral, evidenciado por diarreia, estase gástrica, vômitos, intolerância a dieta e perda de peso.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Sobrepeso - Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 25 e menor que 29,9 e circunferência abdominal elevada.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Vômito - Estado em que o indivíduo apresenta expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal, podendo ser provocado pela gastroparesia, constipação e obstrução intestinal, uso de opioides, antibióticos, antiinflamatórios não esteroides, digoxina e ferro; hipercalcemia e insuficiência renal; infecção, ansiedade e medo.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Apetite positivo - Estado em que o indivíduo apresenta sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos, aceitando a dieta nos momentos das refeições.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Comportamento alimentar melhorado - Estado em que o indivíduo apresenta melhora no seu hábito alimentar, bem como na seleção, aquisição, preparo e consumo dos alimentos para a sua necessidade fisiológica durante as 24 horas do dia.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Comportamento alimentar adequado - Estado em que o indivíduo apresenta hábito alimentar, seleção, aquisição, preparo e consumo dos alimentos adequados a sua necessidade fisiológica durante as 24 horas do dia.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Deglutição eficaz - Estado em que o indivíduo apresenta funcionamento adequado do mecanismo da deglutição, associado a normalidade na estrutura ou na função oral, faríngea ou esofágica da deglutição, videofluroscopia normal.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Estado nutricional melhorado - Estado em que o indivíduo apresenta melhora no equilíbrio entre a ingestão de alimentos, as necessidades de nutrientes para o metabolismo diário e a eficácia e aproveitamento destes nutrientes pelo organism.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Náusea ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, nem sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorréia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, distensão gástrica entre outros.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Peso eficaz - Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) acima que 18,5 e abaixo de 25.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Peso eficaz - Estado em que o indivíduo apresenta índice de massa corporal (IMC) acima que 18,5 e abaixo de 25.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Resposta eficaz à nutrição enteral – Estado em que o indivíduo apresenta uma resposta positiva a administração da nutrição por via enteral, evidenciado pela tolerância a dieta e ganho de peso.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Vômito ausente - Estado em que o indivíduo não apresenta expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

BAIXO PESO				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a importância da dieta prescrita				
Administrar suplemento alimentar (ex: cubitan)				
Assegurar ingestão nutricional adequada				
Avaliar aceitação da dieta prescrita				
Avaliar condição nutricional do paciente				
Avaliar ingestão de alimentos				
Avaliar condições de deglutição				
Colaborar com nutricionista				
Comunicar aceitação da dieta				
Encorajar adesão à dieta alimentar				
Estimular reeducação alimentar				
Identificar as causas do baixo peso				
Medir (verificar) altura				

Monitorar ingestão de alimentos				
Observar aceitação da dieta				
Orientar família sobre regime dietético				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Reforçar os cuidados com a manutenção do peso				
Solicitar avaliação da nutricionista				

Sugestões: _____

Comportamento alimentar compulsivo				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a importância da dieta prescrita				
Avaliar ingestão de alimentos				
Avaliar necessidade de mudança de hábitos alimentares				
Avaliar comportamento alimentar				
Colaborar com nutricionista				
Estimular reeducação alimentar				
Garantir continuidade do cuidado com a dieta do paciente				
Identificar ações que facilitam a adesão à dieta				
Investigar hábitos alimentares				
Medir (verificar) altura				
Monitorar ingestão de alimentos				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Reforçar os cuidados com a manutenção do peso				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Solicitar avaliação da psicóloga				

Sugestões: _____

Deglutição prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Comunicar a aceitação da dieta				
Demonstrar a técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada				
Diminuir os estímulos durante a alimentação do paciente				
Explicar técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada				
Implementar nutrição enteral				
Manter paciente assentado por 30 minutos após o término da refeição				
Observar aceitação da dieta				
Observar engasgos do paciente durante as refeições				
Oferecer alimentos na consistência prescrita				
Orientar paciente a mastigar bem os alimentos				
Solicitar avaliação da fonoaudióloga				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Supervisionar cuidador na administração da dieta oral ao paciente com deglutição prejudicada				

Sugestões: _____

Estado nutricional prejudicado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar aceitação da dieta prescrita				
Avaliar condição nutricional do paciente				

Avaliar ingestão de alimentos				
Colaborar com nutricionista				
Discutir um plano de mudança de hábitos alimentares				
Explicar sobre a importância da dieta na reabilitação do paciente				
Identificar ações que facilitam a adesão à dieta				
Identificar padrão nutricional				
Medir (verificar) altura				
Monitorar o estado nutricional do paciente				
Observar aceitação da dieta				
Orientar a alimentação do paciente desnutrido				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Falta de apetite				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar a aceitação da dieta prescrita				
Comunicar a aceitação da dieta				
Discutir um plano de mudança de hábitos alimentares				
Estimular reeducação alimentar				
Medir (verificar) altura				
Monitorar a ingestão de alimentos				
Observar aceitação da dieta				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Náusea				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação				
Ensinar técnicas não farmacológicas como relaxamento no tratamento da náusea				
Identificar causa da náusea				
Investigar fatores que provocaram as náuseas				
Monitorar náusea				
Observar aceitação da dieta				
Observar e registrar fatores que contribuem para o aparecimento da náusea				
Orientar sobre Manejo (Controle) da Náusea				

Sugestões: _____

Obesidade				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a importância do dieta prescrita				
Colaborar com o nutricionista				
Discutir um plano de mudança de hábitos alimentares				
Encorajar adesão à dieta alimentar				
Encorajar perda de peso				
Estimular reeducação alimentar				
Identificar causas da obesidade				
Medir (verificar) altura				

Orientar sobre dieta				
Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Resposta negativa à nutrição enteral				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aspirar às secreções para desobstrução da sonda nasogástrica/nasoentérica.				
Avaliar a aceitação da dieta enteral				
Avaliar a intolerância da dieta enteral				
Cuidar da sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica				
Demonstrar a técnica de administração da dieta enteral				
Demonstrar a técnica de lavagem da sonda nasogástrica/nasoentérica após a dieta e a medicação				
Ensinar o cuidador os cuidados com a sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica				
Implementar nutrição enteral				
Implementar os cuidados com dieta enteral				
Manejo (controle) da dieta enteral				
Manter sonda nasogástrica/nasoentérica/gástrica pérvia				
Monitorar náusea e vômito				
Orientar o cuidador a lavar a sonda após a dieta enteral e a medicação				
Orientar sobre nutrição enteral				
Reforçar os cuidados com a sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica				
Regular a infusão da dieta enteral de acordo com a aceitação do paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				
Treinar o cuidador na administração da dieta enteral				
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda				

Sugestões: _____

Sobrepeso				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Aconselhar sobre a importância da dieta prescrita				
Colaborar com o nutricionista				
Discutir um plano de mudança de hábitos alimentares				
Encorajar a adesão à dieta alimentar				
Encorajar a perda de peso				
Estimular reeducação alimentar				
Identificar causas do sobrepeso				
Medir (verificar) a altura do paciente				
Orientar sobre dieta				
Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Vômito				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não	Usa	Não

		Concorda		Usa
Administrar medicação				
Identificar causa do vômito				
Investigar fatores que provocaram o vômito				
Monitorar ingestão e a eliminação de líquidos e eletrólitos, do paciente com vômitos.				
Monitorar vômito				
Observar presença de náuseas e vômitos				
Realizar higiene oral após o vômito				
Registrar frequência, volume e aspecto dos vômitos				
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda				

Sugestões: _____

Apetite positivo				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar aceitação da dieta prescrita				
Comunicar aceitação da dieta				
Medir (verificar) altura				
Monitorar a ingestão de alimentos				
Observar aceitação da dieta				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Comportamento alimentar melhorado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar ingestão de alimentos				
Avaliar comportamento alimentar				
Garantir continuidade do cuidado com a dieta do paciente				
Medir (verificar) a altura do paciente				
Monitorar ingestão de alimentos				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Comportamento alimentar adequado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar ingestão de alimentos				
Avaliar comportamento alimentar				
Garantir continuidade do cuidado com a dieta do paciente				
Medir (verificar) a altura do paciente				
Monitorar ingestão de alimentos				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Deglutição eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar as condições de deglutição				
Comunicar a aceitação da dieta				

Observar aceitação da dieta				
Observar engasgos do paciente durante as refeições				
Oferecer alimentos na consistência prescrita				

Sugestões: _____

Estado nutricional melhorado				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar aceitação da dieta prescrita				
Avaliar condição nutricional do paciente				
Avaliar ingestão de alimentos				
Medir (verificar) altura				
Monitorar o estado nutricional do paciente				
Observar aceitação da dieta				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Náusea ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação				
Ensinar técnicas não farmacológicas como relaxamento no tratamento da náusea				
Observar aceitação da dieta				
Orientar sobre Manejo (Controle) da Náusea				

Sugestões: _____

Peso eficaz				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar aceitação da dieta prescrita				
Colaborar com nutricionista				
Encorajar adesão à dieta alimentar				
Manejar (controlar) da dieta				
Medir (verificar) altura				
Orientar sobre dieta				
Pesar (verificar) paciente				
Reforçar cuidados com a manutenção do peso				
Solicitar avaliação do nutricionista				

Sugestões: _____

Resposta eficaz à nutrição enteral				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar aceitação da dieta enteral				
Cuidar da sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica				
Demonstrar a técnica de administração da dieta enteral				
Demonstrar a técnica de lavagem da sonda nasogástrica/nasoentérica após a dieta e a medicação				
Ensinar o cuidador os cuidados com a sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica				
Implementar os cuidados com dieta enteral				
Manejar (controlar) da dieta enteral				
Monitorar náusea e vômito				
Regular infusão da dieta enteral de acordo com a aceitação do				

paciente				
Solicitar avaliação do nutricionista				
Treinar cuidador na administração da dieta enteral				
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda				

Sugestões: _____

Vômito ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação				
Investigar fatores que provocaram o vômito				
Observar presença de náuseas e vômitos				
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda				

Sugestões: _____

Enurese - Estado no qual o indivíduo apresenta perda involuntária de urina ocorrendo principalmente durante o sono da noite em uma idade em que o esfíncter deveria funcionar normalmente. Evidenciado pela urge-incontinência, frequência urinária aumentada ou diminuída, alterações do jato urinário, ansiedade, dificuldades sociais, diminuição da autoestima, sentimento de culpa e comportamento retraído.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência urinária de urgência - Estado no qual o indivíduo apresenta perda involuntária de urina que ocorre rapidamente após um desejo miccional forte e repentino e a impossibilidade de chegar ao banheiro. Está associado a hiperatividade do detrusor (contração/espasmo da bexiga). Ocorre, também, a nictúria, cistite, capacidade vesical diminuída, impactação fecal, uretrite e vaginite atrófica.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência funcional - Estado no qual o indivíduo apresenta contrações da bexiga suficientemente fortes para resultar perda de urina antes de alcançar o banheiro, está associada muitas vezes a dificuldade de ir ao banheiro. Muito comum em pacientes com limitações neuromusculares (mobilidade prejudicada), com deficiência visual, fatores psicológicos, cognição prejudicada e alteração nos fatores ambientais.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência urinária de esforço - Estado no qual o indivíduo apresenta perda involuntária de pequena quantidade de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal sem que haja contração do detrusor, como a tosse, o espirro, risos, atividades físicas como agachamento, salto, corrida e até pelo andar..

