

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

**CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA DA
INFORMAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

**RIO GRANDE
2006**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

**RIO GRANDE
2006**

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

**CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do PPGEnf/FURG

Banca Examinadora

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente (FURG)

Prof. Dra. Adelina Giacomelli Prochnow
Membro Efetivo (UFSM)

Prof. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Membro Efetivo (FURG)

Prof. Dra. Valéria Lerch Lunardi
Membro Suplente (FURG)

OBRIGADO

A meus filhos,
Diogo e Júlia,
pelo apoio e
ausências.

À minha mãe Adélia
e irmãs, pelo auxílio
e incentivo.

Aos colegas de
Curso pela
cumplicidade
e solidariedade.

Aos professores
do Curso
pelos saberes
e vivências.

Ao Prof. Wilson
pela paciência
e compreensão.

E, principalmente
à Eloísa, ao Sandro,
Rodrigo e Rafael,
pelo acolhimento
e amizade.

“Na tentativa de chegar à verdade, eu recorri a todos os lugares para a obtenção de informações, porém quase nunca consegui obter registros hospitalares apropriados para qualquer finalidade de comparação. Se pudessem ser obtidos, nos permitiriam decidir muitas outras questões além daquela aludida. Mostrariam aos contribuintes como seu dinheiro está sendo gasto, que benefícios estão sendo conseguidos com ele, ou se o dinheiro não esteve produzindo discórdias em vez de fazer o bem”.

Florence Nightingale

RESUMO

BUSANELLO, Rozelaine Maria. A contribuição da tecnologia da informação à implementação da sistematização da assistência de enfermagem. 2006. 75 f. + apêndices. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A enfermagem vem, ao longo do tempo, fazendo uso das mais diversas tecnologias para o exercício da profissão. Dentre elas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma das mais importantes para o profissional enfermeiro, pois, além de ser uma atividade exclusiva, possibilita um cuidado diferenciado, permite a sua avaliação e proporciona um novo olhar ao seu fazer. A realização deste estudo teve como objetivo geral contribuir para o desenvolvimento de aplicativo específico à informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem para incrementar, desta forma, a qualidade do cuidado de enfermagem e como objetivos específicos elaborar Protocolos de Ações/Intervenções de Enfermagem relacionados com os Diagnósticos de Enfermagem e analisar sua aplicabilidade e aceitação de seu uso pela equipe de enfermagem na Unidade Toco-Ginecológica, no Setor de Obstetrícia e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário de Santa Maria-RS, sendo utilizada para a sua realização a pesquisa convergente-assistencial. Traz como contribuição para o exercício da SAE o processo de enfermagem informatizado, utilizando como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e a linguagem taxonômica dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, contemplando Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Ações/Intervenções de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Nota de Alta. Para as ações de enfermagem, foram construídos protocolos vinculados aos diagnósticos, utilizando a revisão de bibliografia específica, a vivência profissional, bem como algumas normativas institucionais. A ferramenta utilizada para o desenvolvimento do programa foi o Delphi 6.0, através de uma parceria com profissional da área da informática. Constatou-se que o uso da informática auxilia o desenvolvimento da SAE, principalmente, ao utilizar o computador à beira do leito, bem como quando se utilizam os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e que os profissionais necessitam de aperfeiçoamento, no que concerne à sua utilização com acurácia. Percebeu-se ainda que, para que a SAE se efetive concretamente, é necessário o envolvimento, não somente daqueles enfermeiros ligados diretamente à prática assistencial, mas das estruturas institucionais que o apoiem e forneçam subsídios qualitativos e quantitativos, instrumentalizando-os para esta prática.

Descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada; Processo de Enfermagem Informatizado; enfermagem e informática.

ABSTRACT

BUSANELLO, Rozelaine Maria. The contribution of information technology to implement the nursing process. 2006. 75 p. + Appendixes. Dissertation (Nursing mastership), Federal University of Rio Grande Foundation, Rio Grande.

Nursing has, through time, made use of the most various technologies in the exercise of the profession. Amongst them, the Nursing Process constitutes one of most importance to the professional nurse, hence, beyond being an exclusive activity, makes possible a differential care, allowing the evaluation of the later and its view over a new light. This study had as general objective to contribute for the development of a specific applicative for the computerizing of the Nursing Process as to increment, by doing so, the quality of the nursing care and as specific objectives to elaborate Nursing Actions/Interventions Protocols that relate to Nursing Diagnostics and to analyze its applicability and level of its use acceptance by the nurse team in the Tocogynecologic Unit, in the Obstetric and Joint Lodgment Sector of the University Hospital of Santa Maria/RS. The Assistential Convergent Research was utilized for its realization. It brings as contribution to the exercise of Nursing Process, the process of computerized nursing, using as reference the Basic Human Needs theory of Wanda de Aguiar Horta and the taxonomic language for the Nursing Diagnostics from NANDA, contemplating the Nursing Detailed Report, Nursing Diagnosis, Nursing Actions/Interventions, Nursing Evolution and Release Note. For the nursing actions, protocols were built linked to the diagnostics, utilizing the revision of specific bibliography, experiences of professional life, as well as some norms from the institution. The tool used for the development of the program was Delphi 6.0, through a partnership with a professional from the informatics area. It was stated that the use of informatics helps the development of Nursing Process, especially when using the Nursing Diagnostics of NANDA and also when using the computer by the bed, and that the professionals need perfecting in what concerns its utilization with accuracy. It was also noticed that, for Nursing Process to be concretely established, involvement is needed, not only from the nurses directly connected to the assistential practice, but for the institutional structures to support it and to supply quantitative and qualitative subsidies, providing the instruments for this practice.

Descriptors: Computerizing Nursing Process, Nursing and information technology

RESÚMEN

Busanello, Rozelaine Maria, Las contribuciones de la tecnología de información al implante del proceso de enfermería. 2006. 75f.+ apéndices. Disertación (mestrado em enfermería), Fundação Universidad Federal de Rio Grande.

La enfermería viene, a mucho tiempo, haciendo el uso de las más variables tecnologías para el ejercicio de la profesión. Entre ella está el proceso de enfermería constituye un proceso de trabajo de lo más importante para el profesional enfermero, pues a más de ser una actividad exclusiva, posibilita un cuidado diferenciado, permite el examen de este y proporciona un nuevo enfoque al ser hecho. Tuvo como objetivo general contribuir para el desenvolvimiento del aplicativo específico a la informatización de la asistencia de enfermería para incluir de esta manera, la calidad del cuidado de enfermería y con objetivos específicos elaborar protocolos de acciones / intervenciones de enfermería y analizar su aplicabilidad y aceptación del uso por la equipe de enfermeros en la unidad Toco-Ginecológica, en el sector de Obstetricia y Alojamiento Conjunto del Hospital Universitario de Santa Maria, siendo utilizada para la realización de la investigación convergente-asistencial. Trae como contribución para el ejercicio del proceso de enfermería informatizada, utilizando como referencia la teoría de las necesidades humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta y el lenguaje taxonómico de los diagnósticos de enfermería de NANDA, contemplando el currículo de enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Acciones/Intervenciones de Enfermería, Evoluciones de Enfermería y Nota de Alta. Para las acciones de enfermería, fueron construidos protocolos vinculados a los diagnósticos, utilizando la revisión de bibliografía específica, la vivencia profesional, como también algunas normas institucionales. La herramienta utilizada para el desenvolvimiento del programa fue el Delphi 6.0, a través de una unión con el profesional de la área de informática. Fue comprobado que el uso de la informática ayuda el desenvolvimiento del proceso de enfermería, principalmente, al utilizar la computadora junto al lecho, así como cuando se utilizan los diagnósticos de enfermería de NANDA y que los profesionales necesitan de mucho preparo en lo que concierne a su utilización con eficaz atención. Se nota que para el proceso de enfermería se efective concretamente es necesario el involucramiento, no solamente de aquellos enfermeros que están directamente en la práctica asistencial pero más aún aquellos que están en las estructuras institucionales que lo apoyen y deán subsidios cualitativos y cuantitativos, instrumentalizando-los para esta práctica.

Descriptores: Sistematización de la Asistencia de la Enfermería Informatizada; Proceso de Enfermería Informatizada; Enfermería e Informática.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fases do projeto de desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem	24
Figura 2 – Tela geral com abertura de janela para cadastro da enfermeira	45
Figura 3 – Tela para o cadastro da enfermeira	46
Figura 4 – Tela do Histórico de Enfermagem Adulto – identificação	47
Figura 5 – Tela do Histórico de Enfermagem Adulto – história atual	48
Figura 6 – Tela do Histórico de Enfermagem Adulto – necessidades básicas	49
Figura 7 – Tela do Histórico de Enfermagem – exame físico	50
Figura 8 – Tela para cadastro dos Diagnósticos de Enfermagem – Ações/Intervenções de Enfermagem	51
Figura 9 – Tela para seleção dos Diagnósticos de Enfermagem	52
Figura 10 – Tela após seleção dos Diagnósticos de Enfermagem, para a seleção das Ações/Intervenções de Enfermagem e aprazamento	53
Figura 11 – Tela para impressão dos DE selecionados, contendo data de abertura e data de fechamento	53
Figura 12 – Tela Evolução de Enfermagem – cadastro de internação	54
Figura 13 – Tela Evolução de Enfermagem – dados subjetivos, objetivos e avaliação dos cuidados prescritos	55
Figura 14 – Tela da Nota de Alta	56
Figura 15 – Tela para impressão da Nota de Alta	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
HEI	Histórico de Enfermagem Informatizado
HERN	Histórico de Enfermagem do Recém-nascido
HEA	Histórico de Enfermagem Adulto
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EE	Evolução de Enfermagem
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
NANDA	<i>North American Nursing Diagnoses Association</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	18
3. A ENFERMAGEM SEGUINDO O RUMO EVOLUTIVO	19
3.1 A tecnologia da informação como ferramenta do cuidado	19
3.1.1 O passo a passo tecnológico	22
3.1.2 Seguindo o rumo tecnológico	25
3.2 A sistematização da assistência de enfermagem	26
3.2.1 Trilhando um caminho norteador	28
4. METODOLOGIA	40
5. RESULTADOS	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7. REFERÊNCIAS	71
8. APÊNDICES	77

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da humanidade, em termos de conhecimento científico e tecnológico, na última metade do século XX, foi tão intenso que revolucionou o cotidiano, na forma de agir e pensar de comunidades, famílias e indivíduos, alterando seus modos de vida. Dessa forma, o progresso tecnológico trouxe e vem trazendo muitos benefícios, facilitando o desenvolvimento de atividades profissionais e exigindo, cada vez mais, dos profissionais a especialização.

A enfermagem, que surgiu como uma profissão essencialmente empírica, iniciou o seu desenvolvimento científico com Florence Nightingale, em meados do século XIX (GARCIA; NÓBREGA, 2001). Desde então, busca o aperfeiçoamento do seu conhecimento profissional, por meio da arte e da ciência do cuidar técnico e humanizado, como método de trabalho diferenciado e legitimado, procurando não só focar a patologia, mas também o indivíduo e seu comportamento frente ao processo saúde-doença, a fim de promover o seu bem-estar, preparando-o para melhor vivenciá-lo, inserindo-o no cuidado e valorizando sua singularidade. Nesse caminhar, com um olhar para o científico, direcionado à qualidade e à humanização da assistência, surgem teorias e marcos conceituais, tentando compreender fenômenos, unindo empirismo e cientificidade.

Cada teoria apresenta uma sistemática a ser seguida, norteando a assistência de enfermagem pela investigação, observação e pelo planejamento, denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Cabe aqui ressaltar que essa terminologia encontra referência no Brasil, sendo conhecida na literatura internacional como “Processo de Enfermagem” (MARIN, 2004).

A SAE é um método científico de assistir o cliente/paciente, numa tentativa de alcançar sua totalidade, respeitando sua individualidade. Segundo a Lei do Exercício Profissional nº

7.489/86 e conforme a Resolução COFEN nº 272/2002, no seu Artigo 2º, é atividade exclusiva do enfermeiro. Dessa forma, “sua implantação deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada”. Entretanto, evidencia-se que a maioria das instituições de saúde não vem cumprindo essa determinação e, mesmo no meio acadêmico, parece não haver suficiente ênfase na utilização do processo de enfermagem, formando novos profissionais ainda pouco preparados e, portanto, pouco comprometidos, no que tange à utilização da SAE.

Buscando qualificar o serviço de enfermagem e, dessa forma, cumprir a determinação do COFEN, o Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM) vem, desde 2002, retomando o estudo para a implantação da SAE. Para tanto, optou-se por utilizar o referencial teórico baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e, para o sistema de classificação diagnóstica, a Taxinomia II da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA).

O HUSM é hospital de referência na localidade central do Estado do Rio Grande do Sul, sendo um dos únicos hospitais da região que atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São prestados diversos serviços em 18 especialidades, o que faz com que a demanda seja superior a sua capacidade física e pessoal. Desde a sua fundação, em 1970, é órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), servindo como hospital de ensino, voltado também para a pesquisa e assistência em saúde. São prestados atendimentos nos 309 leitos das Unidades de Internação e nos 27 leitos das Unidades de Tratamento Intensivo, além das 67 salas de ambulatório, 09 salas para atendimento de emergência, 06 salas do Centro Cirúrgico e 02 salas do Centro Obstétrico, sempre procurando aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados (www.husm.ufsm.br).

A equipe do HUSM, mesmo que em número menor em relação ao ideal preconizado na legislação pelo COFEN para o dimensionamento de pessoal (Resolução COFEN 293/2004), é

composta por 189 docentes das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e odontomatologia; 1199 funcionários, em nível de apoio médio e superior; 212 funcionários de serviços terceirizados, além de 1053 alunos de graduação da UFSM, acrescidos de estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos de diferentes áreas. Na Instituição, foram realizadas, segundo as médias mensais de 2004, em torno de: 889 internações; 593 cirurgias; 156 partos; 10.562 consultas ambulatoriais; 4.459 consultas no Pronto Atendimento; 2.225 sessões de Fisioterapia; 66.972 exames (www.husm.ufsm.br).

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo foi a Unidade Toco-Ginecológica. Localizada no 2º andar do HUSM, possui 32 leitos, assim distribuídos: 11 leitos para ginecologia e mastologia e 21 leitos para alojamento conjunto. Seu quadro de profissionais da área da enfermagem, no momento atual, é composto por 07 enfermeiras e 13 técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos em 5 turnos de trabalho (manhã, tarde, noite 1, noite 2 e noite 3). Os profissionais da área da saúde, que exercem suas atividades diretamente no cuidado da população, direcionam sua atuação, priorizando o *fazer* assistencial que, por sua vez, exige um processo reflexivo para poder discernir e decidir como aplicar o conhecimento (TRENTINI; PAIM, 2004). Por ser um hospital de ensino, o HUSM possibilita e fomenta o desenvolvimento de pesquisas, buscando a excelência, em termos de assistência.

Na sua trajetória existencial como instituição de ensino e prestadora de assistência à saúde, o HUSM utilizava, como atividade da enfermeira, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nos anos 80 do século XX. Como aluna egressa do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFSM, vivenciei esta prática no período compreendido entre 1984 e 1986. No entanto, essa ação da enfermeira não perseverou e, hoje, frente à necessidade e, especialmente, diante de sua exigência legal, busca-se retomar essa

forma de planejamento e implementação do cuidado que caracteriza a função, o papel e traduz a identidade e imagem profissional do enfermeiro.

No ano de 2001, um grupo de enfermeiras do HUSM, em busca de estratégias para melhoria da qualidade do cuidado e do desempenho da enfermeira, promoveu, em conjunto com o Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFSM, encontros mensais, visando à obtenção de meios para tais objetivos. Em dezembro de 2002, o grupo dividiu-se em dois subgrupos; um deles estruturou a Visão, Missão e os Valores para o Serviço de Enfermagem do HUSM; e o outro, denominado “Grupo da SAE”, responsabilizou-se pela estruturação e implantação da SAE. Este último grupo prosseguiu com reuniões semanais até julho de 2005, promovendo estudos, reflexões e sensibilização dos profissionais, em busca de metodologia e normas e rotinas específicas.

Durante o período de existência desse grupo, do qual atuei como coordenadora, decidiu-se por trabalhar a SAE baseada na Teoria de Wanda de Aguiar Horta - Teoria das Necessidades Humanas Básicas, utilizando as seguintes fases: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem ancorado na Taxonomia II da *North American Diagnoses Nursing* (NANDA), Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem. Optou-se, também, por trabalhar com Nota de Alta, ao invés do Prognóstico de Enfermagem. Experimentalmente, iniciou-se, desenvolvendo-a em unidades, assim chamadas de unidades piloto para, posteriormente, implantar em todas as demais unidades do Hospital.

Campedelli (1992, p. 15) já apontava esse desejo de melhoria da qualidade do serviço prestado, do nível de satisfação profissional e humanização da assistência, ao expressar que,

no momento, sistematizar o cuidado, individualizar o paciente, administrar a assistência, supervisionar e assumir o papel de prestar o cuidado junto com a equipe de enfermagem são metas e desejos que as enfermeiras têm demonstrado em situações de encontros formais ou informais da categoria.

Para tanto, a tecnologia tem ajudado e pode ajudar ainda mais na qualidade do cuidado e a enfermagem vem fazendo uso dela em várias esferas de atendimento, no seu dia-a-dia, principalmente, em unidades que exijam cuidados de maior complexidade. Waldow (1999, p. 29) reforça essa idéia, mencionando que,

tradicionalmente, a enfermagem vem se utilizando de instrumentos, aparelhos e máquinas para a realização de técnicas ou procedimentos auxiliares de tratamento médico. Intensificado, após a revolução científica e industrial, o uso de tecnologia era mais evidente em unidades de tratamento intensivo. Mais recentemente, faz-se presente em quase todas as instâncias nas instituições de saúde, sendo utilizada tanto para diagnóstico como para tratamento e até para substituição de alguns cuidados, antes realizados manualmente pela enfermagem, fisioterapia, entre outros.

Dentre os avanços tecnológicos de que a enfermagem dispõe, um importante aliado pode ser o computador, o qual é capaz de facilitar suas atividades. Entretanto, assim como na utilização de qualquer outra aparelhagem, é necessária a capacitação profissional para uso e aproveitamento desse recurso. Diante do exposto, surge a seguinte questão: como a tecnologia da informação pode favorecer a SAE?

A relevância deste estudo decorre da possibilidade de acarretar melhoria da qualidade da assistência de enfermagem; subsidiar tecnologicamente a realização dessa atividade singular do enfermeiro, no exercício profissional; melhorar a qualidade do registro; dar maior visibilidade ao exercício profissional da enfermeira e auxiliar no processo de tomada de decisão.

2. OBJETIVOS

Considerando a relevância da implantação da SAE, destaca-se como **objetivo geral** deste estudo **contribuir para o desenvolvimento de aplicativo específico à informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade Toco–Ginecológica, no Setor de Obstetrícia e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário de Santa Maria-RS.**

Para que este objetivo geral seja alcançado, propõem-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Elaborar Protocolos de Ações/Intervenções de Enfermagem relacionados com os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes na Unidade Toco–Ginecológica, Setor de Obstetrícia e Alojamento Conjunto.
- Testar a sua aplicabilidade e analisar a sua aceitação pelos enfermeiros da Unidade Toco–Ginecológica, Setor de Obstetrícia e Alojamento Conjunto.

3 A ENFERMAGEM SEGUINDO O RUMO EVOLUTIVO

Atualmente, vive-se na era da tecnologia, da informação e, em frações de segundos, sabe-se sobre qualquer acontecimento, mesmo nas regiões mais remotas do planeta. O desenvolvimento da tecnologia e da ciência proporcionou significativas mudanças em diversas áreas e a saúde vem progressivamente se adaptando e fazendo uso dela para qualificar o seu trabalho. É, hoje, o maior recurso disponível para crescer e desenvolver e, desse modo, viabilizar o futuro. É a chave para a evolução, pois representa poder e traz a possibilidade do seu exercício (MARIN, 1995).

3.1 A tecnologia da informação como ferramenta do cuidado

O computador é uma ferramenta que permite documentar, organizar, armazenar e processar um grande volume de informações. Assim, pode gerar informação para o controle da qualidade da assistência, custo, avaliação e pesquisa; comunicar e recuperar dados necessários para a tomada de decisões; orientar sobre o conhecimento e habilidades como cuidados gerais e específicos de saúde. Inicialmente, ligado às atividades burocráticas, nos anos 50 do século XX, foi utilizado para análises médicas e estatísticas, bem como para controle de material e folha ponto. Na área da saúde, os sistemas de informação hospitalar possibilitam a coleta, armazenamento, processamento, recuperação e comunicação do cuidado, porém, ainda apresentam-se como um grande desafio relacionado à interoperacionalidade, isto é, que a

informação administrativa possa ser utilizada por todos os afiliados ao hospital e satisfazer os requisitos funcionais de todos os usuários (Citação verbal).¹

Este sistema tem sua valia ao fornecer suporte na atividade diária, no planejamento e na documentação, facilitando a comunicação entre os diversos setores da instituição. Para o desenvolvimento de um sistema de informação hospitalar, é necessário o uso de normas, rotinas e procedimentos, possuir um plano diretor, escolher o tipo de sistema que se apresente mais adequado ao interesse da instituição, avaliar os benefícios e analisar se a demanda será atendida, satisfatoriamente (Citação verbal).¹

O computador teve sua introdução na enfermagem, em meados de 1960, sendo direcionado para atividades repetitivas vinculadas à administração do cuidado ao paciente hospitalar (MARIN, 1995; EVORA, 1995). O enfermeiro, em sua prática diária, necessita gerenciar uma série de informações, que vai muito além das habilidades clínicas, pois recebe informações de várias fontes. Nesse sentido, Evora (1995, p. 17-8) refere que a qualidade da prática de enfermagem requer que cada enfermeiro receba, processe, interprete, transmita, implemente e documente as informações originárias de várias fontes, como pacientes, médicos, pessoal de enfermagem, além de literatura atualizada.

No Brasil, as primeiras publicações na área da informática em enfermagem iniciaram por volta de 1985, com destaque para a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o trabalho de alguns professores, impulsionando outros profissionais a desenvolverem pesquisas e trabalhos nessa área. Esses eram direcionados aos sistemas de informação hospitalar e sistemas de simulação no ensino de enfermagem (MARIN, 1995).

¹ MARIN, H. F.; **Disciplina Tópicos Especiais em Enfermagem – Informática e informação em enfermagem.** Pós-graduação em enfermagem – Mestrado em enfermagem, UFRGS, 2004.

Tal ferramenta tem sido utilizada na assistência, permitindo conhecer, em tempo real, a informação sobre os pacientes, sobre os novos avanços da ciência, os mais recentes trabalhos publicados e o saber necessário para auxiliar na melhoria da qualidade da ação; na elaboração de planos de cuidados de pacientes, de requisições, confecção de escalas de pessoal, distribuição de serviços, registros e relatórios (MARIN, 1995; EVORA, 1995). Isso vem possibilitando ao profissional melhor preparo e incremento para prestar o cuidado e maior conhecimento, gerando qualidade na assistência, visto ser a enfermagem uma profissão prática e não burocrática.

Devido ao aumento no volume de informações e à crescente complexidade nos protocolos de tratamento, o sistema de informação oferece como vantagens: o gerenciamento de protocolos de cuidados, sistema de apoio à decisão, computadores à beira do leito, coletando o dado onde ele é gerado. Desse modo, proporciona a diminuição do tempo despendido em registro e recuperação de dados, aumentando o tempo disponível para o cuidado direto, a melhoria da qualidade da documentação, maior precisão e confiabilidade nas observações, acesso de outros profissionais da equipe, entre outros (Citação verbal).¹

No ensino, aparece vinculado à instrução por computador e instrução sobre os computadores. Quanto à instrução assistida por computador, encontram-se atualmente exercícios de repetição e prática, atividades tutoriais, simulação, tendo o aluno como participante ativo e permitindo proceder ao seu ritmo de aprendizado, favorecendo a integração teoria-prática, aumentando a sua capacidade de solucionar problemas (EVORA, 1995). Proporciona ainda, editoração de textos, construção de bancos de dados, pesquisas em bibliotecas, programas que utilizam imagem, som e interação com o usuário, favorecendo a aprendizagem e estimulando a busca do conhecimento (Citação verbal).¹

Na pesquisa, tem sido utilizado em todo o processo, desde a recuperação de informações, coleta e armazenamento de dados de todos os tipos, bem como nas análises estatísticas, sistemas

de administração de dados, edição de textos e diagramação final do trabalho, além de consultas em bibliotecas, proporcionando um corpo de conhecimento pautado na pesquisa e não em experiências empíricas. Um sistema de informação hospitalar precisa ter a participação ativa do enfermeiro, pois, deste modo, poderá assegurar uma estrutura que facilite a documentação dos procedimentos com clareza, disponibilizando o acesso e integração com os demais setores para a obtenção de informações sobre o paciente, disponibilizando seu tempo prioritariamente para o cuidado e atenção ao paciente e não para atividades burocráticas (MARIN, 1995; EVORA, 1995).

Sobre o sistema de informação em enfermagem, Évora (1995, p. 33) afirma que esse tem como “propósito apoiar as atividades, ajudando os enfermeiros a seguir e documentar, apropriadamente, o processo de enfermagem”. Assim, para o desenvolvimento do sistema de informações em enfermagem, é imperativo ter um profissional da área que se envolva em cada estágio do processo, desde o planejamento até a avaliação do sistema implantado.

3.1.1 O passo a passo tecnológico

Para o desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem, são recomendadas as seguintes etapas (MARIN, 1995; ÉVORA, 1995):

- **Etapa 1 – Planejamento:** importante para identificação dos problemas é estabelecer os objetivos da informatização, o que se quer informatizar e como se quer, bem como qual será o processo e qual o prazo previsto para tanto. É imperativo ter sempre em consideração que esses sistemas devem ser desenvolvidos para servir aos profissionais e não para serem servidos por eles.

É considerada crítica e exige o empenho e envolvimento dos profissionais da enfermagem.

- **Etapa 2 – Análise:** onde os dados relacionados ao problema são coletados e analisados, para entendimento do que existe e o que se faz necessário. Visa identificar, descrever, quantificar e analisar as atividades do sistema atual e o que se quer mudar. É importante ressaltar que nem sempre um sistema que funciona perfeitamente de forma manual irá funcionar do mesmo modo, quando informatizado.
- **Etapa 3 – Desenvolvimento:** inicia-se depois que as decisões, com base nas atividades das etapas anteriores, tenham sido tomadas. É nesta etapa que os requisitos são traduzidos em *especificações de desenho*. Essas descrevem as características do sistema, seus componentes e sua aparência para o usuário. Os desenhos são traduzidos para aplicação no computador. É selecionado um *hardware*² e a informação é convertida dos arquivos manuais para os arquivos de armazenamento automatizados. A seleção do *hardware* impõe o tamanho do computador, isto é, grande porte, mini, micro ou uma combinação.
- **Fase 4 – Implantação:** deve-se garantir um treinamento prévio aos usuários, esse deve estar vinculado à sofisticação do sistema. Os usuários não treinados e que não têm conhecimento do sistema podem comprometê-lo. É ideal, para verificar o grau de satisfação para com o sistema, se o material gerado é de boa qualidade e auxiliar na realização de pesquisas.
- **Fase 5 – Avaliação:** é o passo final, após a implementação. Ideal para verificar se os objetivos determinados foram alcançados e se o uso do sistema gerou melhoria na produtividade e na qualidade da assistência de enfermagem

² São os componentes físicos da máquina, sendo composto por: processador; memória; dispositivos de entrada/saída, como teclado, mouse e monitor; e dispositivos de armazenamento, como as unidades de disco flexível e de disco rígido (NORTON, 1996).

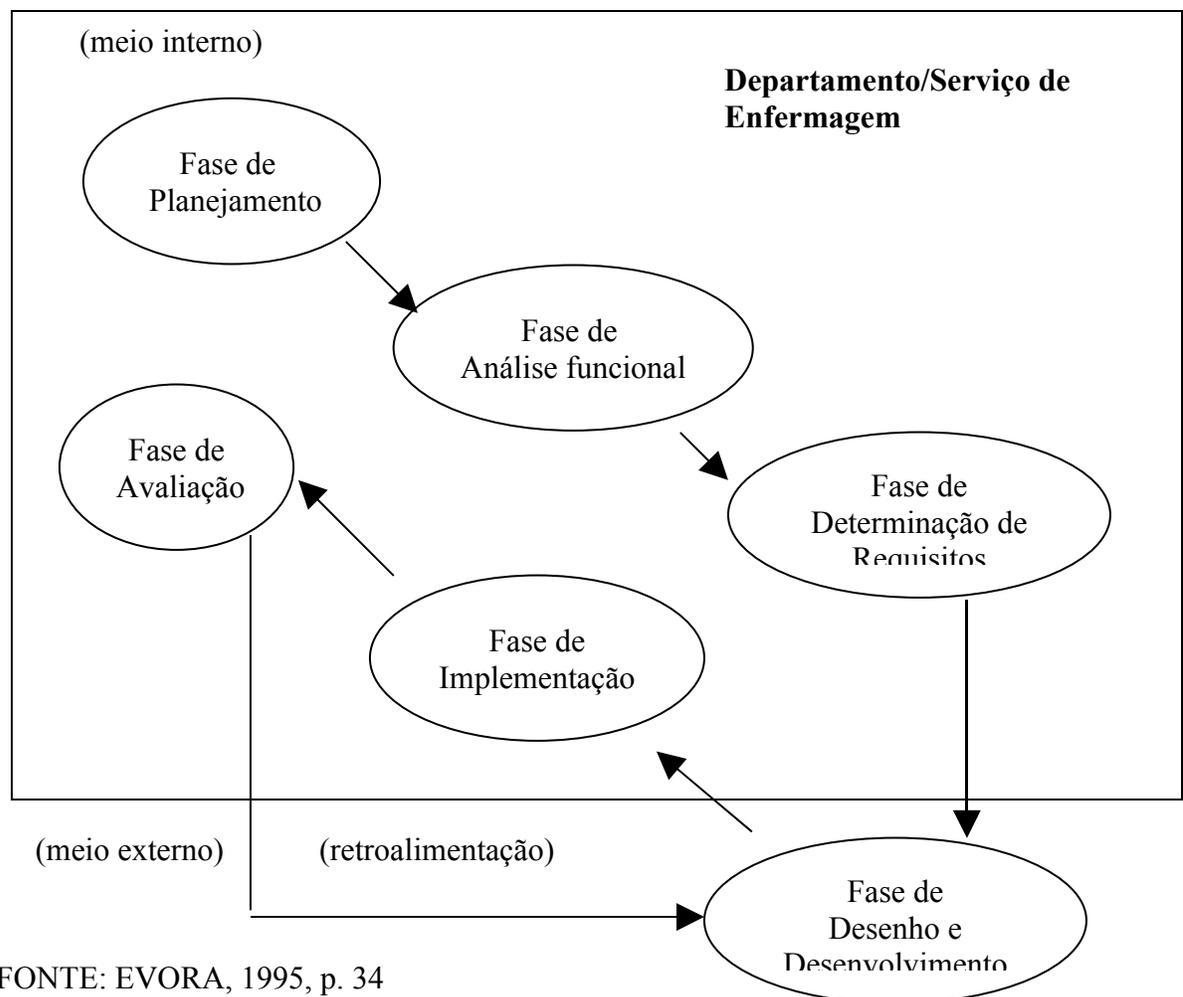
prestada. Leva, geralmente, não menos do que seis meses e deve ser realizada dentro de um ou dois anos, preferencialmente, após a implantação do sistema.

- **Fase 6 – Manutenção ou retroalimentação:** nesta etapa, são realizadas alterações no sistema, garantindo a funcionalidade e atualização.

A fase de manutenção ou retroalimentação caracteriza-se como uma fase imprescindível no processo, frente ao contexto mutável e dinâmico das informações no mundo organizacional.

Para o desenvolvimento de sistema de informação em enfermagem, Évora (1995) apresenta o seguinte diagrama (Figura. 1):

Figura 1 - Fases do projeto de desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem



FONTE: EVORA, 1995, p. 34

3.1.2 Seguindo o rumo tecnológico

O processo de informatização do HUSM encontra-se em fase de implantação, embora alguns serviços desta Instituição já estejam adaptados a essa tecnologia. A Instituição possui um Serviço de Informática, que estabelece uma vinculação com o Centro de Processamento de Dados (CPD) da Universidade Federal de Santa Maria, o qual desenvolve o referido processo, estando informatizados, até o presente momento, os Serviços de Banco de Sangue, de Almoxarifado e de Laboratório. Estão sendo desenvolvidos aplicativos para os Serviços de Farmácia, de Internação Hospitalar e Médico, havendo prioridade, a seguir, para produção no Serviço de Enfermagem. A linguagem que o CPD utiliza para a informatização da Instituição é o Delphi 5.0.

O Delphi 5.0 não é apenas uma linguagem de programação, mas um ambiente de desenvolvimento de aplicações, que se baseia num conceito chamado Desenvolvimento Rápido de Aplicação (RAD), o qual auxilia, em grande parte, as diversas fases do projeto, principalmente às relacionadas à criação da interface do aplicativo (telas), podendo ser construída de forma visual, apenas adicionando controles padrões como botões, caixas de edição, legendas, dentre outros, aos formulários (ALVES, 1999).

Há algum tempo, a enfermagem vem fazendo uso de diversas tecnologias de informação facilitadoras e suportes na prestação de cuidados e, neste momento, tem à sua disposição o computador como uma ferramenta auxiliar, no que se refere ao seu processo de trabalho. Como ciência e arte que é, necessita buscar continuamente todos os recursos disponíveis que a auxiliem na realização das atividades que desenvolve, sejam elas de maior ou menor complexidade, assumindo esse exercício com consciência crítica, reflexiva e inovadora.

3.2 A sistematização da assistência de enfermagem

A rotinização de condutas e técnicas é uma constante no exercício da enfermagem, a qual, por um longo tempo, vivenciou rigidamente este exercício. Se por um lado a rotina padroniza e define atividades, por outro, pode tornar-se geradora de cuidado desumanizado, pois

o cuidado rotineiro, baseado na disciplina, impõe horários rígidos para a execução de técnicas, para a aproximação da família, para o banho, sem considerar as possíveis preferências do paciente. É o cuidado que despersonaliza e que, em alguns momentos, despreza o paciente de sua dignidade, desrespeita o pudor, quando impõe que a camisola do hospital seja obrigatoriamente vestida, pois é rotina, sem considerar que a dita camisola não cobre as partes íntimas do paciente (SILVA; DIAS, 1999, p. 22).

Ainda em relação ao cuidado, Waldow (1999, p. 28) refere que as ações prescritivas do cuidado “evidenciaram uma ideologia pela técnica *versus* uma negação do sujeito não só como corpo, mas mente e espírito, sujeito que é dotado de sentimentos que se expressam e se traduzem por emoções”.

Apenas recentemente passou-se a enfatizar o cuidado humanizado, conseqüentemente, muitos profissionais foram forçados com uma visão de valorização da técnica, apresentando dificuldades em romper com o paradigma essencialmente tecnicista de sua formação tayloriana.

Waldow (1999, p. 31) acrescenta que

a transição ora vivenciada propicia um dualismo, fruto de um movimento transformador que, por um lado, tenta permanecer ao abrigo do tradicionalismo, do conservadorismo e, por outro lado, busca maior autonomia, tentando libertar-se de imposições e manipulações. Busca o resgate da espiritualidade em sua totalidade, um aspecto desvalorizado no cuidado.

Assim sendo, o cuidado humanizado a ser prestado pelas enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem está elencado na SAE, por ser um cuidado singular, valorizando o cliente quanto à sua cultura, necessidade de conhecimento e ao seu saber, enfim, respeitando e

considerando a sua subjetividade. Quanto à necessidade sentida pelos enfermeiros de realizar uma assistência de qualidade, Campedelli (1992, p. 15) relata que,

embora a maior parte das enfermeiras tenha a percepção da necessidade de uma sistematização, a utilização de um método, na prática, ainda é pequena e, em muitos casos, ocorre sob forma experimental. Mesmo nas unidades de enfermagem em que se consegue implantar um método de assistência, este geralmente não se dá sob forma definitiva, em razão das inúmeras dificuldades encontradas para sua operacionalização.

Apesar de esboçar o desejo de mudança da assistência que é prestada, muitos profissionais destacam, como dificuldades operacionais para a implantação da SAE, o número insuficiente de recursos humanos, a falta de tempo hábil, devido às atividades desenvolvidas, profissionais pouco qualificados, entre outros. Salienta-se também, como um importante fator gerador de dificuldade, o medo da mudança.

Dentro das instituições de saúde, o enfermeiro é visto como o profissional detentor do conhecimento, capaz de prestar qualquer informação sobre os clientes, sobre a unidade que administra e, seguidamente, desempenha ou é solicitado a desempenhar atividades que fogem à sua competência técnica e/ou legal, ou seja, que pertencem ao exercício de outros profissionais (CAMPEDELLI, 1992; LUNARDI FILHO, 2000). Campedelli (1992, p. 14) destaca que

um outro aspecto preocupante é o relacionado às tarefas e funções médicas simples que as enfermeiras estão assumindo com a intenção de “colaborar com a assistência à saúde” ou no intuito de “engrandecer seu ego” e sentindo-se prestigiadas com a assunção dessas atividades médico-delegadas. Concomitantemente, delegam suas próprias tarefas para outros elementos da equipe de enfermagem de menos preparo e competência. Abrem mão do que lhes compete e daquilo que é específico de sua área, delegando-o ora para outro elemento da equipe (técnico, auxiliar ou atendente), ora para profissionais como fisioterapeutas, farmacêuticos e outros.