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência por transbordamento - Estado no qual o indivíduo apresenta um enchimento da bexiga com perda de urina em pequenas quantidades, pois ocorre o esvaziamento inadequado. O fluxo da urina é pequeno e intermitente, existe hesitação, noctúria, sensação de plenitude, mesmo após a micção, dificuldade de iniciar o jato urinário, distensão da bexiga, elevado volume residual após a micção.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência reflexa - Estado no qual o indivíduo apresenta perda involuntária de urina que ocorre em intervalos mais ou menos previsíveis, quando um determinado volume na bexiga é atingido. Não há sensação de urgência, micção ou plenitude vesical. A incontinência reflexa tem os mesmos sintomas que a IU de urgência, com a diferença de ocorrer em pacientes com distúrbios neurológicos.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência urinária - Estado no qual o indivíduo apresenta passagem involuntária de urina ou incapacidade de conter a urina ou falha do controle voluntário sobre a bexiga e o esfíncter uretral, acarretando um problema social e higiênico.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Infecção do Trato Urinário - Estado no qual o indivíduo apresenta algum microrganismo patogênico, em alguma parte do sistema urinário (rim, bexiga, próstata, uretra). O indivíduo apresenta sintomas como incontinência urinária, febre, disúria, polaciúria, urina alterada (concentrada, turva, hematúria, piúrica, com depósito, odor fétido).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Micção prejudicada - Estado no qual o indivíduo apresenta uma inadequada passagem de excreção de urina através de esvaziamento, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições dietéticas normais de aproximadamente 1000 a 2000ml nas 24 horas. Evidenciado por alterações de volume (anúria, oligúria e poliúria), obstrutivos (hesitação, interrupção do jato urinário, esvaziamento vesical incompleto) irritativos (disúria, polaciúria, tenesmo vesical, noctúria, nictúria, urgência, dor suprapúbica).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Resistência Uretral - Estado no qual o indivíduo apresenta um aumento na resistência uretral, seja pela hiperatividade esfíncteriana, espessamento da uretra, estenose uretral, compressão uretral, dissinergia do esfíncter estriado, liso ou ambos, desenvolvimento de um divertículo uretral, obstrução da prostate.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Retenção urinária - Estado no qual o indivíduo apresenta acúmulo involuntário de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da função muscular da bexiga, efeitos colaterais de narcóticos e anestésicos, dano neurológico ou da bexiga.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
Sugestões: _____

Trauma uretral - Estado no qual o indivíduo apresenta uma lesão na uretra, decorrente de trauma mecânico, durante o uso de sondas ou material endoscópico, evidenciado pela presença de sangue após o procedimento.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem
 não concorda concorda parcialmente concorda totalmente
D - Este diagnóstico/resultados se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de incontinência de urgência - Estado no qual o indivíduo apresenta risco para perda involuntária de urina que ocorre rapidamente após um desejo miccional forte e repentino e a impossibilidade de chegar ao banheiro. Está associado a hiperatividade do detrusor (contração/espasmo da bexiga). Ocorre, também, a nictúria, cistite, capacidade vesical diminuída, impactação fecal, uretrite e vaginite atrófica.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de infecção do trato urinário - Estado no qual o indivíduo apresenta risco de ter algum microrganismo patogênico, em alguma parte do sistema urinário (rim, bexiga, próstata, uretra).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de retenção urinária - Estado no qual o indivíduo apresenta risco de acúmulo involuntário de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da função muscular da bexiga, efeitos colaterais de narcóticos e anestésicos, dano neurológico ou da bexiga.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco de trauma uretral - Estado no qual o indivíduo apresenta risco para uma lesão na uretra, decorrente de trauma mecânico, durante o uso de sondas ou material endoscópico, evidenciado pela presença de sangue após o procedimento.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Continência urinária - Estado no qual o indivíduo apresenta um enchimento da bexiga e eliminação urinária, sem escape de urina por todo o dia.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Infecção do trato urinário ausente - Estado no qual o indivíduo apresenta urina normal ou colonizada por bactérias e sem sintomatologia de infecção.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Resistência uretral ausente - Estado no qual o indivíduo apresenta melhora da resistência uretral, seja pelo tratamento não medicamentoso, medicamentoso ou cirúrgico.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Trauma uretral ausente - Estado no qual o indivíduo não apresenta lesão na uretra, decorrente de trauma mecânico, durante o uso de sondas ou material endoscópico.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Constipação intestinal – Estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição na frequência normal de evacuação, sendo inferior a três vezes por semana, acompanhada por passagem de fezes difícil, com sensação de evacuação incompleta, com eliminação de fezes excessivamente duras e secas, fissura anal, distensão abdominal, flatulência, massa abdominal palpável, sangue vivo nas fezes.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Constipação intestinal percebida - Estado no qual o indivíduo faz um autodiagnóstico de constipação, porém mantém uma eliminação diária, com o abuso de laxantes, enemas e supositórios.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Diarreia – Estado em que o indivíduo apresenta um aumento da frequência de evacuações aquosas, sendo mais de três em 24 horas. Ela é aguda quando igual ou inferior a 14 dias, persistente acima de 14 dias e crônica quando é acima de três semanas.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Hemorroidas – Estado em que o indivíduo apresenta dilatações dos vasos sanguíneos na região peri-anal que pode acompanhar de prurido e/ou enterorragia.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Impactação – Estado em que o indivíduo apresenta uma massa firme e intransitável de fezes no reto ou no colo descendente. A massa é palpável. Pode ocorrer escape de fezes líquidas em pequena quantidade, distensão abdominal, flatulência, cólica, náuseas, sensação de plenitude (empachamento).

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Incontinência intestinal - Estado em que o indivíduo apresenta eliminação involuntária de fezes.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Risco para constipação intestinal - Estado em que o indivíduo apresenta risco para diminuição na frequência normal de evacuação, sendo inferior a três vezes por semana, acompanhada por passagem de fezes difícil, com sensação de evacuação incompleta, com eliminação de fezes excessivamente duras e secas, fissura anal, distensão abdominal, flatulência, massa abdominal palpável, sangue vivo nas fezes.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Continência intestinal – Estado em que o indivíduo apresenta absorção da água e eletrólitos, a armazenagem de restos não digeríveis dos alimentos, sistemas de propulsão dos conteúdos, e, finalmente, de evacuação através de defecação, sem perdas.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Diarreia ausente – Estado em que o indivíduo não apresenta um aumento da frequência de evacuações aquosas, sendo mais de três em 24 horas.

A - O enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

B - a definição apresenta os sinais e sintomas observáveis, medidos ou verificáveis

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

C - Esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

D - Este diagnóstico/resultado se aplica à sua prática clínica

não concorda concorda parcialmente concorda totalmente

Sugestões: _____

Enurese				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar plano de reeducação vesical				
Cateterizar bexiga				
Colocar fralda				
Encorajar controle da bexiga				
Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Ensinar técnicas (manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical técnica limpa)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar enurese				
Identificar causa da enurese				
Iniciar treinamento de bexiga				

Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Obter dados sobre a enurese				
Oferecer papagaio ou comadre				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Orientar uso do papagaio ou comadre				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Regular a ingestão de líquidos conforme a necessidade				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical.				
Trocar fralda a cada três horas ou quando necessário				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				

Sugestões: _____

Incontinência urinária de urgência				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar plano de reeducação vesical				
Cateterizar bexiga				
Demonstrar administração de medicação (intravesical)				
Determinar intervalo para o treino miccional				
Encorajar paciente a usar o vaso sanitário em intervalos regulares				
Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar incontinência urinária				
Identificar a causa da incontinência urinária				
Iniciar treinamento de bexiga				
Monitorar eliminação urinária				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				

Sugestões: _____

Incontinência funcional				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar déficits sensoriais e cognitivos				
Avaliar plano de reeducação vesical				
Avaliar plano de reeducação vesical proposto para o paciente				
Cateterizar bexiga				
Demonstrar administração de medicação (intravesical)				
Determinar a causa da incontinência urinária				
Determinar intervalo para o treino miccional				
Encorajar paciente a usar o vaso sanitário em intervalos regulares				

Ensinar cateterismo vesical técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Ensinar técnicas(manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical técnica limpa)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar incontinência urinária				
Identificar a causa da incontinência urinária				
Iniciar treinamento de bexiga				
Minimizar as barreiras ambientais				
Monitorar eliminação urinária				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				

Sugestões: _____

Incontinência urinária de esforço				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar plano de reeducação vesical				
Cateterizar bexiga				
Demonstrar administração de medicação (intravesical)				
Determinar intervalo para o treino miccional				
Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar paciente/cuidador a esvaziar a bexiga antes dos exercícios				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar incontinência urinária				
Identificar a causa da incontinência urinária				
Iniciar treinamento de bexiga				
Monitorar eliminação urinária				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				

Sugestões: _____

Incontinência por transbordamento				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar distensão da bexiga				
Avaliar plano de reeducação vesical				
Cateterizar bexiga				

Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Ensinar técnicas(manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar incontinência urinária				
Identificar a causa da incontinência urinária				
Iniciar cateterismo vesical técnica limpa				
Iniciar treinamento de bexiga				
Instalar sonda vesical de demora				
Monitorar o volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Observar obstrução do cateter urinário implantado (SVD)				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Realizar cateterismo vesical, técnica asséptica				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
Supervisionar a realização do cateterismo vesical, técnica limpa, até que esteja apto a fazê-lo sozinho				
Treinar cateterismo vesical técnica limpa				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				

Sugestões: _____

Incontinência reflexa				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar plano de reeducação vesical				
Cateterizar bexiga				
Demonstrar administração de medicação (intravesical)				
Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Ensinar técnicas(manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar incontinência urinária				
Identificar a causa da incontinência urinária				
Iniciar cateterismo vesical técnica limpa				
Iniciar treinamento de bexiga				
Monitorar eliminação urinária				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical.				
Supervisionar a realização do cateterismo vesical, técnica limpa, até que esteja apto a fazê-lo sozinho				
Treinar cateterismo vesical técnica limpa				

Utilizar técnica de treinamento de bexiga				
---	--	--	--	--

Sugestões: _____

Incontinência urinária				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa				
Avaliar características da eliminação urinária				
Cateterizar bexiga				
Demonstrar administração de medicação (intravesical)				
Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar incontinência urinária				
Identificar a causa da incontinência urinária				
Iniciar cateterismo vesical técnica limpa				
Iniciar treinamento de bexiga				
Instalar sonda vesical de demora				
Monitorar eliminação urinária				
Observar obstrução do cateter urinário implantado (SVD)				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
Supervisionar a realização do cateterismo vesical, técnica limpa, até que esteja apto a fazê-lo sozinho				
Treinar cateterismo vesical técnica limpa				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				

Sugestões: _____

Infecção do Trato Urinário				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar antibiótico				
Avaliar exame de urina				
Avaliar sinais e sintomas de infecção do trato urinário após o início do cateterismo vesical, técnica limpa				
Coletar uma amostra de urina para exame				
Ensinar sobre os sinais e sintomas de infecção urinária				
Monitorar aspecto macroscópico da urina				
Monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário				
Monitorar sinais vitais				
Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Micção prejudicada				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar déficits sensoriais e cognitivos				

Avaliar plano de reeducação vesical				
Cateterizar bexiga				
Determinar intervalo para o treino miccional				
Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa				
Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Ensinar técnicas(manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical)				
Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa				
Gerenciar a micção				
Iniciar treinamento de bexiga				
Monitorar eliminação urinária				
Monitorar o volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Orientar sobre cuidados com cateter urinário				
Orientar sobre função do sistema urinário				
Orientar sobre treinamento de bexiga				
Promover eliminação urinária, eficaz				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
Utilizar técnica de treinamento de bexiga				
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				

Sugestões: _____

Resistência Uretral				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Aumentar a lubrificação uretral em caso de resistência uretral ou trauma uretral				
Determinar a causa da resistência uretral				
Interromper cateterismo vesical, técnica limpa, em caso de resistência ou trauma uretral				
Monitorar o volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Observar sangramento após o cateterismo vesical				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de nelaton de menor calibre, conforme indicação				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Retenção urinária				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar a distensão da bexiga				
Determinar a causa da retenção urinária				
Ensinar as técnicas(manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical técnica limpa)				
Iniciar o cateterismo vesical técnica limpa				
Instalar sonda vesical de demora				
Monitorar o volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Monitorar os sinais e sintomas de retenção urinária				
Observar retenção urinária				
Obter dados sobre retenção urinária usando ultrassom				
Realizar cateterismo vesical, técnica asséptica				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				

Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				
--	--	--	--	--

Sugestões: _____

Trauma uretral				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Aumentar a lubrificação uretral em caso de resistência uretral ou trauma uretral				
Determinar a causa do trauma uretral				
Interromper cateterismo vesical, técnica limpa, em caso de resistência ou trauma uretral				
Monitorar o volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Monitorar os sinais e sintomas de trauma uretral				
Observar sangramento após o cateterismo vesical				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de nelaton de menor calibre, conforme indicação				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Risco de incontinência de urgência				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Avaliar características da eliminação urinária				
Avaliar plano de reeducação vesical proposto para o paciente				
Determinar o risco da incontinência urinária				
Determinar intervalo para o treino miccional				
Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação vesical				
Encorajar paciente a usar o vaso sanitário em intervalos regulares				
Implementar cuidados com a promoção da micção				
Monitorar eliminação urinária				
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical				