Entretanto, Lunardi Filho (2000, p. 193), em relação a este tipo de desempenho, considera que

esta forma de atuação parece ser percebida como uma opção e não como uma exigência organizacional do próprio trabalho, para a qual o enfermeiro parece não ter sequer recebido o preparo suficiente para bem realizar, nem para

desenvolver a consciência necessária para resistir, dando abertura para que se torne alvo de muitas críticas, não só entre seus pares, mas pelos demais profissionais que atuam no mesmo local que o seu.

Desse modo, desempenhar atividades da alçada de outros profissionais se traduz em ato valorativo, pois, muitas vezes, ele próprio pode não valorizar o que deveria ser o seu “fazer”. Para muitas enfermeiras, o controle total de toda e qualquer informação referente ao local onde exercita a administração da assistência encontra extrema relevância, estabelecendo uma conduta centralizadora e detentora de informação, conhecimento (LUNARDI FILHO, 2000).

A detenção do conhecimento e o uso adequado da informação atualmente são situações associadas ao exercício de poder, uma vez que em uma profissão que constantemente busca reconhecimento, haverá resistência em abandonar essa prática, que pode não se mostrar importante, frente à existência do pensar lógico, científico. Nesse sentido, a aplicação da SAE pode vir a ser o marco sobre o qual a enfermeira necessita estabelecer a base para a valorização profissional, elencando um diferencial no seu fazer, em detrimento daquela prática extremamente trefista ou burocrática.

3.2.1 Trilhando um caminho norteador

Na enfermagem, os modelos teóricos e as teorias começaram a se fazer presentes no cenário internacional ao final da década de 50, no século XX, quando o conhecimento passou a estar organizado, sistematizado, procurando descrever, explicar e predizer fenômenos, priorizando cada vez menos o modelo biomédico. Nesse sentido, Cianciarullo (2001, p. 20) refere que

criar e desenvolver conceitos, passíveis de serem compreendidos e validados no contexto das experiências do cotidiano, passa a ser um grande desafio para os enfermeiros teóricos. Por outro lado, aplicar, analisar e dar significado à sua

estrutura e contexto exige a experienciação dos conceitos formulados na estrutura proposta, ou seja, a prática e a vivência passam a ser insubstituíveis na validação dos critérios que determinam a existência do conceito em determinadas e controladas situações.

Assim, a partir da década de 1950, é que a enfermagem passou a buscar formas de desenvolver e tentativas de operacionalizar o seu fazer, por meio de planos de cuidados direcionados à equipe, explicitando suas características, seu conteúdo e sua aplicabilidade, implementando, pela primeira vez, um planejamento da assistência de enfermagem, embora os cuidados ainda fossem baseados no diagnóstico médico (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

O processo de enfermagem é um sistema que permite ao enfermeiro organizar o cuidado e avaliar sua assistência, porém torna-se relevante que a enfermeira desenvolva algumas habilidades. Alfaro-LeFreve (2000, p. 40) descreve aquelas habilidades necessárias a uma enfermeira para o seu desenvolvimento, no qual ressalta que

o uso efetivo do processo de enfermagem exige habilidades manuais, intelectuais e interpessoais. Você necessita de habilidades manuais para completar os procedimentos técnicos, de habilidades intelectuais para solucionar problemas e tomar decisões e de habilidades interpessoais para estabelecer um bom relacionamento com o paciente e com as pessoas significativas e com os colegas de trabalho.

Para a aplicação da SAE, é preciso seguir um referencial teórico, ou seja, escolher, entre as várias teorias, a que melhor se adapte à filosofia da instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela. De acordo com Benko; Castilho (1992, p. 89),

ao se optar por desenvolver uma enfermagem científica, que busque um corpo de conhecimentos próprio, faz-se necessária a escolha de um método de trabalho fundamentado teoricamente. Pode-se dizer que não existe um método ou sistema ideal, devendo-se buscar aquele que melhor se adapte aos objetivos da assistência de enfermagem esperada e que vá ao encontro da filosofia de trabalho que a equipe de enfermagem pretende desenvolver.

Conforme descrito na história da enfermagem, o trânsito pela filosofia e pelo cientificismo iniciou após longo período de estagnação, desenvolvendo o pensamento teórico e conceituando ou usando conceitos já definidos para o cliente, a saúde, o ambiente e a

enfermagem, formando seu metaparadigma. Embasados nesses conceitos, originou-se o de cuidar, o qual apareceu pela primeira vez, na literatura, relacionado a um processo com Lydia Hall, em 1955, proporcionando justificativa, julgamentos e ações (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Sobre a utilização e o desenvolvimento de teorias, Leopardi (1999, p. 49) apresenta que

desenvolver teorias supõe um esforço no avanço contínuo do conhecimento, para além do saber estabelecido.[...] Há, porém, limites estruturais para a implantação de metodologias de enfermagem nas instituições de saúde; há limites profissionais para o ensino e a prática das propostas teóricas, porque não temos, nas escolas, nem recursos, nem motivação para sua utilização; há limites ideológicos, através dos modelos de “bom profissional” que nos apresentam, cristalizados entre dois argumentos básicos – o de ser técnico e o de ser uma autoridade. [...] a teoria é somente resultado de uma prática; esta se desenvolve junto com a reflexão teórica. [...] A teoria ajuda na busca de sistematização e organização das observações feitas na prática e na estruturação das ações, visando alcançar os objetivos determinados.

No Brasil, as teorias de enfermagem nacionais iniciaram nos anos 70, com Wanda de Aguiar Horta, autora da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow. Segundo Horta (1979, p. 39), Maslow baseia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades humanas básicas, por ele hierarquizadas em cinco níveis: 1) necessidades fisiológicas; 2) necessidade de segurança; 3) necessidade de amor; 4) necessidade de estima e 5) necessidade de auto-realização. Para essa autora, as necessidades humanas básicas possuem várias características, como a de serem latentes, universais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, resultantes do meio interno e externo. Horta preferiu utilizar a denominação de João Mohana para as necessidades, são elas: de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual.

Consideram-se necessidades psicobiológicas as relacionadas ao corpo físico do indivíduo (oxigenação, alimentação, sono e repouso, dentre outras), necessidades psicoespirituais, aquelas que derivam dos valores e das crenças dos indivíduos (maneira de encarar a doença, apoio espiritual, espaço para expressar suas crenças, dentre outras) e necessidades psicossociais, as

relacionadas à convivência com outros seres humanos, na família, como por exemplo, direito à privacidade, ao lazer, trabalho (HORTA, 1979). A Teoria das Necessidades Humanas Básicas se apóia em três leis, advindas do conhecimento geral que são:

- Lei do Equilíbrio, por meio da qual o ser humano, parte integrante do universo, interage com ele de modo constante, dando e recebendo energia, modificando e sendo modificado, o que leva a estados de equilíbrios e desequilíbrios, no tempo e no espaço;
- Lei da Adaptação, em que o ser humano desenvolve seu sistema de adaptação ao meio que o envolve, na perspectiva de encontrar seu máximo potencial;
- Lei do Holismo, pela qual o ser humano está integrado ao universo, sendo com ele um todo unificado e dinâmico, procurando constantemente ajustar-se a ele para se manter em plena harmonia e equilíbrio (HORTA, 1979).

Na teoria, Horta (1979, p. 29) conceitua a enfermagem como “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”. Assistir em enfermagem “é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar, quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais” (HORTA, 1979, p. 30). Infere algumas proposições sobre a função dos enfermeiros, em três áreas distintas de atuação:

1. Área específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado;

2. Área de interdependência ou de colaboração: desempenhando a sua atividade na equipe de saúde na busca pela manutenção, promoção e recuperação da saúde;
3. Área social: como um profissional a serviço da sociedade, vinculado à pesquisa, ao ensino e na administração, com responsabilidade legal e de participação em associação de classe.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas aponta como princípios da enfermagem:

1. respeitar e manter a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
2. prestar-se ao ser humano e não à sua doença ou ao seu desequilíbrio;
3. caracterizar o seu cuidado como preventivo, curativo e de reabilitação;
4. reconhecer o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Em busca de aperfeiçoamento, os planos de cuidados foram, gradativamente, sendo aprimorados, vinculando-se a estruturas conceituais para direcionamento das ações, organizando-se como um processo, e apresentam-se em diferentes etapas ou fases. Ao surgir, o processo de enfermagem era composto por quatro fases: a investigação (o diagnóstico encontrava-se nela incluído), o planejamento, a intervenção ou implementação e a avaliação. Posteriormente, o diagnóstico passou a ser considerado uma fase separada, essencial para o processo, composto então por cinco fases. Sobre as etapas ou fases do processo, Paul; Reeves (2000, p. 22) relatam que,

nos primeiros escritos sobre o processo de enfermagem, muitos autores concordavam que quatro fases, componentes, passos ou estágios, eram necessários: a investigação, incluindo o diagnóstico de enfermagem ou a identificação do problema; o planejamento; a intervenção ou a implementação e a avaliação.

Este processo deve ser dinâmico, com as fases inter-relacionando-se e interdependentes. Inicia-se sempre pela investigação, que inclui a coleta dos dados e a sua análise. Após, é

realizado o levantamento de problemas e, então, elaborado o diagnóstico de enfermagem. Por meio do diagnóstico, é efetuado o planejamento dos cuidados e implementado o plano, analisando-se a efetividade das ações, modificando-se ou não o planejamento (HORTA, 1979). Assim, o processo de enfermagem proposto por Wanda Horta é composto por seis fases ou passos distintos que se inter-relacionam. São eles:

- **Histórico de Enfermagem** - roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, que torna possível a identificação de seus problemas. Deve ser conciso, sem repetições, que permitam dar cuidado imediato e ser individualizado. É de responsabilidade do enfermeiro, que utiliza preferencialmente a entrevista informal, em uma interação enfermeiro-paciente e deve ser feito logo no primeiro contato com o cliente.
- **Diagnóstico de Enfermagem** – é a segunda fase desse processo e, por meio da análise dos dados coletados, são identificadas pelo enfermeiro, as necessidades básicas do ser humano, que precisam de atendimento e determina-se o grau de dependência desse atendimento, em natureza e extensão.
- **Plano Assistencial** – determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber, diante do diagnóstico estabelecido. Esse plano é sistematizado, em termos do conceito de assistir em enfermagem e compreende encaminhamentos, supervisão (observação e controle), ajuda e execução de cuidados.
- **Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem** – roteiro diário, que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Deve ser

sempre avaliado, favorecendo a obtenção de novos dados necessários para que ocorra a próxima fase.

- **Evolução de Enfermagem** – relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional, em síntese, é uma avaliação global do plano de cuidados.
- **Prognóstico de Enfermagem** – é a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas, após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem. É também um meio de avaliação do processo em si, pois mede todas as fases e chega a uma conclusão.

Ao se utilizar o conceito de necessidades, faz-se necessário que se estabeleçam alguns critérios para identificar aquelas consideradas mais importantes, porque não é possível satisfazer toda e qualquer necessidade ou desejo que as pessoas tenham. Em função disso, é comum classificá-las, de acordo com a importância de seus objetivos e propósitos da sua utilização (BENEDET; BUB, 2001).

Entende-se a SAE como um instrumento utilizado tanto para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições necessárias para que esse ocorra. Alguns elementos lhe são inerentes, como diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de sistemas de classificação de conceitos, os quais fazem parte da linguagem profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A enfermagem dispõe de alguns sistemas de classificação de elementos para a sua prática. Sobre eles, Garcia; Nóbrega (2004, p. 8) enfatizam que são instrumentos tecnológicos, que nos fornecem uma linguagem padronizada a ser utilizada:

- no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico, acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais;
- no processo e no produto do raciocínio e julgamento terapêutico, acerca das necessidades de cuidado da clientela e dos resultados do paciente, que são influenciados pela intervenção da enfermagem;
- na documentação da prática profissional.

Vários sistemas de classificação vinculados aos elementos da prática são utilizados na enfermagem, entre eles, o diagnóstico de enfermagem (Taxonomia I e II de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA), os problemas de enfermagem (Sistema Comunitário de Saúde de Omaha); as intervenções de enfermagem (Classificação de Intervenções de Enfermagem – NIC), a Classificação das Ações de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e resultados esperados (Classificação de Resultados de Enfermagem – NOC); entre outros (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A importância desses sistemas reside no fato de que cada um estabelece padrões, possibilitando o uso de uma mesma linguagem e favorecendo a comunicação e recuperação de informações. Isto é, ao utilizar um mesmo sistema, no caso deste estudo, o diagnóstico de enfermagem da taxonomia da NANDA, há a possibilidade de integração de informação pelo uso do mesmo vocabulário.

Alfaro-LeFreve (2000) considera cinco fatores que têm impacto, ao realizar um diagnóstico de enfermagem como os mais importantes no cuidado com a saúde:

- 1) mudança, ao pensar a abordagem do diagnóstico e tratamento, cuja evolução se encaminha para o modelo de prever, prevenir e controlar;
- 2) desenvolvimento e aperfeiçoamento do caminho crítico;

- 3) diagnóstico auxiliado por computador;
- 4) ênfase à importância da prática multiprofissional;
- 5) maior consciência de que o alcance da prática em enfermagem tem um limite flexível, respondendo às necessidades de mudança da sociedade e expansão de sua base de conhecimento.

Por outro lado, Carpenito (2003) apresenta alguns critérios para a realização de um diagnóstico de enfermagem correto, quais sejam: a coleta de dados válidos e pertinentes, a análise dos dados e seu agrupamento, a diferenciação dos diagnósticos de enfermagem dos problemas colaborativos, a formulação correta desses diagnósticos e a seleção dos diagnósticos prioritários. A autora enfatiza, ainda, que os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas aos problemas de saúde.

Os problemas colaborativos referem-se a complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para a avaliação do estado do cliente. Estão relacionados com a doença, o traumatismo, os tratamentos, os medicamentos ou estudos diagnósticos. Um diferencial entre diagnóstico de enfermagem e problema colaborativo é que, no primeiro, o enfermeiro determina o tratamento definitivo e, no segundo, o tratamento provém tanto do enfermeiro quanto do médico (CARPENITO, 2003).

A referida taxonomia diagnóstica teve início em 1973 e a NANDA vêm, regularmente, desenvolvendo e refinando sua lista de diagnósticos estudados a cada dois anos, a fim de determinar a sua utilidade no cotidiano laboral do enfermeiro (BENEDET; BUB, 2001). Alfaro-LeFreve (2000) relata que a maioria dos diagnósticos tem três componentes:

- 1) título (rótulo) e definição – descrição concisa do problema;
- 2) características definidoras – agrupamentos dos sinais e dos sintomas freqüentemente associados ao diagnóstico, entretanto, os diagnósticos de risco

não listam características definidoras, pois há somente o risco para o desenvolvimento, não existindo sinais e sintomas evidentes.

- 3) fatores relacionados (de risco) – aqueles que podem causar ou contribuir para o problema.

O mesmo autor acrescenta que algumas regras são necessárias para a redação de declarações diagnósticas, como:

- Diagnósticos vigentes (relatório em três partes)
 - Usar o formato *Problema + Etiologia + Sinais e Sintomas* ou *Problema + Fatores Relacionados + Sinais e Sintomas*.
 - Usar “*relacionado a*”, para unir o problema e a etiologia ou os fatores relacionados.
 - Acrescentar “*evidenciado por*”, para relatar a evidência que apóia a presença do diagnóstico.
 - Ex: Comunicação prejudicada relacionada à barreira do idioma, evidenciada pela incapacidade de falar ou compreender o inglês e pelo uso do espanhol.
- Diagnóstico de enfermagem de risco (relatório em duas partes)
 - Usar o formato *Problema + Etiologia* ou *Problema + Fatores Relacionados*.
 - Usar “*relacionado a*”, para unir o problema potencial com os fatores relacionados presentes.
 - Ex: Risco para integridade da pele prejudicada relacionado à obesidade, à sudorese excessiva e ao confinamento ao leito.

- Diagnósticos possíveis (declaração em uma parte).
 - Simplesmente, nomear o possível problema.
 - Ex: Possíveis padrões de sexualidade alterados.
- Diagnósticos de saúde (declaração em uma parte).
 - Usar *Potencial para favorecimento*, antes das palavras que descrevem a área a ser melhorada.
 - Ex: Potencial para favorecimento da paternidade.
- Diagnósticos de Síndrome (declaração em uma parte).
 - Simplesmente, nomear a síndrome.
 - Ex: Síndrome pelo trauma do estupro.

Segundo Carpenito (2003), NANDA recomenda o uso de terminologia específica para determinados diagnósticos:

- adjetivos qualitativos ou quantitativos para descrever os diagnósticos, quando apropriado.
 - Ex: alterado, diminuído, aumentado, prejudicado, disfuncional, ineficaz, agudo, crônico, intermitente;
- déficit de conhecimento como diagnóstico, não usar “relacionado a”. Colocar dois pontos, após déficit de conhecimento, e especificar o conhecimento que necessita ser obtido.

Conforme as diretrizes para redação de declarações diagnósticas orientam que, para evitar erros, deverá ser redigido da seguinte maneira:

- não redigir a declaração diagnóstica, de maneira que possa ser legalmente incriminatória;

- não “renomear” um problema médico, para fazê-lo parecer um diagnóstico de enfermagem;
- não escrever um diagnóstico de enfermagem baseado em um julgamento de valor;
- não formular o diagnóstico de enfermagem, usando terminologia médica, enfocar a resposta da pessoa aos problemas médicos;
- não mencionar dois problemas ao mesmo tempo (CARPENITO, 2003).

Para a organização da Taxonomia II, foram desenvolvidas, primeiramente, definições para todos os domínios e as classes; após, a definição de cada diagnóstico foi comparada à da classe e do domínio em que esse estava inserido, assegurando a máxima combinação entre domínio, classe e conceitos diagnósticos. Desse modo, diferente da Taxonomia I³, a Taxonomia II⁴ foi projetada para ser multiaxial, aumentando substancialmente a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar mais facilmente acréscimos e modificações em sua estrutura (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

³ Padronização de uma nomenclatura que busca descrever as situações ou condições que eram diagnosticadas e tratadas na prática profissional de Enfermagem. Construção de um sistema conceitual – uma taxonomia que reflita os Padrões do Ser Humano Unitário, denominação essa que evoluiu, em 1984, para os nove Padrões de Respostas Humanas: Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir. A taxonomia permaneceu organizada a partir dessa estrutura conceitual por 16 anos, durante os quais vários diagnósticos foram acrescentados e outros revisados a cada conferência bienal (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

⁴ A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando substancialmente, dessa maneira, a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar mais facilmente acréscimos e modificações em sua estrutura. Caracteriza-se por ser multiaxial e por organizar, a partir de 13 domínios e 46 classes, os 93 conceitos diagnósticos e os 155 diagnósticos de enfermagem aprovados até o momento (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

4. METODOLOGIA

Inicialmente, foi estabelecido o contato com profissional da área da informática para, em conjunto, desenvolvermos um aplicativo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com base nas decisões do Grupo da SAE. A linguagem utilizada para confecção do programa foi a Delphi 6.0, sendo essa uma versão com maiores recursos disponíveis e que possibilita a comunicação efetiva com o Delphi 5.0 utilizado pela Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e, através deste, à Direção do Serviço de Enfermagem (Apêndice A), Coordenação da Área Materno-infantil e Chefia da Área Materna, sucessivamente. Posteriormente, foram contatadas as enfermeiras que exerciam atividades na Unidade, convidando-as para participarem do projeto, esclarecendo os objetivos e liberdade de participação (Apêndice B). Após a aprovação por essas instâncias, finalmente, foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sendo por esse aprovado (Apêndice C).

O presente trabalho desenvolveu-se como um estudo qualitativo, com base na proposta da pesquisa convergente-assistencial (PCA), procurando estabelecer a articulação de teoria e prática assistencial, em que as ações de assistência se encontram incorporadas no processo de pesquisa e esse se incorpora à prática. Os sujeitos, pesquisadora e enfermeiros assistenciais, envolvem-se igualmente com pesquisa e assistência, pois, quando o pesquisador opta por desenvolver esse tipo de pesquisa, insere-se na prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.1 Fase 1 – Planejamento

Ao dar início às atividades deste estudo, buscou-se consonância com as atividades que vinham sendo desenvolvidas no Grupo da SAE, quanto à Teoria vinculada à Sistematização e linguagem diagnóstica. A participação desta pesquisadora no referido Grupo possibilitou o conhecimento dos problemas existentes para, com isto, estabelecer o que informatizar e como realizá-la. Permitiu, igualmente, a identificação do processo que é viável ou não, facilitando ou dificultando a ação dos enfermeiros. A partir de então, realizou-se a seleção da bibliografia pertinente, fundamentando o tema.

4.2 Fase 2 – Análise

Para esta etapa, foi considerada a forma de desenvolvimento, até então, da SAE na Unidade, procurando identificar e analisar as atividades do sistema atual e estabelecer o que mudar. Nesse sentido, foi importante o conhecimento tanto do fluxo de trabalho do enfermeiro, quanto o tempo gasto para executar suas atividades.

4.3 Fase 3 – Desenvolvimento

Para a confecção do programa, foi utilizado um histórico de enfermagem baseado no modelo desenvolvido pelas enfermeiras da Unidade Toco-Ginecológica componentes do Grupo da SAE, com algumas alterações, principalmente, no que se refere aos dados de saúde da clientela.

Na elaboração dos protocolos para os diagnósticos, foi utilizado como bibliografia norteadora desses, com características definidoras e fatores relacionados, o Manual de Diagnóstico de Enfermagem (DE) de Benedet; Bub (2001), em que as autoras aplicaram a Taxonomia II da NANDA à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, distribuindo os diagnósticos de enfermagem e associando-os às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

O código utilizado para especificar cada Diagnóstico de Enfermagem encontra referência naquele utilizado pelas autoras acima referidas, sendo que nesta pesquisa possui cinco dígitos, em que o primeiro dígito corresponde às necessidades, da seguinte forma:

- 1) Necessidade Psicobiológica;
- 2) Necessidade Psicossocial;
- 3) Necessidade Psicoespiritual

O segundo e terceiro dígitos estão relacionados com as necessidades específicas que integram as anteriormente referidas e o quarto e quinto dígitos relacionados ao DE específico. Assim sendo, nas necessidades psicobiológicas, encontra-se:

- 01 – regulação neurológica, com os DE:
 - 01 – alteração no processo de pensamento
 - 02 – memória prejudicada
 - 03 – confusão aguda e, assim por diante.

- Ex: **10101 – alteração no processo de pensamento.**

Para a elaboração das Ações/Intervenções de Enfermagem, foram utilizadas as seguintes referências: Diagnósticos de Enfermagem de Sparks; Taylor; Dyer (2000), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de McCloskey; Bulechek (2004), Plano de Cuidados de

Enfermagem e Documentação – diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos de Carpenito (1999) e Plano de Cuidado de Enfermagem – orientações para o cuidado individualizado do paciente de Doenges; Moorhouse; Gleissler (2003). Dentre as Ações/Intervenções de Enfermagem elaboradas, algumas também dizem respeito à prática assistencial vivenciada por mim como enfermeira, bem como contém algumas ações diárias da enfermagem na Instituição.

Sobre as ações que devem estar explicitadas no plano de cuidados, alguns autores (CAMPEDELLI, 1989; FLORENTINO *et al.*, 1998) recomendam que não devem conter cuidados rotineiros, devendo esses serem estabelecidos em manuais específicos. Como autora deste estudo não concordo com essa prática, visto que o que se quer, além de individualizar para humanizar a assistência, é de também dar visibilidade ao “fazer” da enfermagem.

Por sua vez, ao estabelecer-se um cuidado como rotina, pode-se deixar de analisar qual a real necessidade do cliente, bem como não explicitar o cuidado executado, ou mesmo, que ele não venha se realizando adequadamente ou, ainda, se foi realmente realizado. Por exemplo: ao se administrar um antiglicêmico, deve-se monitorar a glicemia do cliente, administrando-o ou não, bem como ter conhecimento dos sinais e sintomas de seus efeitos indesejáveis: hiper ou hipoglicemia, reconhecendo-os e registrando-os ao evidenciá-los.

Todas as ações de cuidado, se não estiverem explicitadas, podem acontecer sem a percepção de sua ocorrência ou podem não estar efetivamente ocorrendo. Desta forma, considera-se apropriada a inclusão de cuidados que podem ser considerados rotineiros na prescrição de enfermagem, pois cuidar constitui-se na rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem e um cuidado só se torna rotina, porque sua realização se faz necessária, além de ser constante.

Sobre o aprazamento da prescrição de enfermagem, são contemplados os turnos da manhã (M), da tarde (T) e da noite (N), podendo ser selecionado um único turno, dois turnos ou os três turnos, de acordo com a natureza e necessidade da ação.

4.4 Fase 4 - Implantação

Dentre as enfermeiras da Unidade onde foi desenvolvido o projeto, 01 (uma) enfermeira não participou, 02 (duas) estiveram em atestado médico e outra foi transferida de setor, restando um total de 03 (três) enfermeiras. Além dessas, participaram da análise dos protocolos 02 (duas) acadêmicas do 7º semestre e 01 (uma) do 8º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM.

Os protocolos elaborados pela autora da pesquisa foram apresentados às participantes do estudo para serem analisados e validados (Apêndice D). Após esse processo, em que não foram realizadas sugestões para modificação ou alteração dos mesmos, foram então considerados validados.

Foram disponibilizados tanto informações quanto o computador a ser utilizado na pesquisa para manuseio e adaptação, possibilitando a interação enfermeira-computador. Posteriormente, os protocolos analisados e validados foram repassados ao profissional de informática para o desenvolvimento do aplicativo específico para a SAE, utilizando o mesmo programa e linguagem desenvolvida para os demais serviços da Instituição, possibilitando a “conversação” entre os mesmos, isto é, que eles sejam amigáveis.

Para ter acesso ao aplicativo, inicialmente, a enfermeira preenche o seu cadastro, onde consta o nome completo e seu número de registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). A partir de então, ao digitar este mesmo número, em janelas próprias, aparecerá o seu nome (Figuras 2 e 3).

O sistema de informatização desenvolvido permite o cadastro de clientes, por meio do preenchimento do Histórico de Enfermagem, com base nos requisitos e responsabilidades encontrados na análise dos formulários e procedimentos ora adotados pelas instituições de saúde. Além disso, foram observados os conceitos e definições próprias das disciplinas de informática, no que tange ao desenvolvimento de sistemas de informação, quais sejam: bancos de dados relacionais e linguagens orientadas a objeto, entre outros.

Figura 2: Tela geral com abertura de janela para cadastro da enfermeira.

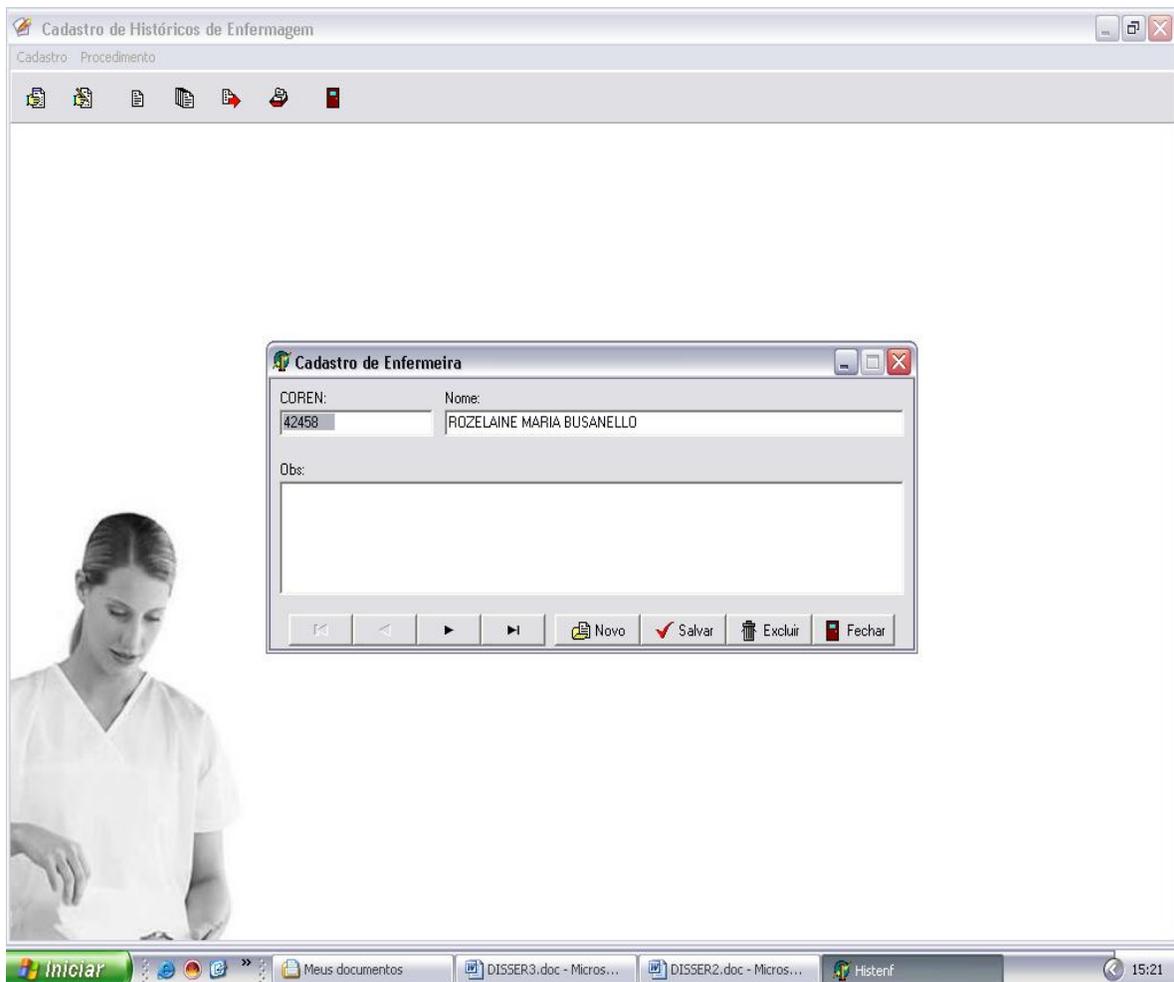
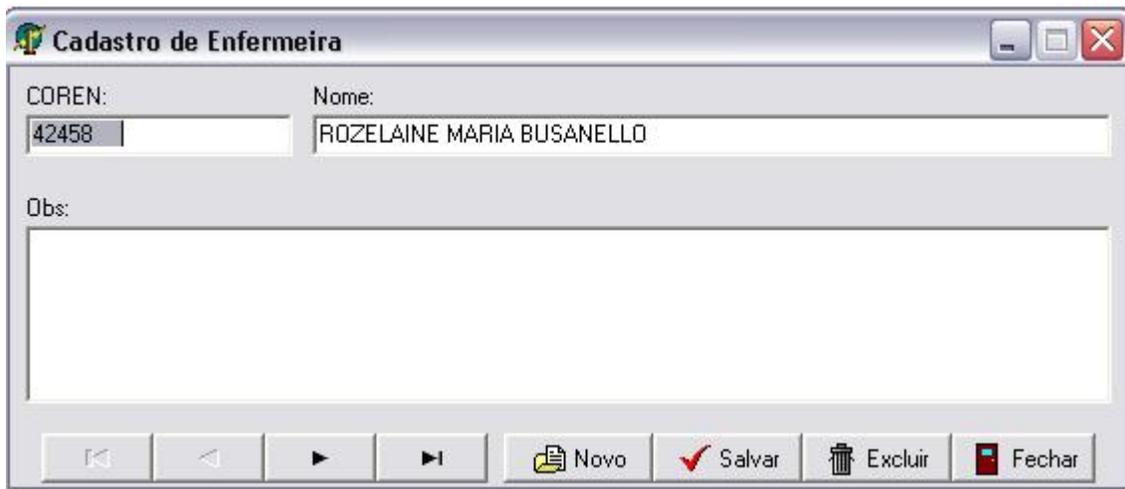


Figura 3: Tela para o cadastro de enfermeira.



The image shows a software window titled "Cadastro de Enfermeira" (Nurse Registration). The window contains a form with the following fields and controls:

- COREN:** A text box containing the value "42458".
- Nome:** A text box containing the name "ROZELAINE MARIA BUSANELLO".
- Obs:** A large, empty text area for additional observations.
- Navigation and Action Buttons:** A row of buttons at the bottom of the window, including:
 - Four navigation buttons: a double left arrow, a single left arrow, a single right arrow, and a double right arrow.
 - A "Novo" button with a document icon.
 - A "Salvar" button with a red checkmark icon.
 - An "Excluir" button with a trash can icon.
 - A "Fechar" button with a red close icon.

O Histórico de Enfermagem tem seu início de preenchimento com os dados de identificação, os dados de saúde e dados clínicos, bem como a história atual da paciente. São abordadas, igualmente, as necessidades básicas de: oxigenação, alimentação, hidratação, eliminação urinária e intestinal, sono e repouso, aspectos relacionados à vida sexual e reprodutiva

e lazer com opções a serem selecionadas e outras a serem relatadas. A seguir, é realizado o exame físico e são registrados os sinais vitais e valores antropométricos (Figuras 4, 5, 6 e 7).

Figura 4: Tela do Histórico de Enfermagem Adulto – identificação.

Histórico de Enfermagem - Adulto

Identificação | Dados Sócio-Sanitários/Dados Clínicos | História da Doença Atual | Necessidades Básicas | Necessidades Básicas (co ▶)

SAME: 654321 Nome: ROSA ROSA ROSAE

Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento: 27/04/1986 Alergias: Escolaridade: Analfabeto 1º Grau 2º Grau 3º Grau Compl.

Tipo sanguíneo: O A B AB Fator RH: Positivo Negativo

Naturalidade: SANTA MARIA Religião/Crença: Ocupação/Profissão: ESTUDANTE

Endereço: DENIZIO TOMAZETTI- 120 - VILA TOMAZETTI Telefone/Contato: 9139-9810

◀ ◁ ▷ ▶

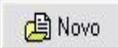
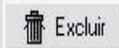
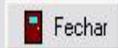
 Novo  Salvar  Excluir  Fechar

Figura 5: Tela do Histórico de Enfermagem Adulto – história atual.

Histórico de Enfermagem - Adulto

Identificação | Dados Sócio-Sanitários/Dados Clínicos | História da Doença Atual | Necessidades Básicas | Necessidades Básicas (co | ▶

1. Motivo desta internação/consulta:
SANGRAMENTO VAGINAL EM GRANDE QUANTIDADE DESDE ONTEM, FEBRE

2. O que o paciente sabe a respeito da internação e/ou tratamento?

3. Quais as repercussões da situação atual de saúde em sua vida?

4. Relacionamento familiar vinculado ao tratamento:

5. Patologias atuais:
 Não Sim

HIV Asma Diabetes
 SIDA Cardiopatia Insuficiência Renal
 Outras: _____

6. Uso de Medicações:
 Não Não sabe informar

7. Uso de bebidas alcoólicas: _____ Freqüência: _____
 Não Sim No passado

8. Tabagismo: _____ Nº Cigarros/dia: _____
 Não Sim No passado

9. Uso de drogas ilícitas: _____
 Não Sim No passado

10. Compartilhamento de Seringas:
 Não Sim

Tipo de drogas: _____

11. Contato sexual com usuário de drogas injetáveis:
 Não Sim Não sabe

12. Vacinas nos últimos 5 anos: _____

Figura 6: Tela do Histórico de Enfermagem Adulto – necessidades básicas.

Histórico de Enfermagem - Adulto

Identificação | Dados Sócio-Sanitários/Dados Clínicos | História da Doença Atual | **Necessidades Básicas** | Necessidades Básicas (co

1. Sono e repouso
 Horário de dormir: Horário da sesta:

Alterações relacionadas ao sono:
 Dificuldade em conciliar o sono Sono interrompido por
 Uso de medicação Qual?