Sugestões: _____

Risco de infecção do trato urinário				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar exame de urina				
Avaliar sinais e sintomas de infecção do trato urinário após o início do cateterismo vesical, técnica limpa				
Coletar uma amostra de urina para exame				
Ensinar medidas de prevenção de infecção urinária				
Ensinar sobre os sinais e sintomas de infecção urinária				
Monitorar aspecto macroscópico da urina				
Monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário				
Monitorar sinais vitais				
Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)				
Orientar família sobre prevenção de infecção				
Prevenir infecção				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Risco de retenção urinária				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não	Usa	Não

	Concorda		Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)			
Avaliar a distensão da bexiga			
Determinar a causa da retenção urinária			
Ensinar as técnicas (manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical técnica limpa)			
Iniciar o cateterismo vesical técnica limpa			
Instalar sonda vesical de demora			
Monitorar o volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)			
Monitorar os sinais e sintomas de retenção urinária			
Observar retenção urinária			
Obter dados sobre retenção urinária usando ultrassom			
Realizar cateterismo vesical, técnica asséptica			
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa			
Solicitar avaliação médica e/ou equipe da reeducação vesical			

Sugestões: _____

Risco de trauma uretral				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Aumentar a lubrificação uretral em caso de resistência uretral				
Monitorar os sinais e sintomas de resistência uretral				
Observar sangramento após o cateterismo vesical				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de nelaton de menor calibre, conforme indicação				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Continência urinária				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar continência urinária				
Avaliar características da eliminação urinária				
Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação vesical				
Implementar cuidados com a promoção da micção				
Manter cateterismo vesical, técnica limpa				
Manter sonda vesical de demora				
Monitorar a eliminação urinária				
Obter dados sobre continência urinária				

Sugestões: _____

Infecção do trato urinário ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar exame de urina				
Avaliar sinais e sintomas de infecção do trato urinário após o início do cateterismo vesical, técnica limpa				
Coletar uma amostra de urina para exame				
Ensinar medidas de prevenção de infecção urinária				
Ensinar sobre os sinais e sintomas de infecção urinária				
Monitorar aspecto macroscópico da urina				
Avaliar exame de urina				
Avaliar sinais e sintomas de infecção do trato urinário após o início do cateterismo vesical, técnica limpa				

Coletar uma amostra de urina para exame				
Ensinar medidas de prevenção de infecção urinária				
Ensinar sobre os sinais e sintomas de infecção urinária				
Monitorar aspecto macroscópico da urina				

Sugestões: _____

Resistência uretral ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Observar sangramento após o cateterismo vesical				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de nelaton de menor calibre, conforme indicação				

Sugestões: _____

Trauma uretral ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação (alfabloqueadora e anticolinérgica)				
Aumentar a lubrificação uretral em caso de resistência uretral				
Monitorar os sinais e sintomas de resistência uretral				
Observar sangramento após o cateterismo vesical				
Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de nelaton de menor calibre, conforme indicação				

Sugestões: _____

Constipação intestinal				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar o laxante (medicação) conforme prescrição				
Administrar supositório				
Avaliar eliminação intestinal				
Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal				
Encorajar o paciente para adotar uma rotina para evacuar				
Ensinar anatomia, fisiologia do intestino e os fatores que afetam o seu funcionamento, sobre os alimentos com alto teor de fibras e o uso de laxantes				
Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Ensinar os princípios do treinamento intestinal				
Estimular o aumento da ingestão de líquidos				
Identificar a causa da constipação				
Implementar a técnica de treinamento intestinal				
Iniciar o treino intestinal				
Monitorar as características da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor)				
Monitorar sinais e sintomas de constipação				
Orientar sobre treinamento intestinal				
Prevenir constipação				
Promover eliminação intestinal eficaz				
Realizar a massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Registrar o aspecto e frequência das eliminações intestinais				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Solicitar dieta laxativa				
Utilizar técnica de treinamento do intestino				

Sugestões: _____

Constipação intestinal percebida				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar o laxante (medicação) conforme prescrição				
Administrar supositório				
Avaliar eliminação intestinal				
Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal				
Encorajar o paciente para adotar uma rotina para evacuar				
Ensinar anatomia, fisiologia do intestino e os fatores que afetam o seu funcionamento, sobre os alimentos com alto teor de fibras e o uso de laxantes				
Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Ensinar os princípios do treinamento intestinal				
Estimular o aumento da ingestão de líquidos				
Identificar a causa da constipação				
Implementar a técnica de treinamento intestinal				
Iniciar o treino intestinal				
Monitorar as características da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor)				
Monitorar sinais e sintomas de constipação				
Orientar sobre treinamento intestinal				
Prevenir constipação				
Promover eliminação intestinal eficaz				
Realizar a massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Registrar o aspecto e frequência das eliminações intestinais				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Solicitar dieta laxativa				
Utilizar técnica de treinamento do intestino				

Sugestões: _____

Diarreia				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Coletar amostra de fezes para exames				
Colocar a fralda				
Determinar a causa da diarreia				
Estimular o aumento da ingestão de líquidos				
Monitorar a frequência da eliminação intestinal				
Monitorar os sinais e sintomas de diarreia				
Promover eliminação intestinal eficaz				
Regular a ingestão de líquidos conforme a necessidade				
Solicitar avaliação médica				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Solicitar dieta obstipante e líquidos isotônicos				

Sugestões: _____

Hemorroidas				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar medicação tópica				
Avaliar o processo hemorroidário				
Identificar a causa do sangramento				
Orientar estímulo dígito anal em dias alternados				
Solicitar avaliação médica				

Sugestões: _____

Impactação				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar enema				
Administrar o laxante (medicação) conforme prescrição				
Administrar supositório				
Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Executar o estímulo dígito anal				
Monitorar sinais e sintomas de impactação				
Orientar sobre treinamento intestinal				
Promover eliminação intestinal eficaz				
Retirar as fezes manualmente, quando necessário				
Utilizar técnica de treinamento do intestino				

Sugestões: _____

Incontinência intestinal				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar padrão de eliminação intestinal				
Encorajar o paciente para adotar uma rotina para evacuar				
Ensinar anatomia, fisiologia do intestino e os fatores que afetam o seu funcionamento, sobre os alimentos com alto teor de fibras e o uso de laxantes				
Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Ensinar treinamento intestinal				
Gerenciar incontinência intestinal				
Identificar a causa da incontinência intestinal				
Iniciar o treino intestinal				
Monitorar as características da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor)				
Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária				
Orientar sobre treinamento intestinal				
Promover eliminação intestinal eficaz				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Trocar a fralda a cada três horas ou quando necessário				
Utilizar técnica de treinamento do intestino				

Sugestões: _____

Risco para constipação intestinal				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Administrar supositório				
Avaliar eliminação intestinal				
Encaminhar para o grupo de orientação - reeducação intestinal				
Encorajar o paciente para adotar uma rotina para evacuar				
Ensinar os princípios do treinamento intestinal				
Ensinar massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Ensinar anatomia, fisiologia do intestino e os fatores que afetam o seu funcionamento, sobre os alimentos com alto teor de fibras e o uso de laxantes				
Estimular o aumento da ingesta de líquidos				
Implementar a técnica de treinamento intestinal				
Iniciar o treino intestinal				
Monitorar as características da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor)				

Monitorar sinais e sintomas de constipação				
Promover eliminação intestinal eficaz				
Realizar a massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal				
Registrar o aspecto e frequência das eliminações intestinais				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Solicitar dieta laxativa				

Sugestões: _____

Continência intestinal				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Apoiar continência intestinal				
Avaliar padrão de eliminação intestinal				
Identificar hábitos de eliminação intestinal				
Monitorar as características da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor)				
Obter dados sobre continência intestinal				
Registrar a data da última eliminação intestinal				

Sugestões: _____

Diarreia ausente				
Intervenções de enfermagem	Concorda	Não Concorda	Usa	Não Usa
Avaliar padrão de eliminação intestinal				
Colocar a fralda				
Monitorar a frequência da eliminação intestinal				
Regular a ingestão de líquidos conforme a necessidade				
Solicitar avaliação da nutricionista				
Solicitar dieta obstipante e líquidos isotônicos				

Sugestões: _____

APENDICE C

Composição dos enunciados de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem

Enunciados de diagnósticos / resultados de enfermagem construídos e que são iguais aos da CIPE® Versão 2015.

Diagnósticos/resultados construídos	
Aceitação do estado de saúde	Comunicação prejudicada
Aceitação do estado de saúde prejudicada	Comunicação verbal prejudicada
Adaptação prejudicada	Conflito de decisão
Adesão ao regime de reabilitação	Conflito de decisão reduzido
Adesão ao regime medicamentoso	Confusão
Adesão às precauções de segurança	Confusão aguda
Agitação	Confusão ausente
Agitação reduzida	Confusão crônica
Ajustamento prejudicado	Confusão diminuída
Alergia	Conhecimento da família sobre doença
Alergia a látex	Conhecimento sobre cuidados com ferida
Alodinia	Conhecimento sobre doença
Alucinação	Conhecimento sobre manejo da dor
Angústia Espiritual	Conhecimento sobre medicação
Angústia Espiritual diminuída	Conhecimento sobre medidas de segurança
Ansiedade	Conhecimento sobre prevenção de queda
Ansiedade reduzida	Conhecimento adequado
Apetite positivo	Continência Intestinal
Apneia	Continência urinária
Apoio social eficaz	Continuidade para o cuidado eficaz
Aspiração	Controle da dor
Aspiração ausente	Controle da dor inadequado
Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	Convulsão
Atitude em relação ao cuidado positiva	Crença espiritual, conflituosa
Atitude familiar conflituosa	Cuidador capaz de executar o cuidado
Audição prejudicada	Deficit de autocuidado
Autoeficácia	Deglutição eficaz
Autoestima positiva	Deglutição prejudicada
Baixa autoeficácia	Desempenho de papel, eficaz
Baixa autoestima	Desempenho de papel prejudicado
Baixo peso	Desempenho sexual, prejudicado
Barreira na comunicação	Desesperança
Bom Humor	Desidratação
Bradycardia	Desorientação
Capacidade do cuidador para executar o cuidado prejudicada	Diarreia
Capacidade familiar para gerenciar o regime prejudicada	Diarreia ausente
Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada	Dispneia
Capacidade para executar o cuidado prejudicada	Dispneia em repouso
Capacidade para manejar (controlar) o regime medicamentoso prejudicada	Dispneia funcional
Capacidade para transferência prejudicada	Dispneia, ausente
Capaz de mobilizar-se	Disposição (ou prontidão) para tomada de decisão eficaz
Capaz de mover-se na cama	Disreflexia autonômica
Cicatrização de ferida eficaz	Dor ausente
Cognição prejudicada	Edema periférico
Comportamento agressivo ausente	Edema periférico ausente
	Efeito colateral da medicação
	Efeito colateral da medicação ausente
	Enfrentamento da dor eficaz
	Enfrentamento da dor ineficaz
	Enfrentamento do cuidador eficaz

(continua)

Enfrentamento familiar eficaz	Negligência unilateral (heminegligência) diminuída
Enfrentamento familiar prejudicado	Orientação melhorada (ou aumentada)
Esperança	Perfusão tissular periférica prejudicada
Estado nutricional prejudicado	Peso eficaz
Estresse do cuidador	Pirose (azia)
Estresse do cuidador reduzido	Pressão arterial alterada
Estresse diminuído	Problema de comportamento
Expectativa sobre o tratamento irrealista	Problema de continuidade do cuidado
Fadiga	Queda
Fadiga ausente	Queda ausente
Fadiga reduzida	Recuperação cirúrgica atrasada (ou lenta)
Falta de apetite	Recuperação cirúrgica eficaz
Falta de apoio familiar	Respiração eficaz
Febre	Respiração prejudicada
Ferida cirúrgica	Resposta à nutrição enteral eficaz
Ferida traumática	Resposta à nutrição enteral negativa
Gengivite	Resposta ao desuso
Hemorroida	Retenção urinária
Hidratação adequada	Risco de alergia a látex
Hiperglicemia	Risco de apneia
Hipoglicemia	Risco de aspiração
Ideação Suicida	Risco de constipação
Impactação	Risco de desidratação
Incontinência intestinal	Risco de disreflexia autonômica
Incontinência urinária	Risco de efeito colateral da medicação (especificar a medicação)
Incontinência urinária de esforço	Risco de (coping) enfrentamento familiar prejudicado
Incontinência urinária de urgência	Risco de estresse do cuidador
Incontinência funcional	Risco de hemorragia
Incontinência urinária por transbordamento	Risco de incontinência urinária de urgência
Incontinência urinária reflexa	Risco de infecção
Infecção	Risco de infecção cruzada
Infecção ausente	Risco de infecção do trato urinário
Infecção cruzada	Risco de lesão por posicionamento perioperatório
Infecção cruzada ausente	Risco de queda
Infecção do trato urinário	Risco de retenção urinária
Infecção do trato urinário ausente	Risco de solidão
Inflamação	Risco de sono prejudicado
Ingestão de líquidos prejudicada	Risco de trombose venosa profunda
Integridade da pele eficaz	Risco de úlcera por pressão
Integridade da pele melhorada	Sangramento ausente
Integridade da pele prejudicada	Síndrome do desuso
Isolamento social	Sobrepeso
Lesão por posicionamento perioperatório	Socialização prejudicada
Lesão por posicionamento perioperatório ausente	Sono adequado
Limpeza de vias aéreas eficaz	Sono prejudicado
Limpeza de vias aéreas prejudicada	Sonolência
Marcha prejudicada	Taquicardia
Memória prejudicada	Termorregulação eficaz
Mobilidade em cadeira de rodas prejudicada	Termorregulação prejudicada
Mobilidade na cama (leito) prejudicada	Tomada de decisão eficaz
Mobilidade prejudicada	Trombose venosa profunda
Não Adesão ao Regime de Segurança	Trombose venosa profunda ausente
Não adesão ao regime medicamentoso	Úlcera por pressão
Náusea	Úlcera por pressão ausente
Náusea ausente	Vômito
Negação	Vômito ausente
Negação ausente	
Negligência unilateral (heminegligência)	

Enunciados de diagnósticos / resultados de enfermagem construídos e que são similares aos da CIPE® Versão 2015.