2. Alimentação e hidratação
 Nº de refeições por dia: 3 5 mais de 5 Ingestão hídrica: até 1 L/dia até 2 L/dia mais de 2 L/dia

Preferência alimentar (alterações relacionadas à alimentação/hidratação):
 Inapetência Polifagia Vômitos Náuseas Disfagia Polidipsia
 Uso de dieta especial: Outras:

3. Eliminações
 Alterações relacionadas à eliminação urinária:
 Polaciúria Anúria Oligúria Colúria Piúria Hematúria
 Poliúria Disúria Nictúria Urina turva Urina fétida Retenção urinária
 Incontinência urinária Incontinência urinária de esforço Jato urinário diminuído Ardência miccional

Alterações relacionadas à eliminação intestinal
 Fezes ressequidas Constipação eventual Constipação crônica Acolia Diarréia Sangramento anal
 Incontinência fecal Tratamento auxiliar (chás, alimentos, laxantes) Freqüência habitual: Data da última evacuação:

Figura 7: Tela do Histórico de Enfermagem – exame físico

Histórico de Enfermagem - Adulto

História da Doença Atual | Necessidades Básicas | Necessidades Básicas (cont.) | Exame Físico | Exame Físico (cont.) | Exame Físico

1. Sinais vitais e medidas antropométricas:

PA: mmHg FC: bpm FR: mpm Tax: C° Peso: Kg

Altura: m Alterações:

2. Condições gerais:

Nível de Consciência:

Lúcido Torposo Confuso

Alerta Glasgow: Orientado Auto psiquicamente

Sedado Desorientado Alo psiquicamente

Locomoção:

Sozinho Com auxílio Não se locomove

Mobilidade:

Total Parcial - paraplegia

Não se movimenta Parcial - hemiplegia

Mobilidade parcial:

Com auxílio Sem auxílio

Pele:

Normocorada Coloração alterada:

Higienizada Higiene precária

Turgor cutâneo:

Preservado Diminuído

Íntegra Lesões:

Couro cabeludo:

Higienizado Caspa Pediculosidade Seborréia

Higiene precária Íntegro Lesões:

Cavidade oral:

Halitose Sangramento

Ao final da elaboração do Histórico de Enfermagem, identifica-se e seleciona-se um DE e, imediatamente, evidenciam-se as Ações/Intervenções de Enfermagem a ele vinculadas, de modo que poderão ser também selecionadas, gerando, enfim, a Prescrição de Enfermagem. Para cada DE, poderão ser acrescentadas novas Ações/Intervenções. Periodicamente, o usuário do sistema alimenta a lista de DE, com as datas de abertura e fechamento do mesmo.

O aplicativo permite aos usuários, isto é, aos enfermeiros, incluir e excluir Diagnósticos de Enfermagem, bem como as Ações/Intervenções de Enfermagem, possibilitando, desta forma, a supressão daqueles DE que não são necessários na Unidade ou aquelas Ações/Intervenções não pertinentes, conforme mostra a Figura 8.

Figura 8: Tela para cadastro dos Diagnósticos de Enfermagem – Ações/Intervenções de Enfermagem

Cadastro de Diagnósticos e Ações

Código: Título:

Características definidoras:
 Interpretação imprecisa dos estímulos; Internos ou externos; Defeitos cognitivos; Falta de concentração; Déficit ou problemas de memória; Egocentrismo; Hipervigilância e hipovigilância; Delírios; Alucinações; Fobias; Obsessões; Comportamento social inapropriado; Impulsividade; Confusão/desorientação.

Fatores relacionados:
 Mudanças fisiológicas secundárias à abstinência de drogas ou álcool; Alterações bioquímicas; Trauma emocional; Tortura; Trauma de infância; Medos reprimidos; Ansiedade; Depressão; Luto; Idosos (isolamento, "depressão do final da vida"); TCE.

Ações/Intervenções de Enfermagem:

Ação/Intervenção de Enfermagem
▶ Realizar intervenções para facilitar a comunicação: reduzir as distrações desligando o rádio ou a televisão, falar lento
▶ Orientar o paciente para a realidade, quando necessário: chamando-o pelo nome, dizendo seu nome.
▶ Orientar o paciente no tempo e no espaço, quando necessário.

Nessa tela, é possível identificar o diagnóstico adequado, evidenciando os sinais e sintomas presentes e relacioná-los com a etiologia, permitindo selecioná-lo com maior acurácia. Visualizam-se, igualmente, as ações e intervenções associadas a este diagnóstico. Através das setas, é possível o contato com todos os DE cadastrados no programa, anterior ou posterior ao que se encontra presente na tela.

Ao realizar o cadastro de um outro DE, é necessário selecionar a opção “novo” e salvá-lo para posteriormente incluir as ações e intervenções relacionadas a ele em espaço específico. Após cada Ação/Intervenção digitada, seleciona-se a opção “incluir”, para que possa fazer parte das opções a serem selecionadas, no futuro.

A tela apresentada na Figura 9 permite a visualização dos diagnósticos selecionados, bem como as ações e intervenções a eles relacionadas, sendo permitido o aprazamento nos turnos M, T e N na Figura 10. Desta forma, permite a análise do plano de cuidados, possibilitando a adequação através da inclusão ou exclusão, tanto do diagnóstico como das ações e intervenções de enfermagem, antes da impressão e liberação à equipe de enfermagem. Esta opção tende a oferecer a visão de um fragmento que proporciona o desenvolvimento de habilidade do pensar crítico.

Figura 9: Tela para seleção dos Diagnósticos de Enfermagem

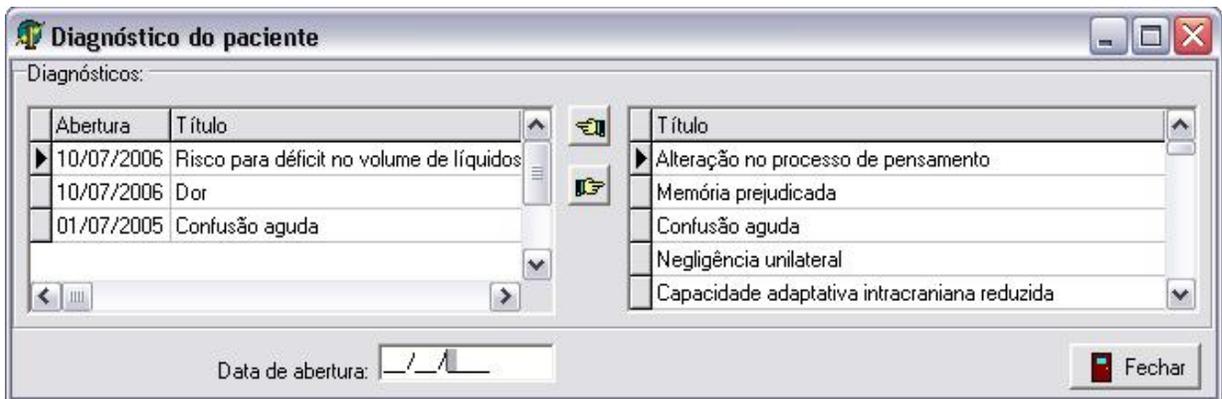
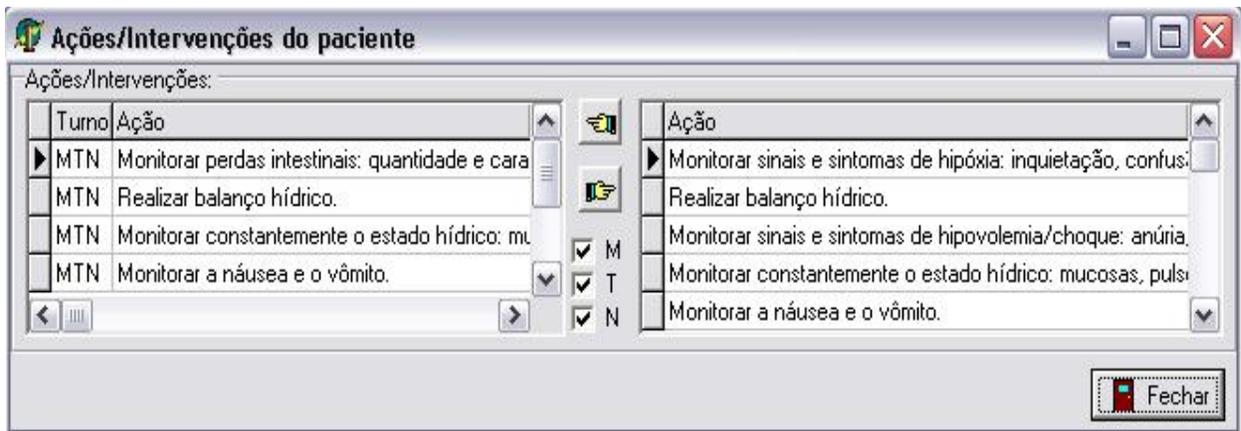


Figura 10: Tela após seleção dos Diagnósticos de Enfermagem, para a seleção das Ações/Intervenções de Enfermagem e aprazamento.



Para cada DE selecionado, acrescenta-se a data de abertura deste e, quando da resolução do problema, a data de fechamento. Ao selecionar a opção imprimir aparece a seguinte tela apresentada na Figura 11.

Figura 11: Tela para impressão dos DE selecionados, contendo data de abertura e data de fechamento.

Lista de Diagnósticos			
SAME: 123456		Paciente: AMÉLIA	
Nº	Data de Abertura	Problema	Data de Fechamento
1	02/08/2006	Risco para puerpério alterado	02/08/2006
2	14/08/2006	Puerpério adequado	

Para a Evolução de Enfermagem (EE) inicialmente se preenche o cadastro de internação do paciente (Figura 12). A EE foi elaborada, de forma descritiva, com dados subjetivos, relacionados ao que o cliente relata, contendo, a seguir, o registro dos dados objetivos e dos sinais vitais, que são aqueles que o profissional obtém, através da observação, ausculta, palpação e percussão. Consta, ainda, de uma janela descritiva, para a avaliação do plano de cuidado prescrito anteriormente, e a opção para fechar DE anterior e/ou incluir outros. Selecionando-se as setas, permite visualizar a EE de outros pacientes e com a opção “novo” possibilita realizar uma EE de um novo paciente (Figura 13).

Figura 12: Tela Evolução de Enfermagem – cadastro de internação.

Cadastro de Internação

Internação | Evolução de Enfermagem | Lista de Diagnósticos | Nota de Alta

SAME: 654321 Nome: ROSA ROSA ROSAE

Procedência: CENTRO OBSTÉTRICO Unidade: TOCOGINECO Leito: 23

COREN: 42458 Nome da enfermeira: ROZELAINE MARIA BUSANELLO Data: 11/07/2006 Hora: 16:20

⏪ ⏩ Novo Salvar Excluir Fechar

Figura 13: Tela Evolução de Enfermagem – dados subjetivos, objetivos e avaliação dos cuidados prescritos.

Cadastro de Internação

Internação | **Evolução de Enfermagem** | Lista de Diagnósticos | Nota de Alta

Subjetivo:
RELATA MELHORA DA DOR, ALIMENTANDO-SE BEM, SEM ALTERAÇÕES NA ELIMINAÇÃO URINÁRIA, ELIMINAÇÃO INTESTINAL ONTEM.

Objetivo: COMUNICATIVA, COLABORATIVA NO CUIDADO,

PA: 110/70 mmhg FC: 72 bpm FR: 18 rpm Tax: 36 C°

11 dias de internação dias de soroterapia dias de cateterismo dias de ATB

Avaliação:
CUIDADOS EFETIVOS, MANTER CONDUTA

COREN: 42458 Nome da enfermeira: ROZELAINE MARIA BUSANELLO Data: 11/07/2006 Hora: 16:30

◀ ◁ ▷ ▶ Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar

Já, a Nota de Alta, visualizada na Figura 14, contém dados sobre referência, agendamento de consultas, orientações realizadas, acompanhante na alta e meio de transporte, com opções descritivas e optativas. Após o preenchimento, seleciona-se a opção imprimir, que irá gerar o formulário apresentado na Figura 15.

Figura 14: Tela da Nota de Alta

Cadastro de Internação

Internação | Evolução de Enfermagem | Lista de Diagnósticos | Nota de Alta

Orientações fornecidas ao paciente/familiar: Estado do paciente: Encaminhamentos:

ORIENTADA A PROCURAR UBS PARA ANTICONCEPÇÃO, SOBRE SINAIS DE COMPLICAÇÕES E PROCURA DO SERVIÇO NA PRESENÇA DESTAS ALERTA, ORIENTADA, PARTICIPATIVA DO CUIDADO UBS DO BAIRRO

Retorno ambulatorio: Data de retorno: Meio de transporte:

Sim Não PRÓPRIO

Acompanhante: Outros acompanhantes:

Familiares

COREN: Nome da enfermeira: Data da alta: Hora da alta:

42458 ROZELAINE MARIA BUSANELLO 13/07/2006 12:30

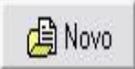
    

Figura 15: Tela para impressão da Nota de Alta

Nota de Alta

SAME: 654321

Paciente: ROSA ROSA ROSAE

1. Orientações fornecidas ao paciente/familiar:

ORIENTADA A PROCURAR UBS PARA ANTICONCEPÇÃO, SOBRE SINAIS DE COMPLICAÇÕES E PROCURA DO SERVIÇO NA PRESENÇA DESTAS

2. Estado do paciente:

ALERTA, ORIENTADA, PARTICIPATIVA DO CUIDADO

3. Encaminhamentos:

UBS DO BAIRRO

4. Retorno ao ambulatório: () Sim (x) Não **Data:**

5. Paciente acompanhada por: (x) Familiar () Outros:

4.5 Fase 5 – Fase de avaliação

Essa fase não teve o seu desenvolvimento pelo tempo preconizado, o que, possivelmente, possibilitaria uma maior fidedignidade e adequação às necessidades da Unidade, visto que um curto espaço de tempo provavelmente não permita visualizar a clientela com todas as suas características. Para a sua concretização, foram coletados dados, por meio de um questionário estruturado (Apêndice E), sobre a qualificação das enfermeiras quanto ao manuseio do computador.

4.5.1 Participantes do estudo

No período de implantação do aplicativo, houve desistências de potenciais participantes, sendo essas de uma enfermeira e duas acadêmicas, em decorrência de férias, término de período de estágio e, possivelmente, devido às dificuldades encontradas na sua manipulação. Inicialmente, a proposta era aplicar a SAE Informatizada durante o período de um mês. Porém, esse prazo não pôde ser cumprido, devido às dificuldades encontradas pelas enfermeiras em liberarem-se das demais atividades, bem como ao número reduzido delas, nesse período, na Unidade, em função dos afastamentos por atestados ou por férias. O período decorrido entre o início e final do uso do aplicativo foi de 15 dias, ocorrendo a execução da SAE através de simulações, bem como em apenas algumas pacientes do Setor de Alojamento Conjunto, aleatoriamente.

Às participantes da pesquisa foi esclarecido o objetivo, a garantia de sigilo e privacidade, a possibilidade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização alguma, bem como

assegurada a disponibilidade em ser prestado qualquer outro esclarecimento sobre a metodologia, durante a pesquisa, de acordo com os preceitos éticos. As enfermeiras e acadêmicas de enfermagem que participaram decidiram por utilizar pseudônimos, adotando nomes de flores, por essas tão bem representarem o universo da mulher, característica singular do local de trabalho, sendo elas: Tulipa, Orquídea, Rosa, Violeta, Dália e Hortência, havendo desistência na participação do estudo de Rosa e Violeta.

O computador utilizado foi um modelo móvel conectado a uma impressora, permitindo chegar à beira do leito, auxiliando, assim, a coleta e o registro simultâneos. Isto é, o dado era coletado onde era gerado.

O aplicativo foi analisado pelas participantes do estudo na Unidade de Internação Toco – Ginecológica do Setor de Obstetrícia e Alojamento Conjunto, em um período de 15 dias. As enfermeiras e acadêmicas responderam a um questionário estruturado, no final da primeira semana, sobre as facilidades e dificuldades encontradas no uso do aplicativo (Anexos F, G, H, I e J).

Ao final do estudo, foi respondido novo questionário, contendo questões estruturadas com opções de múltipla escolha (Apêndice L), quanto à objetividade do seu conteúdo, vocabulário utilizado, forma de apresentação, distribuição e manuseio da fase, utilizando os seguintes conceitos: ótimo, bom, regular e péssimo, fornecendo, deste modo, subsídios sobre a aplicabilidade ou não da SAE informatizada.

Quanto à forma de análise dos dados, a PCA se presta a investigar fenômenos do contexto da prática assistencial, que são complexos e multifacetados, pois incluem dimensões de natureza humana e tecnológica. Devido a essa complexidade, pode lidar com variados exemplares de informações, utilizando uma variedade de métodos e técnicas de análise. Entende-se que a situação em estudo não se mantém estável, o pesquisador intervém, a pesquisa por si intervém;

sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto da experiência do paciente (TRENTINI; PAIM, 2004). Sobre a análise dos dados, Sabino (1978) refere ser uma tarefa que se improvisa, como se começasse a pensar nela ao terminar de processar os dados, possibilitando assim que ela se conceba e se desenvolva sem estar prevista a forma que será realizada a análise dos dados.

5. RESULTADOS

De acordo com o instrumento de sondagem diagnóstica sobre o desempenho da enfermeira no computador, constatou-se que as participantes do estudo possuem entre 20 e 45 anos, sendo que as enfermeiras desenvolvem a prática profissional há mais de 10 anos, e todas utilizam o computador profissionalmente e também em caráter pessoal. A frequência do uso aparece com maior relevância entre 2 a 3 vezes na semana, sendo que apenas uma enfermeira manifestou dificuldades em utilizá-lo e, finalmente, todas utilizam a internet. Dentre os programas mais manuseados, foram citados o Word e o Power Point.

Évora (1995) já apregoava que os enfermeiros deveriam ser capazes de reconhecer o potencial do computador e os benefícios que eles trazem para a profissão. Através desses resultados, observa-se que a enfermeira quer seja iniciando sua vivência, quer seja com experiência profissional, vem gradativamente buscando aperfeiçoamento, por meio do uso de tecnologias disponíveis, principalmente, quanto à atuação profissional, integrando-se ao mundo globalizado.

A informática representa uma nova área de conhecimento. Portanto, a enfermagem deve estar se apropriando e utilizando-a como ferramenta para desenvolver ações que permitam o apoio à assistência, ensino e pesquisa, construindo e melhorando, dessa forma, seu campo do saber. A enfermeira, como profissional responsável pelo cuidado ao cliente, precisa cada vez mais utilizar os recursos da informática em seu cotidiano, criando recursos e possibilidades de aplicação do computador para auxiliar nas diversas atividades pelas quais o enfermeiro é encarregado, incluindo o ensino, a pesquisa e a própria assistência (MARIN, 1995; DALRI, CARVALHO, 2002).

Da experiência na manipulação do programa, emergiram manifestações favoráveis ao modelo de Histórico de Enfermagem Informatizado (HEI), sendo considerado “*dinâmico, prático, fácil, desde que tenha um Notebook disponível, à beira do leito, para que os dados, realmente, sejam corretos, frente à entrevista com a paciente*” (Tulipa). Quanto à sua concepção e o conteúdo dos itens para serem preenchidos, houve a percepção de que se trata de um “*questionário bastante completo, o que permite observar, ou melhor, dar uma idéia do estado geral da paciente*” (Hortência) e de “*fácil aplicação, com linguagem científica adequada*” (Orquídea). “*Não precisa mais que isto*” (Dália).

Houve manifestações sobre o HEI, permitindo evidenciar o que sugere a literatura: a realização de um treinamento exaustivo, buscando a familiaridade entre aplicativo e usuário, possibilitando, através da real interação, uma avaliação condizente com as necessidades da instituição, como se pode perceber pelo teor da assertiva de que há a “*falta de um treinamento mais adequado para usá-lo. Um pouco extenso. Talvez, as secretárias pudessem lançar os dados das pacientes para otimizar o tempo*” (Hortência). Essa colocação permite identificar que o profissional enfermeiro ainda busca delegar funções que considera burocráticas, mesmo estando elas envolvidas na SAE, prática essencialmente vinculada ao enfermeiro.

Foram sugeridos acréscimos e substituições de alguns itens considerados como relevantes e outros poucos relevantes no HEI. “*Podéria contemplar, também, os aspectos psicológicos referentes ao stress da paciente, bem como as estratégias de coping/enfrentamento que esteja utilizando, a fim de permitir ao enfermeiro auxiliá-la, nesse processo (enfrentamento da situação de doença)*” (Hortência). Os itens para acréscimo no modelo diziam respeito às características de normalidade das necessidades de eliminação urinária e intestinal e de oxigenação. No Histórico de Enfermagem Informatizado do Recém-nascido, foi sugerido acrescentar item de normalidade,

no formato do ouvido. Quanto às sugestões de itens suprimidos, evidenciou-se que os mesmos não foram trabalhados, justificando sua irrelevância, pois o dado não trabalhado não gera informação.

Através da vivência anterior, ficou evidenciada a necessidade de DE que abarcassem especificidades da área materna, no ciclo gravídico-puerperal, sendo, então, elaborados dois DE específicos (Apêndice M), utilizando como referencial Freitas (2006), Ziegel (1985) e Burroughs (1995).

Em relação aos Diagnósticos de Enfermagem, têm-se manifestações que demonstram a sua possibilidade de implementação, decorrentes de serem considerados “*adequados ao tipo de pacientes da Unidade, permite a inclusão de novos diagnósticos*” (Dália). Em outras palavras, “*adequados à realidade de nossa clientela*” (Orquídea), ou seja, capaz de proporcionar a realização de uma assistência de enfermagem mais qualificada e humanizada, por ser planejada, em consonância às realidades tanto da clientela como da própria Unidade.

“*Está bem estruturado e fácil de buscar os menus, porém percebe-se que o profissional precisa conhecer/saber os DE (estudar)*” (Tulipa). Entretanto, houve a manifestação de que “*foi difícil de usá-los*” (Hortência). Portanto, percebe-se que o enfermeiro, apesar de buscar constantemente atualizar-se, necessita de espaço, no seu cotidiano, para dedicar tempo às atividades que implementam as habilidades de conhecimento. Essa é uma atitude que necessita do apoio e esforço institucional, principalmente, por encontrar-se vinculada ao desempenho profissional e melhoria da assistência.

Nesse sentido, “o enfermeiro se depara com um desafio decisivo: instrumentalizar-se para integrar tecnologias na enfermagem pela sistematização de suas ações e fundamentação técnico-científica do conhecimento” (DALRI; CARVALHO, 2002, p. 788). Desse modo, devido a pouca familiaridade com os Diagnósticos de Enfermagem baseados na Taxonomia II da NANDA,

percebeu-se que essa etapa de seleção dos sinais e sintomas e sua aproximação etiológica para estabelecer o DE foi a que mais despendeu tempo da enfermeira para a elaboração da SAE. Frente a essa constatação, percebe-se a importância do domínio do conteúdo e a necessidade de manuseio intenso para otimização das atividades com a desenvoltura e eficiência almejadas.

Quanto ao tempo gasto pelas enfermeiras na execução de suas atividades diárias, Santos; Paula; Lima (2003, p. 81) apresentam que

a enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Entretanto, compilar essa massa de informação, que cresce em progressão geométrica nos protocolos e registros manuais, torna ineficiente o gerenciamento para uma tomada de decisão racional e objetiva por parte dos enfermeiros. Além disso, há o fato de que as anotações são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, não havendo uma definição metodológica estruturada.

Encontram-se algumas dificuldades, durante a elaboração da SAE, sendo uma delas relacionadas aos DE, pois a classificação das características definidoras é atividade que demanda tempo e análise, tendo em vista que muitas delas estão associadas a vários diagnósticos e, portanto, se repetem (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2004).

Sobre os Protocolos das Ações/Intervenções de Enfermagem constatou-se que, na opinião das enfermeiras, são considerados “*adequados à realidade do setor*” (Orquídea) e “*muito prático, à medida que se identificam os DE, abrem as intervenções. Eu achei ótimo. Achei bastante completo*” (Hortência). Torna possível prestar uma assistência planejada e elaborar e realizar a prescrição de enfermagem, pois “*está fácil de fazer a busca, para avaliar o contexto e adequação. Só utilizando mais vezes, para detectar se precisa acrescentar algo. Sugiro que coloque horário, além de colocar os turnos: M/T/N*” (Tulipa).

Houve, igualmente, a avaliação da Evolução de Enfermagem, em que foram destacadas as virtudes do aplicativo, especialmente a de ser algo “*bom, prático, preenche as necessidades de*

relato dos fatos que a paciente possa apresentar” (Orquídea). Devido a suas características, “dá a oportunidade para a paciente relatar e, ao mesmo tempo, permite incluir a tua observação, até o grau do problema” (Dália). Além disso, é “muito bom, oferece espaço para o profissional escrever, evoluir o paciente de forma liberta” (Tulipa). “De modo geral, o aplicativo contempla todos os aspectos importantes da Evolução de Enfermagem, podendo informar a quem acessar os dados se as Ações/Intervenções estão sendo efetivas. Uma forma de saber, através do programa, se as ações foram executadas” (Hortência).

Por fim, quanto a ser contemplada a Nota de Alta, foi considerado como algo *“bem pensado, pois faz com que a paciente seja avaliada e encaminhada, também, pelo enfermeiro” (Tulipa). Assim, a Nota de Alta foi percebida como “precisa, clara, de modo que auxilia no respaldo legal, sobre as condições de alta do paciente, bem como acompanhante e orientações” (Orquídea). Além disso, “permite saber o nível de informações que a paciente deve ter, ao sair da Unidade, uma vez que estas foram registradas no aplicativo; saber se houve ou não os devidos encaminhamentos, retornos. Tais informações irão facilitar e agilizar o processo de referência e contra-referência” (Hortência).*

Em especial, na Nota de Alta, foi considerada *“importante a presença do item com quem a paciente saiu. Quanto ao item retorno ao ambulatório, a data não é importante, pois perde-se o contato com a paciente” (Dália). Ainda, foram feitas sugestões de ser especificado, no local do “meio de transporte para a alta hospitalar, acrescentar SAME/NOME da paciente na nota de alta” (Tulipa). Por sua vez, “a data da consulta do retorno não interessa, visto que não sabemos se a paciente vai retornar, nem vamos fazer a busca” (Orquídea). Essas informações vêm preencher uma lacuna Institucional quanto à saída de paciente, já tendo encontrado dificuldades relacionadas à alta, quer seja no que tange à presença de acompanhantes para a alta ou ao tipo de transporte utilizado para tal, pois, sendo a Instituição referência, atende vários municípios da*

região e necessita realizar a contra-referência desses pacientes, havendo necessidade de documentar.

Os conceitos atribuídos ao *software*, relacionados à forma de apresentação, situaram-se mais próximo do ótimo; os conceitos relacionados ao manuseio, após a primeira semana de uso, ficaram mais próximo do bom; os conceitos relacionados ao manuseio, após a segunda semana, ficaram entre ótimo e bom.

Quanto à fase do **Histórico de Enfermagem Adulto**: os conceitos relacionados à objetividade do conteúdo, situaram-se mais próximo do ótimo; os conceitos relacionados ao vocabulário utilizado, ficaram entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à forma de apresentação do conteúdo, situaram-se mais próximo do ótimo; os conceitos relacionados à distribuição do conteúdo, situaram-se mais próximo do bom; os conceitos relacionados ao tempo despendido no preenchimento para uso, ficaram entre bom e regular.

Sobre a fase do **Histórico de Enfermagem Recém-nascido** (este não foi preenchido por uma das participantes do estudo por não ter utilizado): os conceitos relacionados à objetividade do conteúdo, foi considerado bom; os conceitos relacionados ao vocabulário utilizado, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à forma de apresentação do conteúdo, ficaram entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à distribuição do conteúdo, foram considerados bom; os conceitos relacionados ao tempo despendido no preenchimento para uso, ficaram entre bom e regular.

Acerca do **Diagnóstico de Enfermagem**: os conceitos relacionados à objetividade do conteúdo, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados ao vocabulário utilizado, ficaram entre ótimo e bom; relacionados à forma de apresentação do conteúdo, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à distribuição do conteúdo, ficaram próximo ao ótimo; os

conceitos relacionados ao tempo despendido no preenchimento para uso, situaram-se entre bom e regular.

Quanto às **Ações/Intervenções de Enfermagem**: os conceitos relacionados à objetividade do conteúdo, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados ao vocabulário utilizado, ficaram entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à forma de apresentação do conteúdo, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à distribuição do conteúdo, ficaram entre ótimo e bom; os conceitos relacionados ao tempo despendido no preenchimento para uso, situaram-se próximo a bom.

No que concerne à **Evolução de Enfermagem**: os conceitos relacionados à forma de apresentação do conteúdo, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à distribuição do conteúdo, ficaram mais próximo a ótimo; os conceitos relacionados ao tempo despendido no preenchimento para uso, situaram-se entre bom e regular.

No que tange à **Nota de Alta**: os conceitos relacionados à forma de apresentação do conteúdo, ficaram entre ótimo e bom; os conceitos relacionados à distribuição do conteúdo, situaram-se entre ótimo e bom; os conceitos relacionados ao tempo despendido no preenchimento para uso, ficaram entre ótimo e bom.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta inicial consistia em implementar a SAE informatizada, num período de 30 dias. Essa proposta não se concretizou, pelas dificuldades presentes, quer seja devido à falta de recursos humanos, pois a Unidade encontrava-se com poucos profissionais enfermeiros, havendo necessidade, em alguns momentos, do auxílio da própria pesquisadora para que pudessem dedicar tempo ao programa; quer seja pela relação de pouca afinidade com o programa, mostrando-se importante a presença desta última, o que servia como estímulo para a sua manipulação.

A enfermagem vem, ao longo do tempo, desempenhando funções vinculadas às atividades de outros profissionais e essa postura não permite o desenvolvimento da autonomia, pois há sempre um limite que não deve ser ultrapassado. Essa forma de desempenho pode tanto estar ligada à formação quanto a uma cultura fortemente arraigada, impulsionando, mesmo que inconscientemente, a continuidade de competências pouco notadas e, portanto, não valorizadas.

Nesse contexto, faz-se necessária uma mudança de cultura, que continua mostrando-se vinculada ao modelo biomédico, em que o enfermeiro não se apresenta nem se comporta como um profissional autônomo, mas como um profissional que volta o seu trabalho muito mais para o fazer médico e de outros profissionais.

Apresenta-se grande a quantidade de informações que o profissional enfermeiro necessita utilizar no seu dia-a-dia, proveniente do cliente, dos familiares, de outros profissionais, da equipe de enfermagem e do conhecimento atualizado. O domínio destas informações é um outro grande desafio que poderia ser facilitado com a utilização de tecnologias da informação.

Por sua vez, a Taxonomia Diagnóstica da NANDA tem gerado dificuldades de utilização, tendo em vista o montante de informações necessárias para identificar, com acurácia, as características definidoras e os fatores relacionados, pois os mesmos podem encontrar-se

vinculados a mais de um diagnóstico. É importante despender tempo, precioso no contexto vivenciado, para entendê-la e dominá-la minimamente, fato relatado, durante a pesquisa.

Nesta era em que ter conhecimento significa a possibilidade de exercer poder, observa-se que, ao demonstrar o conhecimento limitado na elaboração de Diagnósticos de Enfermagem, os profissionais estabelecem uma vulnerabilidade no seu domínio, preferindo, portanto, desempenhar outras atividades das quais são conhecedores eficazes, valorizando-se e sentindo-se valorizados.

Apesar de todo o avanço tecnológico, inúmeras instituições utilizam o método de registro manual, evidenciando-se a prática de uma enfermagem evoluída em termos de conhecimentos técnico-científicos, mas enfrentando um grande desafio, que é aplicar a teoria na prática e adquirir conhecimentos da experiência prática, ou seja, o conhecimento tácito (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

Evidenciou-se com a pesquisa a dificuldade na elaboração da SAE, embora legalmente constituído e importantíssimo o seu exercício. Mesmo atualmente, a academia não tem conseguido fortalecer este “fazer” tão singular, visto a dificuldade de execução apresentada tanto por acadêmicos como por profissionais. Constatou-se esta dificuldade apesar do desejo e disposição para sua concretização.

Percebe-se que, para que a mesma se efetive, é premente o envolvimento constante do profissional e a certeza de que essa prática irá proporcionar benefícios múltiplos. O enfermeiro deve estar engajado na busca de um conhecimento singular que não se mostra fácil, visto ser complexo, dinâmico e mutável como ocorre com a SAE.

O desenvolvimento dessa prática está diretamente ligada ao enfermeiro assistencial e possui uma dependência igualmente importante e essencial das estruturas institucionais, que o apoiem e forneçam subsídios qualitativos e quantitativos, instrumentalizando-o para essa prática.

Ao analisar os dados encontrados, percebe-se que há necessidade de melhorias, principalmente, nos itens do Histórico de Enfermagem Adulto, para que o programa seja um instrumento adequado ao desenvolvimento e aplicabilidade da SAE. Apesar do empenho das colegas para que o programa funcionasse adequadamente, a construção coletiva do mesmo, isto é, a participação na construção das fases da SAE desde o planejamento, geraria maior diversidade, possibilitando a clareza e a simplicidade de outros olhares.

Quanto à prescrição de normas e rotinas efetivamente, não houve discordância entre os sujeitos da pesquisa ao pensar da pesquisadora, visto ser fato a dificuldade de execução e controle das mesmas, vivenciando inúmeras vezes o não cumprimento do que foi estabelecido e, dessa forma, descuidando do paciente. Fato esse igualmente favorecido pela diminuição do contingente humano vivenciado, atualmente, em quase todos os hospitais universitários, frente à complexidade dos serviços oferecidos e da finalidade desse tipo de instituição, isto é, voltada ao ensino, conforme pesquisa realizada por Antunes; Costa (2003).

O entusiasmo demonstrado pelas enfermeiras, após a primeira semana de utilização do aplicativo, vem demonstrar o desejo de crescerem e serem valorizadas, ao perceberem que o desenvolvimento da SAE é facilitado pelo uso do computador, principalmente à beira do leito, favorecendo a coleta do dado onde ele é gerado, diminuindo o tempo gasto para a sua execução. As sugestões mostraram-se pertinentes e foram realizadas as alterações propostas no programa, em sua maioria.

Tendo recebido os conceitos ótimo e bom majoritariamente, nos itens avaliados, principalmente naqueles relacionados ao tempo despendido para o preenchimento, já que esse é

extremamente precioso no cotidiano da enfermeira, considera-se, portanto, que os objetivos deste estudo foram plenamente alcançados.

A pretensão deste estudo foi investir a Enfermagem de saberes e experiências diferenciadas, buscando o apoio tecnológico disponível na atualidade para auxílio no desenvolvimento de ações, fornecendo subsídios para que o profissional possa atuar de forma reflexiva, crítica e científica na arte do cuidar humanizado.

7. REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem – um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 281p.

ALVES, W. P. **Delphi 5.0: aplicação para banco de dados**. São Paulo: Érica, 1999. 391p.

ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 11, n 6, nov/dez; p. 832-9, 2003.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem – uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2.ed. rev. e amp. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 210p.

BENKO, M.; CASTILHO, V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M. C. et al.(Org.). **Processo de enfermagem na prática**. 2.ed. São Paulo: Ática, 1992. p. 89-111.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. Tradução Ana Maria V. Thorell. 6 ed. Porto alegre: Artmed, 1995. 456p.

CAMPEDELLI, M. C. Uma visão da prática de enfermagem no Brasil e sua evolução quanto à utilização do processo de enfermagem. In: _____ **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1992. p. 11-21.

CASTELLANOS, B. E. P.; CASTILLO, V. Marco conceitual da assistência de enfermagem – considerações gerais. In: CAMPEDELLI, M. C. et alli (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1992. p. 22-30.

CARPENITO, L. J.. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. Tradução Ana Maria V. Thorell. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 536p.

_____ **Plano de cuidados de enfermagem e Documentação – diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**. Tradução Ana Maria V. Thorell. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 744p.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2001. 304p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 272** de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.coren-df.org.br/jornal_coren/042/07.html>. Acesso em: 15 abri. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Manual de Legislação**. Porto Alegre: COREN-RS, 2001. 56p.

DARLI, M. C.B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 10, n 6, nov/dez, p. 787-93, 2002.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 560p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISSLER, A. C. **Planos de cuidado de enfermagem** – orientações para o cuidado individualizado do paciente. Tradução Isabel Cristina Fonseca da Cruz et al. 5 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2003. 970p.

EVORA, Y. D. M. **Processo de informatização em enfermagem – orientações básicas**. São Paulo: EPU, 1995. 105p.

FERNANDES, M. G. O.; BARBOSA, V. L.; NAGANUMA, M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 14, n 2, mar/abr; p. 243-50, 2006.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J.G. L.; MAGALHÃES, J. A. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 680p.

FRENKEL, J.; FAÇANHA, D.; CURY, V. **Informática: atuação e tendências**. Rio de Janeiro: FINEP, 1994. 555p.

GALVÃO, A. M. **Bioética: a ética a serviço da vida: uma abordagem** multidisciplinar. São Paulo: Santuário, 2004. 223p.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. As teorias de enfermagem e a construção do conhecimento. In: 11 SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2001, Belém-PA. **Anais**. Belém: ABEn-PA, 2001. v.1, p.1-10.

_____ Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo-SP, 2004, v. 2, p. 37-63.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

Hospital Universitário de Santa Maria. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br>>. Acesso em: 20 dez. 2005

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros. 1999. 228p.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Desenvolvimento lógico-matemático do software “ND”. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 12, n 1, jan/fev; p. 92-100, 2004.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora Gráfica Universitária – UFPel, 2000. 206p.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. (Orgs). **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução Regina Garcez. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1092p.

MARIN, H. F. **Informática em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995. 100p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**. Tradução Jeanne L. M. Michel. 4ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288p.