Diagnósticos/resultados CIPE® 2015	Diagnósticos/resultados construídos
Alimentação por si próprio, prejudicada	Capacidade para alimentar-se prejudicada
Autoimagem negativa	Autoimagem prejudicada
Autoimagem positiva	Autoimagem melhorada
Cognição nos limites normais	Cognição eficaz
Capaz de executar atividade de lazer	Capacidade de executar atividade de lazer
Capaz de socializar-se	Capacidade de socializar-se
Constipação	Constipação intestinal
Epistaxe	Sangramento nasal
Equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico), nos limites normais	Equilíbrio de líquido eficaz
Esperança	Esperança presente
Estado de alerta prejudicado	Atenção prejudicada
Falta de conhecimento	Deficit de conhecimento
Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida	Deficit de conhecimento sobre cuidados com ferida
Falta de conhecimento sobre doença	Deficit de conhecimento sobre doença
Falta de conhecimento sobre manejo (controle) da dor	Deficit de conhecimento sobre manejo da dor
Falta de conhecimento sobre medicação	Deficit de conhecimento sobre medicação
Falta de conhecimento sobre medida de segurança	Deficit de conhecimento sobre medidas de segurança
Falta de conhecimento sobre prevenção de queda	Deficit de conhecimento sobre prevenção de queda
Ferida por queimadura	Queimadura
Frequência cardíaca nos limites normais	Frequência cardíaca adequada
Humor deprimido	Depressão
Humor deprimido diminuído	Depressão diminuída
Humores Lábeis	Labilidade emocional
Identidade pessoal perturbada	Identidade pessoal prejudicada
Identidade pessoal positiva	Identidade pessoal adequada
Imagem corporal perturbada	Imagem corporal prejudicada
Imagem corporal positiva	Imagem corporal adequada
Macha (caminhada) prejudicada	Andar prejudicado
Micção prejudicada	Eliminação urinária prejudicada
Nível de glicose sanguínea eficaz	Nível de glicemia eficaz
Peso nos limites normais	Peso eficaz
Pressão arterial, nos limites normais	Pressão arterial eficaz
Problema de literacia	Analfabetismo
Sobrecarga de estresse	Estresse
Temperatura Corporal, nos Limites Normais	Temperatura corporal adequada

Fonte: Dados da Pesquisa

Enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem construídos para os quais e que são diferentes dos da CIPE® Versão 2015.

Diagnósticos/resultados construídos	
Adaptação eficaz	Diabetes
Agitação ausente	Disfunção neurovascular periférica
Alergia alimentar (especificar o alimento)	Disposição para aprender
Alergia a látex ausente	Disúria
Alergia a medicação (especificar o fármaco)	Disúria ausente
Alergia a medicação ausente	Dor muscular ausente
Alergia a picada de inseto	Dor muscular forte
Alergia a picada de inseto ausente	Dor muscular intensa
Alergia ausente	Dor muscular leve
Angústia espiritual ausente	Dor muscular moderada
Ansiedade ausente	Dor neuropática/neurogênica ausente
Apetite diminuído	Dor neuropática/neurogênica forte
Apetite melhorado	Dor neuropática/neurogênica intensa
Apetite preservado	Dor neuropática/neurogênica leve
Apoio espiritual, eficaz	Dor neuropática/neurogênica moderada
Atenção prejudicada	Dor óssea ausente
Atitude do cuidador melhorada	Dor óssea forte
Atitude do cuidador prejudicada	Dor óssea intensa
Atitude em relação à dor ineficaz	Dor óssea leve
Atitude em relação ao cuidado melhorada	Dor óssea moderada
Atitude em relação ao cuidado prejudicada	Dor (transitória, aguda ou crônica) forte
Atitude em relação ao manejo da medicação adequada	Dor (transitória, aguda, crônica) intensa
Atitude em relação ao manejo da medicação melhorada	Dor (transitória, aguda, crônica) leve
Audição prejudicada	Dor (transitória, aguda, crônica) moderada
Autoconceito	Enfrentamento da dor eficaz
Autoconceito prejudicado	Enfrentamento da dor ineficaz
Autoestima prejudicada	Enurese
Bem-estar social prejudicado	Eritema
Cefaleia ausente	Eritema de calor
Cefaleia forte	Eritema de fralda
Cefaleia intensa	Espasticidade
Cefaleia leve	Espasticidade diminuída
Cefaleia moderada	Estado nutricional melhorado
Cerume elevado	Estresse
Cognição eficaz	Expectativa sobre tratamento realista
Comportamento agressivo	Falta de conhecimento sobre cuidados com ferida
Comportamento alimentar adequado	Falta de conhecimento sobre o manejo da medicação
Comportamento alimentar compulsivo	Hemorragia
Comportamento alimentar melhorado	Hipertensão
Comunicação melhorada	Hipotensão
Comunicação prejudicada	Hipotensão postural
Condição respiratória eficaz	Ideação suicida ausente
Conhecimento da família sobre doença ineficaz	Impotência sexual
Conhecimento sobre cuidados com ferida	Independência para o autocuidado
Conhecimento sobre manejo da medicação	Infecção cruzada
Continuidade para o cuidado prejudicado	Infecção cruzada ausente
Controle da convulsão	Infecção do trato urinário ausente
Controle da disreflexia autonômica	Ingestão de líquidos eficaz
Crença espiritual positiva	Insônia
Deglutição eficaz	Limpeza de vias aéreas prejudicada
Dependência para o autocuidado (especificar)	Manejo da medicação prejudicada
Dependência para o autocuidado diminuída	Macha (caminhada) com uso de dispositivo
Desempenho sexual eficaz	

(continua)

(continuação)

Medo da cirurgia	Risco de alergia
Medo da cirurgia ausente	Risco de alergia alimentar (especificar o alimento)
Memória melhorada	Risco de alergia a medicação (especificar o fármaco)
Mobilidade em cadeira de rodas melhorada	Risco de alergia a picada de inseto
Mobilidade melhorada	Risco de convulsão
Mobilidade no leito melhorada	Risco de disfunção neurovascular
Mucosa oral hidratada	Risco de estresse
Mucosa oral ressecada	Risco de glicemia instável
Não adesão ao regime de reabilitação	Risco de hiperglicemia
Orientação eficaz	Risco de hipoglicemia
Orientação melhorada	Risco de hipotensão postural
Obesidade	Risco de isolamento social
Obstrução de vias aéreas	Risco de obstrução de vias aéreas
Perfusão tissular periférica eficaz	Risco de trauma uretral
Potencial para sono melhorado	Sono melhorado
Preocupação	Transpiração excessiva
Preocupação diminuída	Transpiração reduzida
Problema de relacionamento com o cuidador	Trauma uretral
Problema de relacionamento familiar	Trauma uretral ausente
Processo neurovascular periférico eficaz	Trombose venosa profunda
Processo neurovascular periférico prejudicado	Urina alterada
Resistência uretral	Vias aéreas desobstruídas
Resistência uretral ausente	

Enunciados de intervenções de enfermagem construídos e que são iguais aos da CIPE® Versão 2015.

Intervenção CIPE® 2015	
Acompanhar paciente	Auxiliar na marcha (caminhada)
Aconselhar sobre angústia espiritual	Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivo
Aconselhar sobre esperança	Auxiliar na mobilidade
Aconselhar sobre medos	Auxiliar na mobilidade na cama
Administrar antibiótico	Auxiliar no autocuidado
Administrar insulina	Avaliar cicatrização da ferida
Administrar medicação	Avaliar plano de cuidados
Administrar medicação inalatória	Avaliar resposta à medicação
Administrar medicação intravenosa (ou endovenosa)	Avaliar resposta à medicação
Administrar medicação para dor	Avaliar resposta à medicação
Administrar suplemento nutricional	Avaliar resposta à terapia com líquidos (ou hidratação)
Advogar pelo paciente	Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
Alimentar o paciente	Avaliar resposta ao tratamento
Aplicar compressa fria	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre a dor
Aplicar contensão física	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida
Aplicar dispositivo de segurança (ex: grades de cama)	Avaliar resposta psicossocial frente ao plano de cuidados
Aplicar meias elásticas	Avaliar satisfação com atenção à saúde
Apoiar continência intestinal	Categorizar ferida cirúrgica
Apoiar continência urinária	Cateterizar bexiga
Apoiar cuidador	Colaborar com assistente social
Apoiar cuidador durante treinamento de uso do vaso sanitário e higienização, após evacuar e urinar	Colaborar com nutricionista
Apoiar família	Colaborar com paciente
Apoiar processo de tomada de decisão	Colaborar no plano de manejo (controle) da dor
Apoiar processo familiar de enfrentamento	Confirmar alergia
Apoiar processo familiar de tomada de decisão	Demonstrar administração de medicação
Auxiliar na higiene	
Auxiliar na ingestão de alimentos ou líquidos	

(continua)

(continuação)

Encaminhar para assistente social	Obter dados de conhecimento sobre regime medicamentoso
Encorajar repouso	Obter dados sobre aceitação da condição de saúde
Encorajar uso de técnica respiratória, ou de tosse	Obter dados sobre alodinia
Entrar em acordo para comportamento positivo	Obter dados sobre ansiedade
Estabelecer confiança	Obter dados sobre apoio emocional
Facilitar capacidade para comunicar necessidade	Obter dados sobre apoio social
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos	Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde
Facilitar capacidade para executar o papel	Obter dados sobre autocuidado
Fazer rastreamento (Screening) de humor deprimido	Obter dados sobre autoestima
Gerenciar ansiedade	Obter dados sobre autoimagem
Gerenciar atividade do paciente	Obter dados sobre barreiras para adesão
Gerenciar dor	Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado
Gerenciar enurese	Obter dados sobre capacidade para gerenciar estresse
Gerenciar glicose sanguínea	Obter dados sobre condição cardíaca
Gerenciar hipoglicemia	Obter dados sobre condição cardíaca, usando dispositivo de monitoração
Gerenciar incontinência intestinal	Obter dados sobre condição neurológica
Gerenciar incontinência urinária	Obter dados sobre conflito de decisão
Gerenciar medicação	Obter dados sobre conhecimento
Gerenciar micção	Obter dados sobre conhecimento do cuidador
Gerenciar o humor deprimido	Obter dados sobre continência intestinal
Gerenciar processo de enfrentamento prejudicado	Obter dados sobre continência urinária
Gerenciar resposta ao tratamento negativa	Obter dados sobre controle da dor
Identificar atitude em relação à dor	Obter dados sobre dor
Identificar atitude em relação ao cuidado	Obter dados sobre enfrentamento familiar
Identificar barreiras à comunicação	Obter dados sobre equilíbrio
Identificar condição psicossocial	Obter dados sobre estresse do cuidador
Implementar cuidados com dieta enteral	Obter dados sobre expectativas
Implementar regime de manejo (controle) de convulsão	Obter dados sobre fadiga
Implementar regime de mobilização	Obter dados sobre humor deprimido
Interpretar resultado de gasometria arterial	Obter dados sobre integridade da pele
Manejo (controle) da alucinação	Obter dados sobre medo
Manter integridade da pele	Obter dados sobre negação
Manter terapia intravenosa (ou endovenosa)	Obter dados sobre nível de estresse
Manter vias aéreas permeáveis	Obter dados sobre resposta psicológica à dor
Medir (ou verificar) frequência cardíaca	Obter dados sobre retenção urinária usando ultrassom
Medir (ou verificar) glicose sanguínea	Obter dados sobre risco de úlcera por pressão
Medir (ou verificar) ingestão de líquidos	Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção
Medir (ou verificar) pressão arterial	Obter dados sobre tomada de decisão
Medir (ou verificar) pulso radial	Orientar família sobre prevenção de infecção
Medir (verificar) altura	Orientar paciente
Monitorar condição cardíaca	Orientar sobre a dor
Monitorar enfrentamento familiar prejudicado	Orientar sobre autocuidado
Monitorar glicose sanguínea	Orientar sobre autocuidado com a pele
Monitorar ingestão de alimentos	Orientar sobre cicatrização da ferida
Monitorar ingestão de líquidos	Orientar sobre comportamento de busca de saúde
Monitorar perfusão tissular	Orientar sobre cuidados com cateter urinário
Monitorar pressão arterial	Orientar sobre cuidados com ferida
Monitorar resposta ao tratamento	Orientar sobre cuidados com úlcera por pressão
Monitorar sinais vitais	Orientar sobre desidratação
Monitorar tolerância à atividade	Orientar sobre dieta
Obter dados de conhecimento sobre cuidados com ferida	Orientar sobre função do sistema urinário
Obter dados de conhecimento sobre manejo (controle) da dor	
Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda	