NORTON, P. **Introdução à informática**. Tradução Maria Claudia Santos Ribeiro Ratto. São Paulo: Makron Books, 1996. 619p.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. *In*: GEORGE. J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 2000. 375p.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. *In*: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2001. p.41-62

SABINO, C. A.; **Metodología de investigación**. Buenos Aires: E.S.M.E. Gráfica Industrial y Comercial, 1978. 163p.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M.L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 12, n 3, mai/jun; p. 460-8, 2004.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 11, n 1, jan/fev, p. 80-7, 2003.

SILVA, M. J. P.; DIAS, D. C. O registro da prática da enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. **Nursing**. Ano 2. n 11, p.21-26, abri.1999.

SILVA, S. C. A visão da enfermagem frente a novos paradigmas – reflexão teórica. **Nursing**. Ano 2. n13, p.17-19, jun.1999.

SPARKS, S. M; TAYLOR, C. M.; DYER, J. G. **Diagnóstico em enfermagem**. Tradução Carlos Henrique Consendey. Rio de Janeiro: Reischmann & Affonso, 2000. 479p.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol 13, n 6, nov/dez;, p. 937-43, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L3,. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2.ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. **Manual de sistematização da assistência de enfermagem**. Maringá: Boaventura, 1996. 71p.

WALDOW, V. R. A ação prescritiva do cuidado sob a ótica da análise do discurso. **Nursing**. n 12, p.24-31, mai.1999. Ano 2.

_____ **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 238p.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artmed, 1995.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A – Solicitação Direção Serviço de Enfermagem do HUSM
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilma. Sra.
Vânia Olivo
Diretora do Serviço de Enfermagem do HUSM

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver uma pesquisa visando a construção de minha dissertação de mestrado. Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem/Saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, assim como funcionária técnica-administrativa da Universidade Federal de Santa Maria, lotada nessa Instituição. Meu professor orientador é o Professor Doutor Wilson Lunardi Filho.

No Hospital Universitário de Santa Maria pretendo desenvolver a pesquisa na Unidade Toco - ginecológica, setor de Obstetrícia e Alojamento Conjunto, com enfermeiros, técnicos de enfermagem e acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFSM (7^o e 8^o semestres), em todos os turnos. O tema da pesquisa trata da **elaboração e análise de um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) informatizada**. O objetivo é avaliar a contribuição da informatização para a SAE, conhecendo a aplicabilidade ou não do modelo.

Terei presente o compromisso ético em resgatar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, bem como a unidade da Instituição.

Na certeza de contar com o vosso apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo em que me coloco ao inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Rozelaine Maria Busanello

Ciente, de acordo

Data: ___/___/___

Ass. da Direção Serv. Enf. HUSM

Santa Maria, 27 de junho de 2006.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

Ilma Sra.

Venho, mui respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que será por mim desenvolvida para a construção de minha dissertação de mestrado.

O tema da minha dissertação de mestrado é a **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) – o processo informatizado**. O objetivo é avaliar a contribuição da informatização para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através da utilização de um programa de computador específico. O programa deverá ser executado em uma enfermaria de internação obstétrica e alojamento conjunto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) durante o período de 01 (um) mês, com o auxílio de computador na beira do leito. Através dos dados coletados com a utilização de questionários semi-estruturado semanal e de questionário estruturado para avaliação final, será avaliada a contribuição ou não do mesmo para a realização da SAE..

Justifico a relevância deste estudo, pela contribuição que poderá fornecer à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao oferecer uma tecnologia para a realização dessa atividade, exclusiva da enfermeira.

Asseguro o compromisso com a ética e o sigilo neste trabalho, respeitando a privacidade do participante, assim como o direito à desistência em qualquer momento da pesquisa sem penalização. Disponho-me a prestar esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre a metodologia

Atenciosamente

Rozelaine M. Busanello
Mestranda
Telefone (53) 9108 5379.

Santa Maria, ____ de _____ de 2006.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada de forma clara sobre o objetivo desta pesquisa, sendo este avaliar a contribuição da informatização para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através da utilização de um programa de computador específico. Da justificativa pelo auxílio que este programa poderá fornecer para a realização da SAE e, de que este programa será utilizado, pelo período de 01 (mês), com o auxílio de computador na beira do leito, em uma enfermaria de 04 (quatro) leitos da Unidade Tocoginecológica, setor de obstetrícia e alojamento conjunto do Hospital Universitário de Santa Maria. Que os dados serão avaliados através de questionário semi-estruturado semanal e de questionário estruturado para avaliação final.

Fui igualmente informado(a):

Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que traga qualquer prejuízo;

Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;

De que serão mantidos todos os preceitos éticos – legais durante e após o término da pesquisa;

Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando.

Portanto, concordo em participar do estudo.

Rozelaine Maria Busanello

Mestranda

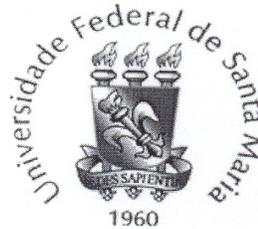
(53) 9108 5379

Telefone do pesquisador

Assinatura do participante.

Santa Maria, ___ de _____ de 2006.

APÊNDICE C – Carta de Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa da UFSM



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa

CARTA DE APROVAÇÃO

Título do Projeto de Pesquisa: “Sistematização da assistência de enfermagem – o processo informatizado”.

Número do Processo: 23081.000423/2006-76

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0026.0.243.124-05

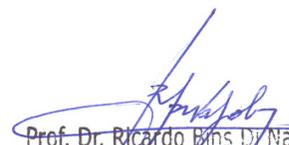
Pesquisador Responsável:

Nome: Rozelaine Maria Busanello

Telefone: 055 3222 9761

Email: roze.b@pop.com.br

Projeto Aprovado: 08/08/2006.


Prof. Dr. Ricardo Bins Di Napoli
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa - UFSM

APÊNDICE D – Protocolos de Diagnósticos de Enfermagem – Ações/Intervenções de Enfermagem

10201 DOR

Características definidoras

Comunicação verbal ou não verbal de dor; Comportamento protetor e receoso; Focalização limitada (percepção alterada do tempo, isolamento social, dificuldade no processo de pensamento); Comportamento de distração ou desatenção (gemer, chorar, caminhar, inquietação); Expressão facial de dor (olhar sem brilho, abatido, fixo ou com movimentos dispersos, careta); Alteração no tônus muscular (podendo passar de relaxado a rígido); Mudança na PA e no pulso, dilatação pupilar, frequência e amplitude respiratórias aumentadas ou diminuídas (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Estiramento de órgãos; Pressão excessiva sobre órgãos ou partes do corpo; Temperaturas muito elevadas (queimaduras) ou muito baixas; Isquemia; Infecção (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar tipo da dor, localização, duração, intensidade e característica.
- Solicitar ao paciente que identifique a dor na escala de dor (01 a 10, onde 10 é o valor máximo).
- Monitorar as reações colaterais dos fármacos, após usá-los. Solicitar ao paciente que gradue na escala de dor (01 a 10), 30 a 45 min. após administração do fármaco.
- Propiciar períodos de repouso ininterrupto ao paciente.
- Colocar o paciente em posição confortável. Usar travesseiros para imobilizar ou apoiar regiões doloridas, reduzir a tensão e redistribuir a pressão.
- Aplicar calor.
- Aplicar frio.
- Observar fatores que agravam a dor.
- Aplicar medidas de conforto para relaxamento, como massagem, banho e reposicionamento.
- Observar indicadores não verbais de desconforto.
- Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente.
- Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave.
- Oferecer informações sobre a dor, causas, tempo de duração e desconfortos de correntes de procedimentos.
- Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura ambiente, iluminação, ruídos).
- Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor.
- Oferecer alívio como analgésicos prescritos.
- Promover o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor.
- Orientar o paciente a realizar exercícios ativos.
- Estimular o paciente a deambulação.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10202 DOR CRÔNICA

Características definidoras

Relato verbal ou evidência observada de dor experimentada por mais de seis meses; Temor de reincidência da dor; Isolamento físico e social; Capacidade alterada para continuar atividades prévias; Anorexia; Mudanças de peso; Mudanças no padrão de sono; Expressão facial de dor; Movimento de autoproteção; Humor deprimido ou ansioso (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Doenças articulares, doenças neuromusculares; Doenças degenerativas; Osteoporose; Câncer (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar tipo e intensidade da dor, localização, duração e característica.
 - Solicitar ao paciente que identifique a dor na escala de dor (01 a 10, onde 10 caracteriza dor insuportável).
 - Monitorar as reações colaterais dos fármacos, após usá-los. Solicitar ao paciente que gradue na escala de dor (01 a 10), 30 a 45 min. Após administração do fármaco.
 - Propiciar períodos de repouso ininterrupto ao paciente.
 - Colocar o paciente em posição confortável. Usar travesseiros para imobilizar ou apoiar regiões doloridas, reduzir a tensão e redistribuir a pressão.
 - Aplicar calor.
 - Aplicar frio.
 - Observar e registrar fatores que agravam a dor.
 - Aplicar medidas de conforto para relaxamento, como massagem, banho e reposicionamento.
 - Observar indicadores não verbais de desconforto.
 - Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente.
 - Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave.
 - Oferecer informações sobre a dor, causas, tempo de duração e desconfortos de correntes de procedimentos.
 - Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura ambiente, iluminação, ruídos).
 - Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor.
 - Oferecer alívio como analgésicos prescritos.
 - Promover o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor.
 - Orientar o paciente a realizar exercícios ativos.
 - Estimular o paciente a deambulação.
 - Mediar antes de uma atividade, avaliando os riscos decorrentes da sedação.
 - Notificar se as medidas não forem bem sucedidas ou se a queixa de dor apresentou mudanças significativas.
 - Reduzir os fatores que precipitem ou aumentem a dor (medo, fadiga e falta de informação).
 - Realizar um levantamento abrangente da dor: local, características, início/duração, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes.
 - Determinar o impacto da dor sobre a qualidade de vida.
 - Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10203 NÁUSEA**Características definidoras**

Impressão que está prestes a vomitar; Relato de náusea, enjôo ou mal estar estomacal; Pele pálida, fria e pegajosa; Aumento da salivação; Aumento da frequência cardíaca; Falta de vontade para se alimentar (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Intoxicação intestinal; Irritação do sistema gastrointestinal por medicamentos (quimioterápicos); Pós-anestesia; Gravidez; Dor aguda intensa; Hipertensão intracraniana; Hipoglicemia; Uremia; Infecção intestinal; Transtornos hepáticos (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Observar indicadores não verbais de desconforto.
 - Identificar fatores capazes de causar ou contribuir com a náusea.
 - Controlar os fatores ambientais capazes de evocar a náusea.
 - Identificar estratégias bem sucedidas com o paciente no alívio da náusea.
 - Promover o repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea.
 - Realizar higiene oral freqüente para promover conforto, a menos que estimule a náusea.
 - Encorajar o consumo de pequenas quantidades de alimento.
 - Oferecer líquidos frios, puros, inodoros e incolores.
 - Monitorar a ingesta alimentar e hídrica.
 - Pesquisar regularmente o paciente.
 - Monitorar os efeitos do controle da náusea.
 - Administrar medicamentos anti-eméticos conforme prescrição médica.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10301 PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

Características definidoras

Modificações na frequência ou no padrão respiratório; Modificações no pulso (frequência, ritmo, qualidade); Dispnéia; Respiração curta; Taquipnéia; Frêmitos; Cianose; Tosse; Mudanças na profundidade da respiração assumindo a posição em três pontos; Dilatação das narinas; Respiração pela boca; Fase expiratória prolongada; Diâmetro antero-posterior aumentado; Uso de músculos acessórios; Movimentos torácicos alterados (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Atividade neuromuscular prejudicada; Dor; Dano músculo-esquelético; Problemas perceptivos ou cognitivos; Ansiedade; Fadiga ou energia diminuída (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar as condições respiratórias.
- Avaliar a dor, administrando analgésico conforme prescrição médica.
- Registrar eficácia do analgésico, monitorando a depressão respiratória.
- Auxiliar o paciente a assumir uma posição confortável, permitindo expansão torácica.
- Orientar o paciente a imobilizar a incisão cirúrgica ao tossir ou movimentar-se.
- Proporcionar períodos de repouso evitando a fadiga.
- Mudar a posição do paciente a intervalos freqüentes.
- Estimular o paciente a conversar sobre seus medos.
- Ensinar técnicas de relaxamento ajudando a reduzir a ansiedade.
- Orientar o paciente a respirar profundamente.
- Orientar o paciente a relatar a dor.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10302 TROCA DE GASES PREJUDICADA

Características definidoras

Dispnéia ao esforço; Confusão; Sonolência; Inquietação; Irritabilidade; Incapacidade para remover secreções; Hipóxia; Tendência a assumir a posição de três pontos (sentado, uma mão em cada joelho, inclinado para frente); Cianose; Resistência pulmonar aumentada (pressão artéria pulmonar aumentada/ventrículo direito aumentado) (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Auxiliar o paciente a permanecer em posição confortável.
- Orientar o paciente a movimentar-se, tossir e respirar profundamente a cada 4 horas.
- Planejar atividades do paciente de acordo com sua tolerância.
- Realizar higiene oral.
- Observar lesões da mucosa oral.
- Estimular o paciente a alternar períodos de repouso e atividade.
- Movimentar o paciente lentamente para evitar hipotensão ortostática.
- Trocar catéter nasal diariamente, alternando a narina.
- Realizar nebulização com oxigênio.
- Auxiliar higiene corporal.
- Realizar higiene corporal.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10303 INCAPACIDADE PARA MANTER A RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

Características definidoras

Dispnéia; Maior necessidade metabólica; Agitação progressiva; Uso progressivo da musculatura acessória; Diminuição do volume corrente; Aumento da frequência cardíaca; Diminuição da saturação de oxigênio (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Fadiga dos músculos respiratórios; Desnutrição; Consumo metabólico aumentado; Lesões do SNC; Traumatismo raquimedular alto (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Manter o paciente em posição de Fowler.
 - Monitorar os efeitos respiratórios dos fármacos.
 - Avaliar o paciente continuamente para alterações respiratórias.
 - Orientar o paciente a realizar excursões respiratórias profundas.
 - Oriente o paciente a tossir.
 - Observar presença de sofrimento respiratório e cianose.
 - Realizar controle da saturação de oxigênio.
 - Monitorar fadiga muscular diafragmática.
 - Monitorar a frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações.
 - Monitorar aumento da agitação, da ansiedade e falta de ar.
 - Realizar aspiração quando necessário.
 - Monitorar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, etc.
 - Avaliar capacidade do paciente para tossir efetivamente.
 - Monitorar dispnéia e eventos que possam aumentá-la ou piorá-la.
 - Monitorar início, características e duração da tosse.
 - Observar expansibilidade pulmonar.
 - Posicionar o paciente lateralmente prevenindo aspiração.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10304 DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

Características definidoras

Tosse ausente ou ineficaz; Incapacidade para remover as secreções das vias aéreas (brônquios e alvéolos); Ruídos adventícios (roncos, creptos, sibilos); Alteração na frequência e na profundidade da respiração; Taquipnéia; Cianose; Dispnéia (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Tabagismo; Broncoespasmo; Secreções (traqueais, brônquicas e alveolares) em quantidade abundante; Via aérea artificial; DPOC; Disfunção neuromuscular (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Manter o paciente em posição de Fowler.
 - Monitorar os efeitos respiratórios dos fármacos.
 - Avaliar o paciente continuamente para alterações respiratórias.
 - Orientar o paciente a realizar incursões respiratórias profundas.
 - Oriente o paciente a tossir.
 - Observar presença de sofrimento respiratório e cianose.
 - Realizar controle da saturação de oxigênio.
 - Monitorar fadiga muscular diafragmática.
 - Monitorar a frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações.
 - Monitorar aumento da agitação, da ansiedade e falta de ar.
 - Realizar aspiração quando necessário.
 - Monitorar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, etc.
 - Avaliar capacidade do paciente para tossir efetivamente.
 - Monitorar dispnéia e eventos que possam aumentá-la ou piorá-la.
 - Monitorar início, características e duração da tosse.
 - Observar expansibilidade pulmonar.
 - Posicionar o paciente lateralmente prevenindo aspiração.
 - Realizar nebulização com oxigênio.
 - Monitorar a quantidade e aspecto da expectoração.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10401 DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

Características definidoras

Variação da pressão sanguínea; Arritmias; Fadiga; Ingurgitamento da jugular; Mudanças de coloração da pele e membranas mucosas; Oligúria; Pulso periférico diminuído; Pele dormente e fria; Creptos; Dispnéia; Ortopnéia; Inquietação (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Hipovolemia; Arritmias cardíacas; Falência de bomba cardíaca; Choque anafilático; Choque séptico (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar ritmo e frequência cardíaca.
 - Monitorar o estado neurológico.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Orientar refeições menores com intervalos mais frequentes.
 - Monitorar a eficácia de terapia com oxigênio.
 - Monitorar a pressão arterial.
 - Monitorar o estado respiratório em busca de sintomas de falência cardíaca.
 - Organizar períodos de exercícios e descanso para evitar fadiga.
 - Monitorar a tolerância do paciente à atividade.
 - Promover redução do estresse.
 - Orientar o paciente sobre a importância de relatar qualquer desconforto no peito.
 - Monitorar as eliminações.
 - Promover ambiente adequado para sono e repouso.
 - Observar coloração da pele e mucosa, relatando anormalidade.
 - Monitorar estado de ansiedade e promover alívio pela conversação.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10402 RISCO PARA DIMINUIÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO

Fatores de risco

Arritmias; Efeitos de medicamentos (hipotensores, diuréticos); Traumatismo (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar ritmo e frequência cardíaca.
 - Monitorar o estado neurológico.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Orientar refeições menores com intervalos mais frequentes.
 - Monitorar a eficácia de terapia com oxigênio.
 - Monitorar a pressão arterial.
 - Monitorar o estado respiratório em busca de sintomas de falência cardíaca.
 - Organizar períodos de exercícios e descanso para evitar fadiga.
 - Monitorar a tolerância do paciente à atividade.
 - Promover redução do estresse.
 - Orientar o paciente sobre a importância de relatar qualquer desconforto no peito.
 - Monitorar as eliminações.
 - Promover ambiente adequado para sono e repouso.
 - Observar coloração da pele e mucosa, relatando anormalidade.
 - Monitorar estado de ansiedade e promover alívio pela conversação.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10403 ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: CEREBRAL, CARDIOPULMONAR, RENAL, GASTROINTESTINAL, PERIFÉRICA

Características definidoras

CEREBRAL: estado mental alterado; Mudanças de comportamento; Anormalidades na fala; Alteração na resposta motora; Alteração na reação pupilar.

CARDIOPULMONAR: aumento da frequência respiratória; Uso da musculatura acessória da respiração; broncoespasmos; Dispnéia; Tempo de enchimento capilar maior que três segundos; Dor no peito; sensação de morte iminente; Arritmias.