(continua)

(continuação)

<p>Orientar sobre ingestão de líquidos</p> <p>Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária</p> <p>Orientar sobre manejo (controle) da náusea</p> <p>Orientar sobre manejo do estresse</p> <p>Orientar sobre medição (ou verificação) de pressão arterial</p> <p>Orientar sobre medição (ou verificação) de pulso radial</p> <p>Orientar sobre medidas de segurança</p> <p>Orientar sobre prevenção de queda</p> <p>Orientar sobre prevenção de úlcera por pressão</p> <p>Orientar sobre reabilitação</p> <p>Orientar sobre sono</p> <p>Orientar sobre técnica de redução de risco</p> <p>Orientar sobre técnica de transferência</p> <p>Orientar sobre terapia com líquidos (ou hidratação)</p> <p>Orientar sobre treinamento de bexiga</p> <p>Orientar sobre treinamento intestinal</p> <p>Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo)</p> <p>Orientar técnica de relaxamento</p> <p>Pesar (verificar) paciente</p> <p>Prevenir alergia ao látex</p> <p>Prevenir constipação</p> <p>Prevenir infecção</p> <p>Promover aceitação de condição de saúde</p>	<p>Promover apoio familiar</p> <p>Promover apoio social</p> <p>Promover autocuidado</p> <p>Promover autoeficácia</p> <p>Promover autoestima</p> <p>Promover capacidade para transferir-se, por si próprio</p> <p>Promover comportamento de busca de saúde</p> <p>Promover eliminação intestinal, eficaz</p> <p>Promover eliminação urinária, eficaz</p> <p>Promover esperança</p> <p>Promover estabelecimento de limites</p> <p>Promover marcha (caminhada) com uso de dispositivo</p> <p>Promover mobilidade física</p> <p>Promover relacionamentos positivos</p> <p>Prover (proporcionar, fornecer) dispositivos de segurança</p> <p>Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir</p> <p>Reforçar autoeficácia</p> <p>Reforçar capacidades (ou aptidões)</p> <p>Reforçar comportamento positivo</p> <p>Reforçar conquistas</p> <p>Reforçar regime de terapia física</p> <p>Transferir paciente</p> <p>Usar técnica de transferência</p>
---	---

Enunciados de intervenções de enfermagem construídos e que são diferentes dos constantes na CIPE® Versão 2015.

Intervenções de Enfermagem	
<p>Aconselhar cuidador a ter um momento de descanso</p> <p>Aconselhar cuidador a ter um rotina de relaxamento</p> <p>Aconselhar descanso após as atividades físicas, afim de evitar a fadiga</p> <p>Aconselhar o paciente a não ingerir líquidos após as 18 horas</p> <p>Aconselhar sobre a autoestima</p> <p>Aconselhar sobre a autoimagem</p> <p>Aconselhar sobre a importância de manter o papel</p> <p>Aconselhar sobre a importância do dieta prescrita</p> <p>Aconselhar sobre ansiedade</p> <p>Aconselhar sobre o autoconceito</p> <p>Aconselhar sobre prática de exercícios e regime dietético</p> <p>Aconselhar sobre registro do diário de glicemia</p> <p>Adaptar plano de cuidado a condição socioeconômica</p> <p>Administrar anti-hipertensivo</p> <p>Administrar antialérgico</p> <p>Administrar corticoide</p> <p>Administrar enema</p> <p>Administrar glicose</p> <p>Administrar hemoterapia</p>	<p>Administrar hipoglicemiantes orais</p> <p>Administrar laxante (medicação) conforme prescrição</p> <p>Administrar medicação</p> <p>Administrar soroterapia</p> <p>Administrar supositório</p> <p>Aplicar dispositivos de segurança</p> <p>Aplicar escala de risco de úlcera por pressão</p> <p>Aplicar medicação tópica</p> <p>Aplicar medicação tópica</p> <p>Aplicar pomada tópica</p> <p>Apoiar capacidade para gerenciar o cuidado</p> <p>Apoiar cuidador na realização das transferências</p> <p>Apoiar cuidador na realização dos exercícios</p> <p>Apoiar na execução do papel</p> <p>Aspirar orofaringe</p> <p>Aspirar paciente</p> <p>Aspirar secreções da cavidade oral, após a crise convulsiva</p> <p>Aspirar secreções para desobstrução da sonda nasogástrica/nasointestinal.</p> <p>Aspirar traqueostomia</p> <p>Aspirar vias aéreas superiores</p> <p>Assegurar a analgesia ao paciente</p>

(continua)

(continuação)

<p>Assegurar ingestão nutricional adequada Aumentar ingesta de líquidos Aumentar lubrificação uretral em caso de resistência uretral Aumentar lubrificação uretral em caso de resistência uretral ou trauma uretral Auscultar sons respiratórios Auxiliar assentar-se na cadeira de rodas Auxiliar assentar-se no leito Auxiliar cuidador no cuidado do paciente Auxiliar na busca de conhecimento Auxiliar na crioterapia Auxiliar na identificação das estratégias positivas para lidar com as mudanças de papel Auxiliar na identificação das mudanças necessárias ao papel, devido a doença ou incapacitação Auxiliar na identificação do seu papel usual na família Auxiliar na identificação dos vários papéis na vida Auxiliar na ingestão de líquidos Auxiliar na mudança de decúbito Auxiliar na realização das atividades física Auxiliar nas atividades (transferência, banho...), afim de evitar a fadiga Auxiliar nas transferências Auxiliar no cateterismo vesical técnica limpa Auxiliar no controle da agitação Auxiliar no manejo da analgesia contínua Auxiliar no manejo da dor Auxiliar no treino de marcha Auxiliar no treino de transferências Auxiliar o paciente a identificar a causa da agressividade Auxiliar o paciente a identificar os fatores de risco de queda Auxiliar o paciente a identificar os fatores que aumentam a dor Auxiliar o paciente a identificar os fatores que aumentam a sua segurança Auxiliar o paciente no manejo do estresse Avaliar a autoestima Avaliar a autoimagem Avaliar a autopercepção Avaliar a resposta a analgesia contínua controlada pelo anestesista Avaliar a resposta psicossocial à instrução sobre a medicação analgésica Avaliar aceitação da dieta prescrita Avaliar adesão aos exercícios propostos Avaliar adesão do cateterismo vesical técnica limpa Avaliar alergia Avaliar alterações cutâneas (eritema, prurido, urticária, angioedema) Avaliar apoio familiar, social e econômico Avaliar as expectativas do paciente Avaliar atitude do paciente em relação à dor Avaliar atividades de lazer Avaliar autocuidado</p>	<p>Avaliar autocuidado do paciente Avaliar autoestima Avaliar características da eliminação urinária Avaliar circulação periférica Avaliar cobertura curativo Avaliar comportamento Avaliar comportamento alimentar Avaliar comportamento do cuidador Avaliar comportamento frente a adaptação Avaliar condição cardíaca Avaliar condição cardíaca Avaliar condição de deglutição Avaliar condição neurológica Avaliar condição nutricional do paciente Avaliar condição psicológica do cuidador Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos) Avaliar condição de deglutição Avaliar condição neurológica Avaliar condição nutricional do paciente Avaliar condição psicológica do cuidador Avaliar condição respiratória (dispneia, tosse, sensação de garganta fechando sibilos) Avaliar condições de deglutição Avaliar conhecimento sobre processo saúde-doença Avaliar couro cabeludo Avaliar cuidado e manejo de técnicas de prevenção da Disreflexia Autonômica Avaliar cuidador na execução do plano de cuidados Avaliar deficits sensoriais e cognitivos Avaliar deglutição do paciente Avaliar disfunção sexual Avaliar dispneia Avaliar disposição para a realização das atividades físicas (autocuidado, transferências) Avaliar distensão da bexiga Avaliar distensão da bexiga Avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração, fatores e sintomas associados Avaliar edema periférico, pulsos, temperatura e cor da pele Avaliar eliminação intestinal Avaliar estado respiratório Avaliar exame de urina Avaliar exames de glicemia Avaliar exames laboratoriais Avaliar exames laboratoriais Avaliar expectativas do paciente e da família Avaliar fatores que levam à solidão Avaliar fatores que levam ao isolamento social Avaliar ferida Avaliar ideação suicida Avaliar indicadores de sobrecarga/retenção hídrica Avaliar ingestão de alimentos Avaliar intolerância da dieta enteral Avaliar macha do paciente e o uso de dispositivos auxiliares</p>
---	--

(continua)

(continuação)

<p>Avaliar manifestações gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia)</p> <p>Avaliar membro afetado</p> <p>Avaliar mucosa oral</p> <p>Avaliar necessidade de conter o paciente</p> <p>Avaliar necessidade de conter o paciente no leito</p> <p>Avaliar necessidade de dieta enteral</p> <p>Avaliar necessidade de mudança de hábitos alimentares</p> <p>Avaliar nível de atenção</p> <p>Avaliar nível de consciência durante o período de agitação</p> <p>Avaliar nível de orientação</p> <p>Avaliar nível de orientação do paciente</p> <p>Avaliar o apoio familiar</p> <p>Avaliar o comportamento</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre manejo da dor</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre medicação</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre medidas de segurança</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre prevenção da dor</p> <p>Avaliar o desempenho sexual</p> <p>Avaliar o diário de glicemia do paciente</p> <p>Avaliar o efeito colateral da medicação</p> <p>Avaliar o humor</p> <p>Avaliar o nível de adesão ao regime de reabilitação</p> <p>Avaliar o nível de adesão ao regime de segurança</p> <p>Avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso</p> <p>Avaliar o nível de conhecimento</p> <p>Avaliar o nível de conhecimento da doença</p> <p>Avaliar o nível de conhecimento sobre a sexualidade</p> <p>Avaliar o nível de conhecimento sobre cuidados com ferida</p> <p>Avaliar o nível de conhecimento sobre manejo da medicação</p> <p>Avaliar o nível de estresse</p> <p>Avaliar o nível de negação</p> <p>Avaliar o nível de preocupação</p> <p>Avaliar o padrão de eliminação intestinal</p> <p>Avaliar o processo hemorroidário</p> <p>Avaliar o risco de alergia</p> <p>Avaliar o risco de alergia a medicação</p> <p>Avaliar o risco de alergia a picada de inseto</p> <p>Avaliar o risco de alergia alimentar</p> <p>Avaliar pele</p> <p>Avaliar perfusão periférica</p> <p>Avaliar perfusão tissular</p> <p>Avaliar plano de cuidados</p> <p>Avaliar plano de reeducação vesical</p> <p>Avaliar qualidade do pulso central e periférico</p> <p>Avaliar relacionamento entre paciente e cuidador</p> <p>Avaliar resposta ao tratamento da candidíase</p> <p>Avaliar resposta ao tratamento da dermatite seborreica</p> <p>Avaliar resposta ao tratamento do eczema</p> <p>Avaliar resposta ao tratamento do eritema</p> <p>Avaliar resposta psicossocial da família à instrução</p> <p>Avaliar resposta psicossocial da família ao plano de cuidado</p>	<p>Avaliar resposta psicossocial do cuidador à instrução</p> <p>Avaliar resposta psicossocial do cuidador ao plano de cuidado</p> <p>Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde</p> <p>Avaliar risco de alergia a látex</p> <p>Avaliar risco de aspiração</p> <p>Avaliar sentimento de culpa</p> <p>Avaliar sinais de desidratação</p> <p>Avaliar sinais e sintomas de infecção do trato urinário após o início do cateterismo vesical, técnica limpa</p> <p>Avaliar sinais e/ou sintomas que possam indicar lesão de outros órgãos</p> <p>Avaliar sinais vitais</p> <p>Avaliar suporte emocional</p> <p>Avaliar suporte social</p> <p>Avaliar tosse</p> <p>Avaliar transferência</p> <p>Avaliar transpiração</p> <p>Avaliar unha</p> <p>Avaliar urina</p> <p>Avaliar uso de hipertensivos</p> <p>Avaliar uso de meia elástica</p> <p>Coletar amostra de fezes para exames</p> <p>Coletar amostra de urina para exame laboratorial</p> <p>Coletar uma amostra de urina para exame</p> <p>Colocar fralda</p> <p>Colocar paciente agitado em ambiente protegido</p> <p>Colocar roupas adequadas a fim de evitar a alodinia</p> <p>Comunicar aceitação da dieta</p> <p>Comunicar ao médico alterações glicêmicas</p> <p>Comunicar ao médico alterações no padrão respiratório</p> <p>Comunicar aspecto e quantidade da secreção das vias aéreas</p> <p>Comunicar queda</p> <p>Comunicar sinais de dor</p> <p>Conter o paciente</p> <p>Controlar o discernimento entre pontiagudo e rombudo, quente e frio</p> <p>Controlar presença de cianose periférica</p> <p>Cuidar da sonda nasogástrica/nasoentérica/gástrica</p> <p>Cuidar do cateter de analgesia contínua</p> <p>Cuidar do cuidador</p> <p>Demonstrar exercícios ativos</p> <p>Demonstrar exercícios passivos</p> <p>Demonstrar o plano de cuidados ao cuidador</p> <p>Demonstrar técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada</p> <p>Demonstrar técnica de administração da dieta enteral</p> <p>Demonstrar técnica de lavagem da sonda nasogástrica/nasoentérica após a dieta e a medicação</p> <p>Demonstrar a família os cuidados prescritos</p>
---	---

(continua)

(continuação)

<p>Demonstrar ao cuidador os cuidados prescritos Desencorajar o sono durante o período do dia Desenvolver um plano de cuidados para a pele em pacientes com risco para disreflexia autonômica Determinar a atitude da família frente ao plano de cuidados Determinar a atitude do cuidador frente ao plano de cuidados Determinar a atitude do paciente frente ao plano de cuidados Determinar a capacidade de enfrentamento familiar Determinar a capacidade do cuidador frente ao plano de cuidados Determinar a causa da diarreia Determinar a causa da resistência uretral Determinar a causa da retenção urinária Determinar a causa do trauma uretral Determinar as causas do problema de relacionamento com o cuidador Determinar intervalo do cateterismo vesical, baseado na capacidade da bexiga e na ingestão de líquidos do paciente Determinar intervalo para o treino miccional Determinar o contexto social, econômico e cultural Determinar o impacto da dor no paciente Determinar o nível de estresse do cuidador Determinar o risco da incontinência urinária Determinar o tipo de relacionamento do cuidador com o paciente Diminuir estímulos durante a alimentação do paciente Discutir um plano de mudança de hábitos alimentares Elevar a cabeceira da cama, no ângulo de 45 a 90 graus ou sentar o paciente DA Elevar cabeceira do leito antes de transferir o paciente Elevar membro afetado Elevar membros inferiores Elevar pernas Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde Elogiar o comportamento positivo Elogiar realização das atividades de lazer Encaminhar a família ao serviço de psicologia Encaminhar a família para o serviço social Encaminhar o cuidador ao serviço de psicologia Encaminhar o paciente para o serviço social Encaminhar paciente ao grupo de orientação sobre a dor Encaminhar para as atividades Encaminhar para as aulas do programa Encaminhar para o grupo de orientação sexual Encaminhar para os grupos de orientação Encorajar adesão à dieta alimentar Encorajar adesão à dieta alimentar Encorajar adesão ao regime dietético e de exercícios físicos Encorajar atividades de lazer Encorajar capacidade para se ajustar</p>	<p>Encorajar comportamento de procura de saúde Encorajar execução o papel Encorajar o controle da bexiga Encorajar o paciente para adotar uma rotina para evacuar Encorajar paciente a discutir sua experiência de dor, quando adequado Encorajar paciente a monitorar a própria dor, quando adequado Encorajar paciente a participar das atividades propostas (artes, socialização, hidroterapia, exercícios, expressão corporal, relaxamento) Encorajar paciente a realizar respirações profundas Encorajar paciente a usar o vaso sanitário em intervalos regulares Encorajar participação em grupos de apoio Encorajar perda de peso Encorajar relações pessoais Encorajar tomada de decisão Encorajar uso da tosse Ensinar anatomia, fisiologia do intestino e os fatores que afetam o seu funcionamento, sobre os alimentos com alto teor de fibras e o uso de laxantes Ensinar aplicação das meias elásticas Ensinar cateterismo vesical, técnica limpa Ensinar cuidado/família a técnica de aspiração Ensinar cuidador os cuidados com a sonda nasogástrica/nasoenteral/gástrica Ensinar exercícios respiratórios Ensinar gerenciamento da dor Ensinar manuseio da cadeira de rodas Ensinar medidas de prevenção de infecção urinária Ensinar os cuidados com ferida Ensinar os horários e a administração dos hipoglicemiantes orais os horários, pico de ação e efeitos colaterais Ensinar os princípios do treinamento intestinal Ensinar paciente a monitorar e a lidar com a própria dor e a interferir adequadamente Ensinar paciente/cuidador a esvaziar a bexiga antes dos exercícios Ensinar princípios do treino miccional Ensinar quanto as metas do programa de reeducação vesical Ensinar quanto o uso da medicação (antibiótico profilático, alfabloqueadora e anticolinérgica) Ensinar sobre a administração da insulina, os horários, pico de ação e efeitos colaterais Ensinar sobre a importância da manutenção de equilíbrio de líquidos Ensinar sobre a medicação Ensinar sobre a prevenção de feridas Ensinar sobre manejo da medicação Ensinar sobre os sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia Ensinar sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia</p>
---	---

(continua)

<p>Ensinar sobre os sinais e sintomas de infecção urinária</p> <p>Ensinar sobre sinais e sintomas de hiperglicemia</p> <p>Ensinar técnica de tosse</p> <p>Ensinar técnica respiratória e de tosse</p> <p>Ensinar técnicas (manobras) para esvaziamento da bexiga (credé, valsalva, piparote, micção programada, cateterismo vesical técnica limpa)</p> <p>Ensinar técnicas não farmacológicas como relaxamento no tratamento da náusea</p> <p>Ensinar travar o freio da cadeira de rodas durante a transferência</p> <p>Ensinar treinamento intestinal</p> <p>Entrar em acordo com o cuidador e o paciente para comportamento positivo</p> <p>Envolver a família nas atividades do paciente</p> <p>Envolver a família no processo de tomada de decisão</p> <p>Envolver o cuidador no processo de tomada de decisão</p> <p>Estabelecer confiança entre a família e a equipe de enfermagem</p> <p>Estabelecer confiança entre o cuidador e a equipe de enfermagem</p> <p>Estabelecer limites</p> <p>Estabelecer rotinas</p> <p>Estimular a movimentação no leito, dentro dos limites seguros</p> <p>Estimular atividade física</p> <p>Estimular aumento da ingestão de líquidos</p> <p>Estimular comunicação não verbal</p> <p>Estimular comunicação verbal e não verbal</p> <p>Estimular controle de líquidos</p> <p>Estimular descanso</p> <p>Estimular expectoração</p> <p>Estimular ingestão de líquidos</p> <p>Estimular marcha, dentro dos limites seguros</p> <p>Estimular movimentação passiva ou ativa do membro afetado</p> <p>Estimular mudança de decúbito</p> <p>Estimular realização de exercícios</p> <p>Estimular realização dos exercícios e das atividades motoras</p> <p>Estimular reeducação alimentar</p> <p>Estimular saída do leito</p> <p>Estimular uso de técnicas de respiração</p> <p>Estimular uso de técnicas de tosse</p> <p>Evitar colocar o paciente em posição que aumenta a dor</p> <p>Evitar discutir com o paciente</p> <p>Evitar movimentos dos membros acima da amplitude articular</p> <p>Evitar procedimentos durante o sono do paciente</p> <p>Examinar pele na busca de alterações na integridade</p> <p>Executar estímulo dígito anal</p> <p>Explicar as causas da dor</p> <p>Explicar sobre a importância da dieta na reabilitação do paciente</p> <p>Explicar sobre a importância do sono</p>	<p>Explicar técnica de administração da dieta ao paciente com deglutição prejudicada</p> <p>Facilitar a discursão das mudanças na imagem corporal</p> <p>Facilitar a meditação e a oração</p> <p>Facilitar adesão ao cateterismo vesical técnica limpa</p> <p>Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados</p> <p>Facilitar capacidade do cuidador para comunicar sentimentos</p> <p>Facilitar capacidade do cuidador para participar no plano de cuidados</p> <p>Facilitar execução do papel</p> <p>Facilitar habilidade para comunicar-se</p> <p>Fazer progredir (ou promover) a mobilidade</p> <p>Fazer Rastreamento (Screening) da labilidade emocional</p> <p>Fazer rastreamento de humor deprimido do cuidador</p> <p>Fornecer apoio emocional</p> <p>Fornecer informações sobre condição de saúde</p> <p>Fornecer instrumento para controle de líquidos</p> <p>Fornecer material para comunicação</p> <p>Garantir continuidade do cuidado com a dieta do paciente</p> <p>Gerenciar a ansiedade do cuidador</p> <p>Gerenciar a labilidade emocional</p> <p>Gerenciar comportamento agressivo</p> <p>Gerenciar crise convulsiva</p> <p>Gerenciar horários da administração da insulina</p> <p>Gerenciar processo de enfrentamento</p> <p>Gerenciar regime medicamentoso</p> <p>Hidratar pele</p> <p>Identificar a causa da agressividade</p> <p>Identificar a causa da constipação</p> <p>Identificar a causa da enurese</p> <p>Identificar a causa da incontinência intestinal</p> <p>Identificar a causa da incontinência urinária</p> <p>Identificar a causa do sangramento</p> <p>Identificar ações que facilitam a adesão à dieta</p> <p>Identificar alergia</p> <p>Identificar áreas de esperança</p> <p>Identificar as causas da instabilidade glicêmica</p> <p>Identificar atitude da família em relação ao cuidado</p> <p>Identificar causa da cefaleia</p> <p>Identificar causa da apneia</p> <p>Identificar causa da bradicardia</p> <p>Identificar causa da dispnéia</p> <p>Identificar causa da dor</p> <p>Identificar causa da náusea</p> <p>Identificar causa da taquicardia</p> <p>Identificar causa do vômito</p> <p>Identificar causas da obesidade</p> <p>Identificar causas do baixo peso</p> <p>Identificar causas do sobrepeso</p> <p>Identificar condição psicossocial da família</p> <p>Identificar condição psicossocial do cuidador</p>
--	--

(continuação)

<p>Identificar estímulo que precipitou a disreflexia autonômica</p> <p>Identificar fatores que aumentam a dor</p> <p>Identificar fatores que interferem na comunicação</p> <p>Identificar formas de comunicação utilizadas pelo paciente</p> <p>Identificar hábitos de eliminação intestinal</p> <p>Identificar ideação suicida</p> <p>Identificar motivo da agitação</p> <p>Identificar motivo da alucinação</p> <p>Identificar motivo da confusão</p> <p>Identificar o efeito colateral da medicação</p> <p>Identificar o medo</p> <p>Identificar o motivo da negação</p> <p>Identificar o motivo da preocupação</p> <p>Identificar o nível de ansiedade</p> <p>Identificar o padrão nutricional</p> <p>Identificar o sentimento de culpa</p> <p>Identificar o uso de substâncias que interferem no padrão de sono</p> <p>Identificar os fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação</p> <p>Identificar os fatores que impedem a aceitação do regime de segurança</p> <p>Identificar os fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso</p> <p>Identificar os medicamentos usados pelo paciente</p> <p>Identificar risco de desidratação</p> <p>Identificar risco de hemorragia</p> <p>Identificar riscos de queda do paciente, conforme o protocolo da instituição</p> <p>Implementar a técnica de treinamento intestinal</p> <p>Implementar cuidados com a promoção da micção</p> <p>Implementar cuidados com a traqueostomia</p> <p>Implementar cuidados com aspiração da orofaringe</p> <p>Implementar cuidados com aspiração da traqueostomia</p> <p>Implementar cuidados com oxigenoterapia (óculos nasal, cateter nasal, máscara de venturi)</p> <p>Implementar cuidados com pacientes em uso de aparelho gessado, conforme protocolo da instituição</p> <p>Implementar cuidados com pacientes em uso de tração cutânea, conforme protocolo da instituição</p> <p>Implementar cuidados com pacientes em uso de tração transesquelética, conforme protocolo da instituição</p> <p>Implementar medidas não medicamentosas para aliviar a dor (comunicação, relaxamento, posicionamento, estimulação cutânea, técnicas de distração)</p> <p>Implementar oxigenoterapia</p> <p>Implementar regime de manejo (controle) da disreflexia autonômica</p> <p>Inclinar cadeira de rodas</p> <p>Iniciar cateterismo vesical técnica limpa</p> <p>Iniciar crioterapia para o controle da dor</p> <p>Iniciar diário de glicemia</p> <p>Iniciar oxigenoterapia</p> <p>Iniciar plano de manejo (controle) de dor</p>	<p>Iniciar programa de reeducação vesical e intestinal</p> <p>Iniciar treino intestinal</p> <p>Inserir dispositivo de acesso vascular</p> <p>Instalar almofada na cadeira de rodas</p> <p>Instalar colchão de ar</p> <p>Instalar dispositivos de contenção</p> <p>Instalar grades na cama</p> <p>Instalar grades nas laterais da cama</p> <p>Instalar órteses</p> <p>Instalar sonda vesical de demora</p> <p>Instalar soroterapia</p> <p>Instruir sobre controle da convulsão</p> <p>Instruir sobre controle da disreflexia autonômica</p> <p>Interromper cateterismo vesical, técnica limpa, em caso de resistência ou trauma uretral</p> <p>Investigar fatores que provocaram as náuseas</p> <p>Investigar fatores que provocaram o vômito</p> <p>Investigar hábitos alimentares</p> <p>Manejar (controlar) a dieta</p> <p>Manejar (controlar) a dieta enteral</p> <p>Manejo (controle) da confusão</p> <p>Manter cabeceira do leito elevada antes de transferir o paciente</p> <p>Manter cabeceira elevada</p> <p>Manter cateterismo vesical, técnica limpa</p> <p>Manter elevação do membro afetado</p> <p>Manter grades no leito</p> <p>Manter hidratação das extremidades</p> <p>Manter inflado o cuff traqueal</p> <p>Manter monitor cardíaco</p> <p>Manter o ambiente seguro</p> <p>Manter o paciente perto da enfermaria</p> <p>Manter paciente assentado por 30 minutos após o término da refeição</p> <p>Manter paciente limpo e seco</p> <p>Manter região limpa e seca</p> <p>Manter sonda nasogástrica/nasoentérica/gástrica pérvia</p> <p>Manter sonda vesical de demora</p> <p>Manter vias aéreas abertas</p> <p>Manter vias aéreas limpas</p> <p>Medir (ou verificar) a dor (escala visual analógica)</p> <p>Medir volume urinário com ultrassom (Bladder Scan)</p> <p>Mensurar membro afetado</p> <p>Mensurar membros inferiores</p> <p>Minimizar a negação</p> <p>Minimizar a preocupação</p> <p>Minimizar barreiras ambientais</p> <p>Minimizar barreiras de comunicação</p> <p>Minimizar o efeito colateral da medicação</p> <p>Minimizar o estresse do paciente</p> <p>Minimizar o medo</p> <p>Minimizar os fatores que impedem a aceitação do regime de reabilitação</p> <p>Minimizar os fatores que impedem a aceitação do regime de segurança</p>
--	---

(continua)

(continuação)

<p>Minimizar os fatores que impedem a aceitação do regime medicamentoso</p> <p>Minimizar ruídos durante a noite</p> <p>Monitorar a labilidade emocional</p> <p>Monitorar aspecto macroscópico da urina</p> <p>Monitorar atitude em relação ao cuidado</p> <p>Monitorar atividades de lazer</p> <p>Monitorar atividades do paciente</p> <p>Monitorar bem-estar do paciente</p> <p>Monitorar capacidade do paciente em tossir efetivamente</p> <p>Monitorar características da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor)</p> <p>Monitorar características das secreções das vias aéreas</p> <p>Monitorar condição respiratória</p> <p>Monitorar condições de eliminação urinária e intestinal do paciente</p> <p>Monitorar continuidade do cuidado</p> <p>Monitorar cor, temperatura e umidade da pele</p> <p>Monitorar eliminação urinária</p> <p>Monitorar enfrentamento familiar</p> <p>Monitorar envolvimento familiar nas atividades do paciente</p> <p>Monitorar estado nutricional do paciente</p> <p>Monitorar execução do cuidado</p> <p>Monitorar frequência da eliminação intestinal</p> <p>Monitorar glicemia capilar</p> <p>Monitorar indicadores de hidratação (características do pulso, respiração, turgor, urina, consciência, mucosa oral, mucosa ocular)</p> <p>Monitorar ingestão e a eliminação de líquidos e eletrólitos, do paciente com vômitos.</p> <p>Monitorar náusea</p> <p>Monitorar náusea e vômito</p> <p>Monitorar nível de energia, fadiga, mal-estar e fraqueza do paciente</p> <p>Monitorar o humor deprimido</p> <p>Monitorar o potencial de agressividade do paciente</p> <p>Monitorar padrão de sono do paciente</p> <p>Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia)</p> <p>Monitorar participação em grupos de apoio</p> <p>Monitorar presença de dispnéia, fadiga</p> <p>Monitorar pressão sanguínea</p> <p>Monitorar quantidade e o tipo de expectoração</p> <p>Monitorar risco de queda</p> <p>Monitorar risco de resposta negativa à analgesia controlada</p> <p>Monitorar risco de resposta negativa à medicação analgésica</p> <p>Monitorar satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos</p> <p>Monitorar saturação de oxigênio por meio do oxímetro de pulso</p>	<p>Monitorar sinais de agitação</p> <p>Monitorar sinais de alucinações</p> <p>Monitorar sinais de confusão</p> <p>Monitorar sinais de desorientação</p> <p>Monitorar sinais e sintomas da disreflexia autonômica</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de aspiração</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de constipação</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de diarreia</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia e/ou hipoglicemia</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de impactação</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de resistência uretral</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de trauma uretral</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Monitorar sinais vitais e o estado físico do paciente</p> <p>Monitorar tolerância à atividade</p> <p>Monitorar volume da bexiga com ultrassom (Bladder Scan)</p> <p>Monitorar vômito</p> <p>Monitorizar frequência respiratória, ritmo, profundidade e esforço respiratório</p> <p>Observar aceitação da dieta</p> <p>Observar capacidade do cuidador para participar no plano de cuidados</p> <p>Observar comportamento/humor do paciente durante as atividades do dia e/ou em relação a dor</p> <p>Observar e registrar fatores que contribuem para o aparecimento da náusea</p> <p>Observar engasgos do paciente durante as refeições</p> <p>Observar o cuidador na prestação dos cuidados</p> <p>Observar o padrão de sono</p> <p>Observar obstrução do cateter urinário implantado (SVD)</p> <p>Observar presença de náuseas e vômitos</p> <p>Observar presença de sangramentos</p> <p>Observar presença e qualidade dos pulsos</p> <p>Observar retenção urinária</p> <p>Observar sangramento após o cateterismo vesical</p> <p>Observar sinais e sintomas da disreflexia autonômica</p> <p>Observar sinais e sintomas da hipertensão (vertigens, dores de cabeça)</p> <p>Observar sinais e sintomas de piora respiratória</p> <p>Observar sinais e sintomas na crise convulsiva.</p> <p>Obter dados de conhecimento sobre medidas de segurança</p>
---	---

(continua)

(continuação)

<p>Obter dados de conhecimento sobre processo saúde-doença</p> <p>Obter dados durante admissão do paciente</p> <p>Obter dados sobre a dieta do paciente</p> <p>Obter dados sobre aceitação da família a condição de saúde do paciente</p> <p>Obter dados sobre alergia</p> <p>Obter dados sobre alergia a picada de inseto</p> <p>Obter dados sobre alergia alimentar</p> <p>Obter dados sobre alergia ao látex</p> <p>Obter dados sobre alergia medicamentosa</p> <p>Obter dados sobre apoio da tomada de decisão</p> <p>Obter dados sobre atitude frente ao gerenciamento da medicação</p> <p>Obter dados sobre atividades de lazer</p> <p>Obter dados sobre baixa autoestima</p> <p>Obter dados sobre capacidade da família para executar o cuidado</p> <p>Obter dados sobre capacidade do cuidador para executar o cuidado</p> <p>Obter dados sobre capacidade do cuidador para gerenciar estresse</p> <p>Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar)</p> <p>Obter dados sobre capacidade para continuar com o cuidado</p> <p>Obter dados sobre cognição</p> <p>Obter dados sobre cognição</p> <p>Obter dados sobre conhecimento da doença</p> <p>Obter dados sobre conhecimento da família</p> <p>Obter dados sobre controle da convulsão.</p> <p>Obter dados sobre controle da disreflexia autonômica</p> <p>Obter dados sobre desempenho sexual</p> <p>Obter dados sobre disfunção sexual</p> <p>Obter dados sobre disposição ou prontidão da família para aprender</p> <p>Obter dados sobre disposição ou prontidão do cuidador para aprender</p> <p>Obter dados sobre enurese</p> <p>Obter dados sobre labilidade emocional</p> <p>Obter dados sobre memória</p> <p>Obter dados sobre o tratamento da diabetes</p> <p>Obter dados sobre orientação</p> <p>Obter dados sobre preocupação</p> <p>Obter dados sobre prevenção de queda</p> <p>Obter dados sobre processo de comunicação</p> <p>Obter dados sobre queda</p> <p>Obter dados sobre regime dietético e prática de exercícios físicos</p> <p>Obter dados sobre relações sociais</p> <p>Obter dados sobre risco de estresse do cuidador</p> <p>Obter dados sobre satisfação da decisão tomada</p> <p>Oferecer a tábua de letras</p>	<p>Oferecer alimentos na consistência prescrita</p> <p>Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta, tábua de letras, computador</p> <p>Oferecer cadeira de rodas conforme sua necessidade</p> <p>Oferecer crioterapia</p> <p>Oferecer instrumento para controle de líquidos</p> <p>Oferecer papagaio ou comadre</p> <p>Orientar a posição ventral</p> <p>Orientar alimentação do paciente desnutrido</p> <p>Orientar alívio de pressão na cadeira de rodas</p> <p>Orientar as atividades do autocuidado</p> <p>Orientar atitudes que favorecem a saúde</p> <p>Orientar aumento da hidratação</p> <p>Orientar cabeceira elevada após a alimentação</p> <p>Orientar comportamentos necessários ao paciente de modo a satisfazer ao papel</p> <p>Orientar consistência dos alimentos indicada ao paciente</p> <p>Orientar cuidador a lavar a sonda após a dieta enteral e a medicação</p> <p>Orientar cuidador sobre a técnica de relaxamento</p> <p>Orientar cuidador sobre o plano de cuidados</p> <p>Orientar cuidador sobre reabilitação</p> <p>Orientar cuidador/família a manutenção das vias aéreas limpas</p> <p>Orientar cuidados com a mucosa</p> <p>Orientar cuidados com a pele</p> <p>Orientar cuidados com a pele e o couro cabeludo</p> <p>Orientar cuidados com ferida</p> <p>Orientar cuidados com ferida cirúrgica</p> <p>Orientar cuidados com os membros edemaciados</p> <p>Orientar cuidados com prótese dentária</p> <p>Orientar estímulo dígito anal em dias alternados</p> <p>Orientar exercícios respiratórios</p> <p>Orientar família apoiar o cuidador</p> <p>Orientar família sobre alucinação</p> <p>Orientar família sobre confusão</p> <p>Orientar família sobre falta de concentração</p> <p>Orientar família sobre o plano de cuidados</p> <p>Orientar família sobre reabilitação</p> <p>Orientar família sobre regime dietético</p> <p>Orientar hidratação da pele</p> <p>Orientar ingestão de líquidos</p> <p>Orientar medidas de segurança</p> <p>Orientar mudança de decúbito</p> <p>Orientar na identificação das causas, sinais e sintomas, medidas de prevenção e controle da disreflexia autonômica</p> <p>Orientar na identificação dos estímulos nocivos capazes de precipitar a disreflexia autonômica</p> <p>Orientar no cuidado da pele ou lesão de pele</p> <p>Orientar o cuidador a não deixar o paciente sozinho</p> <p>Orientar o descanso após as atividades físicas (autocuidado, transferências)</p>
--	--

(continua)

(continuação)

<p>Orientar o paciente</p> <p>Orientar o paciente a fazer o rodizio na aplicação da insulina</p> <p>Orientar o paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam a dor</p> <p>Orientar o paciente a reduzir ou eliminar os fatores que aumentam o risco de queda</p> <p>Orientar o paciente sobre possível efeito colateral da medicação</p> <p>Orientar o registro diário de glicemia</p> <p>Orientar o uso de medicamentos para ereção</p> <p>Orientar paciente a mastigar bem os alimentos</p> <p>Orientar posicionamento para alívio da dor</p> <p>Orientar quanto ao repouso</p> <p>Orientar repouso com a cabeceira elevada</p> <p>Orientar sobre a dor neuropática</p> <p>Orientar sobre a importância da autopercepção</p> <p>Orientar sobre a importância da continuidade do cuidado na reabilitação</p> <p>Orientar sobre a importância da crioterapia para o controle dor</p> <p>Orientar sobre a importância da dieta e da atividade física</p> <p>Orientar sobre a importância da monitorização laboratorial</p> <p>Orientar sobre a importância das medidas de segurança</p> <p>Orientar sobre a importância do uso da medicação</p> <p>Orientar sobre a maneira de tossir efetivamente</p> <p>Orientar sobre a mudança de decúbito</p> <p>Orientar sobre a necessidade de ajuda de terceiros</p> <p>Orientar sobre a negligência unilateral (heminégligência)</p> <p>Orientar sobre a técnica de aplicação da insulina</p> <p>Orientar sobre a técnica de glicemia capilar</p> <p>Orientar sobre a terapia do humor (riso)</p> <p>Orientar sobre alternativas para alívio da dor</p> <p>Orientar sobre anatomia e fisiologia sexual</p> <p>Orientar sobre anestesia</p> <p>Orientar sobre as atividades</p> <p>Orientar sobre as complicações da doença</p> <p>Orientar sobre as medidas de segurança</p> <p>Orientar sobre as técnicas seguras de transferências</p> <p>Orientar sobre autocuidado com a pele e o couro cabeludo</p> <p>Orientar sobre benefícios do lazer</p> <p>Orientar sobre cuidados com os dispositivos (órteses e auxílios locomoção)</p> <p>Orientar sobre expectativas</p> <p>Orientar sobre importância na execução do papel</p> <p>Orientar sobre manejo (controle) de dor</p> <p>Orientar sobre o comportamento da raiva</p> <p>Orientar sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade</p> <p>Orientar sobre o manejo da dor</p> <p>Orientar sobre o papel sexual</p>	<p>Orientar sobre o procedimento cirúrgico</p> <p>Orientar sobre o uso da tábua de comunicação</p> <p>Orientar sobre o uso e os efeitos da medicação anticoagulante</p> <p>Orientar sobre os cuidados com ferida</p> <p>Orientar sobre os cuidados com os pés</p> <p>Orientar sobre os curativos</p> <p>Orientar sobre os horários de administração da medicação</p> <p>Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso</p> <p>Orientar sobre prevenção de quedas</p> <p>Orientar sobre processo saúde-doença</p> <p>Orientar sobre promoção da saúde</p> <p>Orientar sobre técnica de autocuidado</p> <p>Orientar técnica de relaxamento muscular</p> <p>Orientar técnicas de adaptação da negligência unilateral (heminégligência)</p> <p>Orientar técnicas de atenção</p> <p>Orientar técnicas de orientação</p> <p>Orientar técnicas de treinamento da memória</p> <p>Orientar técnicas para melhorar a comunicação</p> <p>Orientar um ambiente seguro</p> <p>Orientar uso da cinta elástica</p> <p>Orientar uso da medicação anti-hipertensivos</p> <p>Orientar uso das faixas de contenção de membros inferiores na cadeira de rodas</p> <p>Orientar uso de adaptações para o autocuidado em pessoas com negligência unilateral (heminégligência)</p> <p>Orientar uso de almofadas para o melhor posicionamento no leito</p> <p>Orientar uso de meias elásticas</p> <p>Orientar uso do papagaio ou comadre</p> <p>Ouvir atentamente</p> <p>Posicionar decúbito lateral a fim de evitar o engasgue com a própria saliva ou vômito, durante a crise convulsiva</p> <p>Posicionar paciente em decúbito ventral</p> <p>Prescrever meias elásticas</p> <p>Prevenir alergia</p> <p>Prevenir alergia a medicação</p> <p>Prevenir alergia alimentar</p> <p>Prevenir candidíase</p> <p>Prevenir constipação intestinal</p> <p>Prevenir dermatite seborreica</p> <p>Prevenir eczema</p> <p>Prevenir eritema</p> <p>Prevenir ferida</p> <p>Prevenir lesão de pele durante a agitação</p> <p>Prevenir lesão de pele durante a crise convulsiva</p> <p>Prevenir quedas durante a confusão</p> <p>Prevenir quedas em paciente com risco para convulsão</p> <p>Prevenir trauma</p> <p>Prevenir úlcera por pressão</p>
--	--

(continua)

(continuação)

<p>Promover ações para minimizar os estímulos nocivos capazes de precipitar a disreflexia autonômica</p> <p>Promover apoio emocional</p> <p>Promover apoio espiritual</p> <p>Promover autoconceito</p> <p>Promover autoimagem</p> <p>Promover conforto para o paciente</p> <p>Promover enfrentamento familiar eficaz</p> <p>Promover o conhecimento</p> <p>Promover o conhecimento sobre doença</p> <p>Promover papel do cuidador</p> <p>Promover processo familiar eficaz</p> <p>Promover técnica de relaxamento</p> <p>Proporcionar a autonomia</p> <p>Proporcionar a independência</p> <p>Proteger o paciente com uso de imobilizadores para limitar a agitação.</p> <p>Providenciar protetor auricular afim de reduzir os ruídos</p> <p>Providenciar um ambiente seguro</p> <p>Providenciar vigilância contínua do paciente e do ambiente.</p> <p>Puncionar acesso venoso</p> <p>Realizar a massagem abdominal e/ou estímulo dígito-anal</p> <p>Realizar alterações de ambiente para proporcionar o sono adequado</p> <p>Realizar ausculta respiratória</p> <p>Realizar bandagem de compressão</p> <p>Realizar cateterismo vesical</p> <p>Realizar cateterismo vesical, técnica asséptica</p> <p>Realizar cateterismo vesical, técnica limpa</p> <p>Realizar cateterismo vesical, técnica limpa com sonda de nelaton de menor calibre, conforme indicação</p> <p>Realizar compressão a fim de estancar o sangramento</p> <p>Realizar compressão abdominal</p> <p>Realizar curativo compressivo</p> <p>Realizar eletrocardiograma</p> <p>Realizar glicemia capilar</p> <p>Realizar higiene oral após o vômito</p> <p>Realizar medidas de alívio da dor, quando necessário</p> <p>Realizar mudança de decúbito</p> <p>Realizar mudança de decúbito a cada três horas</p> <p>Realizar nebulização</p> <p>Realizar nebulização de acordo com a prescrição</p> <p>Realizar reunião com a família</p> <p>Realizar reunião com o cuidador</p> <p>Realizar reunião familiar</p> <p>Realizar técnica de transferência usando aparato de elevação</p> <p>Realizar terapia de relaxamento</p> <p>Reduzir luminosidade durante a noite</p> <p>Reduzir ansiedade</p> <p>Reduzir estímulos ambientais</p> <p>Reduzir fatores ambientais que precipitem ou aumentem a experiência de dor</p> <p>Reforçar adesão no tratamento da dor</p>	<p>Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais da equipe</p> <p>Reforçar capacidades para executar o papel</p> <p>Reforçar comportamento positivo do paciente no manejo (controle) da dor</p> <p>Reforçar conquistas no manejo da dor</p> <p>Reforçar cuidados com a manutenção do peso</p> <p>Reforçar cuidados com a sonda nasogástrica/nasoentérica/gástrica</p> <p>Reforçar cuidados para controle da disreflexia autonômica</p> <p>Reforçar cuidados para o controle da convulsão</p> <p>Reforçar importância da atividade de lazer</p> <p>Reforçar o autoconceito</p> <p>Reforçar o enfrentamento</p> <p>Reforçar os cuidados para readaptação do paciente com negligência unilateral (heminégligência)</p> <p>Reforçar a importância da continuidade do cuidado na reabilitação</p> <p>Reforçar a importância da reabilitação</p> <p>Reforçar a importância do controle de líquidos</p> <p>Reforçar técnica de exercício muscular ou articular</p> <p>Registrar alergia</p> <p>Registrar ingestão de líquidos e a eliminação de urina</p> <p>Registrar a data da última eliminação intestinal</p> <p>Registrar aspecto da secreção</p> <p>Registrar características da dor, incluindo local, início, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes</p> <p>Registrar comportamento do paciente indicativo de alucinação</p> <p>Registrar eliminação débito urinário</p> <p>Registrar frequência, volume e aspecto dos vômitos</p> <p>Registrar ingestão de líquidos</p> <p>Registrar o aspecto e frequência das eliminações intestinais</p> <p>Registrar padrão do sono do paciente</p> <p>Regular a ingestão de líquidos conforme a necessidade</p> <p>Regular descanso durante o período do dia</p> <p>Regular horário para eliminação intestinal</p> <p>Regular infusão da dieta enteral de acordo com a aceitação do paciente</p> <p>Relatar condição do paciente à família</p> <p>Remover estímulo causador da disreflexia autonômica</p> <p>Remover manualmente as fezes do paciente</p> <p>Remover objetos perigosos do ambiente próximo ao paciente.</p> <p>Remover vestuário ou meias elásticas ou dispositivo apertados</p> <p>Responsabilizar o paciente pelo seu comportamento</p> <p>Retirar as fezes manualmente, quando necessário</p> <p>Solicitar acompanhante</p> <p>Solicitar avaliação da assistente social</p>
---	---

(continua)

(continuação)

Solicitar avaliação da fonoaudióloga Solicitar avaliação da nutricionista Solicitar avaliação da pedagogia Solicitar avaliação da psicóloga Solicitar avaliação médica Solicitar cinta elástica abdominal Solicitar dieta laxativa Solicitar dieta obstipante e líquidos isotônicos Solicitar fisioterapia respiratória Solicitar o acompanhamento familiar na facilitação da comunicação Supervisionar a realização do cateterismo vesical, técnica limpa, até que esteja apto a fazê-lo sozinho Supervisionar controle de líquidos Supervisionar cuidador na administração da dieta oral ao paciente com deglutição prejudicada Supervisionar ingestão de líquidos Supervisionar na realização do curativo Supervisionar o cuidador na execução do plano de cuidados Supervisionar o cuidador na prestação dos cuidados Supervisionar o paciente nas realizações das atividades físicas (autocuidado, transferências) Suspender administração do alimento Suspender administração do fármaco Tratar candidíase Tratar eritema Tratar ferida Tratar lesão de pele, quando presente Tratar úlcera por pressão Treinar aplicação da insulina Treinar as técnicas de comunicação	Treinar cateterismo vesical técnica limpa Treinar concentração Treinar cuidador na administração da dieta enteral Treinar técnica de glicemia capilar Treinar técnicas de adaptação Trocar a fralda a cada três horas ou quando necessário Trocar a fralda quando a cada três horas Trocar bandagem de compressão Trocar curativo Trocar fralda Trocar roupa Usar comunicação não verbal Usar estratégias para melhorar a atenção Usar estratégias para melhorar a comunicação Usar lúdico na comunicação Usar material sem látex Usar lúdico na comunicação Usar material sem látex Usar técnicas terapêuticas para facilitar a comunicação Usar toque e os gestos para incentivar a comunicação Usar uma abordagem calma e segura Utilizar dispositivos de apoio para manter o alinhamento corporal Utilizar faixas de contenção para membros inferiores na cadeira de rodas Utilizar técnica de treinamento de bexiga Utilizar técnica de treinamento do intestino Verificar balanço hídrico Verificar oximetria Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por sonda
--	---