RENAL: Oligúria ou anúria; Elevação nas taxas de uréia e creatinina; PA elevada.

GASTROINTESTINAL: sons intestinais ausentes ou diminuídos; Distensão abdominal; náusea; Dor abdominal.

PERIFÉRICA: pele fria; Cianose de extremidade; Palidez ao elevar as pernas, a coloração não reaparece ao voltar à posição inicial; Diminuição dos pulsos periféricos; Pele brilhante e sem pêlos; Úlceras arredondadas; Gangrena; Unhas secas e quebradiças com crescimento lento; Claudicação; Variação da pressão sanguínea nas extremidades; Cicatrização lenta de lesões (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Transtornos de hemoglobina (concentração, transporte de oxigênio); Hipovolemia; Hipervolemia; Transtornos respiratórios severos; Obstruções arteriais; Trombose venosa; Acidente vascular encefálico; Infarto agudo do miocárdio; Embolia pulmonar; Trombose mesentérica; Insuficiência vascular periférica (BENEDET; BUB, 2001).

ACÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar cor e temperatura da pele. Avaliar sinais de lesão na pele.
- Monitorar a frequência e os sons da respiração documentando as alterações.
- Monitorar frequência e ritmo cardíaco.
- Manter oxigenoterapia conforme prescrição.
- Estimular o paciente a trocar de posição e a participar de atividades na medida do possível.
- Estimular o paciente a períodos frequentes de repouso.
- Notificar alterações fora dos limites estabelecidos.
- Orientar o paciente sobre: dieta pobre em gordura, evitar esforços, parar de fumar, riscos para doença cardíaca e pulmonar, uso correto dos fármacos e reações colaterais.
- Avaliar alterações no nível de consciência e do estado neurológico.
- Monitorar temperatura do paciente.
- Manter cabeceira elevada a 30°.
- Manter cabeça do paciente em alinhamento neutro.
- Manter o ambiente tranquilo espaçando as ações de enfermagem se necessário.
- Manter nutrição adequada.
- Estimular a ingestão alimentar.
- Realizar balanço hídrico.
- Monitorar as funções vesical e intestinal.
- Administrar analgésicos prescritos com parcimônia.
- Manter sonda nasogástrica aberta anotando débito e características do conteúdo drenado.
- Monitorar distensão abdominal.
- Estimular movimentação ativa.
- Notificar aumento da temperatura, da frequência do pulso e da respiração, redução da PA, queixa de dispnéia, tosse, hemoptise, escarro vermelho e espumoso.
- Monitorar a eficácia do tratamento anti-coagulante, observar sinais de sangramento.
- Aplicar calor úmido na extremidade acometida.
- Manter a extremidade afetada elevada.
- Orientar o paciente a não cruzar as pernas e não ficar deitado na posição fetal.
- Estimule o paciente a caminhar, se adequado, evitando permanecer em pé por muito tempo.
- Orientar o uso de meias anti-embólicas.
- Pesar o paciente diariamente à mesma hora do dia.
- Avaliar presença de edema.
- Anotar características da urina.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10501 RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

Fatores de risco

Extremos de idade; Extremos de peso; Exposição a ambiente frio ou muito frio, ou quente ou muito quente; Desidratação; Inatividade ou atividade intensa; Medicamentos causadores de vasoconstrição ou de vasodilatação; Taxas metabólicas alteradas; Secreção; Roupas inapropriadas para a temperatura ambiental; Doenças; Traumas ou defeitos que afetam a regulação da temperatura (BENEDET; BUB, 2001).

ACÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a temperatura corporal.
- Realizar medidas para reduzir a hipertermia: retirar cobertores, retirar roupas do paciente, aplicar compressas frias.
- Observar o paciente para detectar sinais de confusão, ou desorientação.
- Estimular o paciente a ingesta hídrica.
- Realizar medidas como: colocar o paciente em leito aquecido e cobri-lo com cobertores quentes, cobrir as superfícies metálicas em contato com o paciente.
- Monitorar e registrar os sinais vitais.
- Controlar o ambiente favorecendo a temperatura ideal.
- Realizar balanço hídrico.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10502 HIPOTERMIA

Características definidoras

Temperatura corporal abaixo de 35,5 graus centígrados; Pele fria; Palidez; Tremores; Confusão mental; Pulso e respiração diminuídos (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Exposição ao frio; Roupas inadequadas para o clima; Incapacidade para proteger-se do frio; Diminuição da circulação; Regulação ineficaz da temperatura no idoso; Caquexia/desnutrição (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a temperatura corporal.
 - Observar o paciente para detectar sinais de confusão, ou desorientação.
 - Estimular o paciente a ingesta hídrica.
 - Realizar medidas como: colocar o paciente em leito aquecido e cobri-lo com cobertores quentes, cobrir as superfícies metálicas em contato com o paciente.
 - Monitorar e registrar os sinais vitais.
 - Controlar o ambiente favorecendo a temperatura ideal.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Monitorar sinais de insuficiência venosa periférica.
 - Observar sinais e sintomas de estado de choque distributivo.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10503 HIPERTERMIA

Características definidoras

Aumento da temperatura corporal acima da faixa de normalidade (mais de 37,8 ° C oral); Pele quente ao tato; Pele corada; Frequência respiratória aumentada; Taquicardia; Tremores; Desidratação dores localizadas ou generalizadas; Mal-estar geral; Perda do apetite (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Capacidade reduzida de suar secundária a medicamentos; Exposição ao calor e sol; Roupas inapropriadas para o clima; Falta de acesso ao ar condicionado; Diminuição da circulação; Hidratação insuficiente; Regulação ineficaz da temperatura secundária à idade (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a temperatura corporal.
- Realizar medidas para reduzir a hipertermia: retirar cobertores, retirar roupas do paciente, aplicar compressas frias.
- Observar o paciente para detectar sinais de confusão, ou desorientação.
- Estimular o paciente a ingesta hídrica.
- Monitorar e registrar os sinais vitais.
- Controlar o ambiente favorecendo a temperatura ideal.
- Realizar balanço hídrico.
- Observar sinais e sintomas de estado de choque distributivo.
- Manter ambiente seguro para estados convulsivos.
- Realizar precauções contra convulsão.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10504 TERMOREGULAÇÃO INEFICAZ

Características definidoras

Flutuação da temperatura corporal acima ou abaixo da faixa de normalidade (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Flutuações da temperatura ambiental; Objetos frios ou molhados; Abrigo inadequado; Superfície do corpo molhada; Roupas inadequadas para o clima; Regulação metabólica compensatória limitada secundária à idade (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a temperatura corporal.
- Realizar medidas para reduzir a hipertermia: retirar cobertores, retirar roupas do paciente, aplicar compressas frias.
- Observar o paciente para detectar sinais de confusão, ou desorientação.
- Estimular o paciente a ingestão hídrica.
- Monitorar e registrar os sinais vitais.
- Controlar o ambiente favorecendo a temperatura ideal.
- Realizar balanço hídrico.
- Observar sinais e sintomas de estado de choque distributivo.
- Manter ambiente seguro para estados convulsivos.
- Realizar precauções contra convulsão.
- Realizar medidas para reduzir a hipotermia: colocar o paciente em leito aquecido e cobri-lo com cobertores quentes, cobrir as superfícies metálicas em contato com o paciente.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10601 EXCESSO DE VOLUME DE LÍQUIDOS

Características definidoras

Edema (periférico e sacro); Pele distendida e brilhante; Respiração curta; Dispnéia; Ganho de peso; Ingestão maior que a excreção; Hemoglobina e hematócrito diminuídos; Alterações na PA; Ansiedade (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Falência renal, aguda ou crônica; Infarto agudo do miocárdio (IAM); Insuficiência cardíaca congestiva; Insuficiência ventricular esquerda; Doença valvular; Taquicardia/arritmia; Doença hepática; Veias varicosas; Doença vascular periférica; Imobilidade; Trombos; Flebite crônica; Retenção de sódio e líquidos; Desnutrição; Compressão venosa pelo útero grávido; Mastectomia; Doenças vasculares próprias do idoso (BENEDET; BUB, 2001).

ACÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Pesar diariamente.
- Monitorar o padrão respiratório para: dispnéia, taquipnéia, encurtamento da respiração.
- Realizar balanço hídrico.
- Controlar fluxo da infusão intravenosa.
- Manter a cabeceira da cama elevada.
- Monitorar integridade da pele.
- Observar sinais de desidratação: sede excessiva, pulso fraco, mucosas secas, débito urinário reduzido, hipotensão.
- Realizar trocas de decúbito.
- Assegurar privacidade durante procedimento de eliminação.
- Orientar paciente para sinais e sintomas de distensão vesical: desconforto abdominal, sudorese, calafrios, inquietude.
- Estimular o paciente a expressar seus sentimentos e preocupações.
- Realizar higiene do meato urinário.
- Auxiliar higiene corporal.
- Realizar higiene corporal.
- Manter objetos ao alcance do paciente.
- Monitorar evolução do edema.
- Monitorar pressão arterial.
- Orientar o paciente a comunicar sinais e sintomas de isquemia transitória: tontura, perda de equilíbrio ou desmaio, dormência na face, perda temporária de memória, mudança ou perda de visão, modificação na sensibilidade ou controle motor dos membros.
- Investigar úlceras isquêmicas de extremidades.
- Monitorar circulação periférica (pulsos, sensibilidade, coloração da pele).
- Orientar o paciente a manter repouso absoluto no leito com as pernas elevadas acima do coração.
- Evitar massagear a extremidade afetada.
- Orientar o paciente a comunicar (e guardar) qualquer escarro de coloração rosada.
- Monitorar sinais e sintomas de embolia pulmonar: dor repentina no peito, taquicardia, dispnéia, palidez ou cianose, agitação.
- Monitorar o edema do membro, a dor e a inflamação.
- Orientar o paciente a evitar situações que prejudiquem a circulação das pernas (sentar por longos períodos).
- Orientar medidas preventivas: iniciar um programa regular de exercício, evitar a imobilidade, elevar as pernas sempre que possível, usar meias elásticas.
- Orientar a necessidade de: manter uma ingestão hídrica de 2,5 Litros/dia, parar de fumar, manter o peso ideal, evitar as cintas, as ligas, e as meias até a altura do joelho.
- Manter a terapia de oxigênio prescrita.
- Monitorar sinais e sintomas de choque cardiogênico: taquicardia, oligúria, inquietação, agitação, mudança no raciocínio, taquipnéia, pulsos periféricos diminuídos, pele fria, pálida ou cianótica.
- Monitorar sinais e sintomas de falência cardíaca congestiva e de débito cardíaco diminuído: aumento gradual da frequência cardíaca, aumento da dispnéia, PAD diminuída, edema periférico, veias do pescoço distendidas.
- Monitorar sinais e sintomas de tromboembolia: pulsos periféricos diminuídos ou ausentes, calor/vermelhidão ou cianose/frio incomuns, dor na panturrilha, dor torácica repentina e severa, sinal de Homam positivo.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10601 EXCESSO DE VOLUME DE LÍQUIDOS (CONTINUAÇÃO)

- Monitorar sinais e sintomas de pericardite: dor torácica influenciada pela mudança na respiração ou posição, presença de atrito pericárdico, hipertermia.
- Monitorar sinais e sintomas de tamponamento/ruptura do pericárdio: hipotensão, veias do pescoço distendidas, taquicardia, pulsação paradoxal.
- Monitorar sinais e sintomas de IAM recorrente: dor torácica repentina e severa com náusea/vômito, dispnéia crescente.
- Auxiliar o paciente a reduzir a ansiedade: proporcionar tranquilidade e conforto, transmitir sensação de compreensão e empatia, encorajar a verbalização de medos e preocupações, não evitar perguntas.
- Administrar conforme prescrição médica documentando o grau de alívio.
- Orientar o repouso durante a dor.
- Reduzir as distrações ambientais.
- Aumentar a atividade do paciente gradativamente, estabelecendo uma meta maior de acordo com a tolerância.
- Monitorar os sinais do paciente: antes da atividade, imediatamente após a atividade e após ter repousado 3 minutos.
- Investigar as respostas anormais ao aumento da atividade: taquicardia, diminuição ou falta de alteração na PAS, aumento excessivo ou diminuição da frequência respiratória, fracasso do pulso em retornar à frequência de repouso após 3 minutos, confusão, vertigem, movimentos descoordenados, dor no peito, tontura/síncope.
- Planejar os períodos de repouso adequados de acordo com os horários do paciente, promovendo ambiente adequado.
- Tomar medidas para aumentar a qualidade e quantidade de sono e de períodos de repouso.
- Orientar o paciente sobre a importância do controle do estresse através de técnicas de relaxamento e do exercício regular e apropriado.
- Monitorar sinais e sintomas de intoxicação digitalica:

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10602 DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS

Características definidoras

Pele e mucosas secas; Balanço hídrico negativo; Ingestão de líquidos insuficiente; Perda de peso; Sódio sérico aumentado; diminuição ou aumento excessivo do volume urinário; Urina concentrada; Turgor da pele diminuído; Sede; Náuseas; Anorexia (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Hemorragia; Diarréia; Queimaduras extensas; Eliminação excessiva de urina; Febre; Estados hipermetabólicos (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Investigar a monitorar a função respiratória: frequência e ritmo, sons respiratórios.
- Monitorar sinais e sintomas de hipóxia: inquietação, confusão, desorientação, nível de consciência alterado, FR, FC e PA aumentadas, dispnéia.
- Manter oxigenioterapia conforme prescrição avaliando sua eficácia.
- Monitorar sinais e sintomas de edema pulmonar: taquicardia, dispnéia, tosse produtiva com escarro espumoso rosado.
- Realizar balanço hídrico.
- Monitorar sinais e sintomas de hipovolemia/choque: anúria, frequência de pulso aumentado com PA baixa ou normal, inquietação, agitação e mudança na atividade mental, FR aumentada, pulsos periféricos diminuídos, pele pálida, fria ou moteada.
- Monitorar constantemente o estado hídrico: mucosas, pulsos periféricos, turgidez da pele.
- Monitorar a náusea e o vômito.
- Monitorar sinais e sintomas de íleo paralítico: náusea e vômito, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos.
- Monitorar sinais e sintomas de insuficiência renal.
- Encorajar exercícios ativos.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção na lesão.
- Auxiliar o cliente a reduzir a ansiedade: proporcionar conforto e tranquilidade constante, permanecer com ele tanto quanto possível, falar com voz calma e tranquilizadora, transmitir sua compreensão e empatia, encorajar o paciente verbalizar os medos e as preocupações.
- Proporcionar alívio ideal da dor com analgésicos prescritos.
- Colaborar com o paciente na identificação de medidas efetivas de alívio à dor durante a troca de curativo: distração, exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento.
- Documentar a aceitação da ingesta alimentar.
- Proporcionar ao paciente períodos de repouso antes das refeições e após as terapias.
- Manter uma boa higiene oral.
- Impedir que a dor interfira na alimentação: providenciar medicação para dor meia hora antes das refeições, não realizar os procedimentos dolorosos antes das refeições.
- Prevenir náusea e vômito: eliminar odores e visões desagradáveis, proporcionar higiene oral após o vômito, encorajar respiração profunda, restringir líquidos antes das refeições.
- Fazer com que o cliente participe dos cuidados tanto quanto possível.
- Encorajar o paciente a verbalizar seus sentimentos e percepções sobre os efeitos da queimadura no estilo de vida.
- Usar estratégias para variar o ambiente físico e a rotina diária para reduzir o aborrecimento: manter o ambiente agradável e alegre, posicionar o paciente próximo a uma janela, proporcionar material variado de leitura, televisão, rádio, planejar uma atividade “especial” diariamente.
- Manter o paciente em repouso enquanto a circulação estiver insuficiente.
- Monitorar sinais vitais a cada 4 horas.
- Realizar higiene corporal.
- Auxiliar higiene corporal
- Monitorar perdas intestinais: quantidade e características.
- Monitorar integridade da pele perineal.
- Realizar higiene perineal, aplicando óleo de figado de bacalhau após.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção no cateter central.
- Monitorar sinal de prolapso retal.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10603 RISCO PARA DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS

Fatores de risco

Presença de fatores de risco, tais como: diarreia; Estados hipermetabólicos; Perda de fluídos através das vias anormais, como, por exemplo: drenos; Extremos de idade; Extremos de peso; Estados que afetam o acesso à ingestão ou à absorção dos líquidos, como, por exemplo: imobilidade física; Deficiência de conhecimento relacionada com as necessidades de volume de líquido; Medicação, como, por exemplo: diuréticos (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar sinais e sintomas de hipóxia: inquietação, confusão, desorientação, nível de consciência alterado, FR, FC e PA aumentadas, dispnéia.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Monitorar sinais e sintomas de hipovolemia/choque: anúria, frequência de pulso aumentado com PA baixa ou normal, inquietação, agitação e mudança na atividade mental, FR aumentada, pulsos periféricos diminuídos, pele pálida, fria ou moteada.
 - Monitorar constantemente o estado hídrico: mucosas, pulsos periféricos, turgidez da pele.
 - Monitorar a náusea e o vômito.
 - Monitorar sinais e sintomas de ileo paralítico: náusea e vômito, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos.
 - Auxiliar o cliente a reduzir a ansiedade: proporcionar conforto e tranquilidade constante, permanecer com ele tanto quanto possível, falar com voz calma e tranquilizadora, transmitir sua compreensão e empatia, encorajar o paciente verbalizar os medos e as preocupações.
 - Proporcionar alívio ideal da dor com analgésicos prescritos.
 - Documentar a aceitação da ingesta alimentar.
 - Proporcionar ao paciente períodos de repouso antes das refeições e após as terapias.
 - Manter uma boa higiene oral.
 - Prevenir náusea e vômito: eliminar odores e visões desagradáveis, proporcionar higiene oral após o vômito, encorajar respiração profunda, restringir líquidos antes das refeições.
 - Fazer com que o cliente participe dos cuidados tanto quanto possível.
 - Encorajar o paciente a verbalizar seus sentimentos e percepções sobre os efeitos da queimadura no estilo de vida.
 - Monitorar sinais vitais a cada 4 horas.
 - Realizar higiene corporal.
 - Auxiliar higiene corporal
 - Monitorar perdas intestinais: quantidade e características.
 - Monitorar integridade da pele perineal.
 - Realizar higiene perineal, aplicando óleo de fígado de bacalhau após.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10703 ALTERAÇÃO NA NUTRIÇÃO: RISCO PARA MENOS DO QUE O CORPO NECESSITA

Fatores de risco

Falta de apetite; Deterioração do paladar e olfato; Deficiência visual; Dificuldade para mastigar (paralisia facial); Dor crônica; Uso de tratamentos causadores de distúrbios gastrointestinais como quimioterapia e radioterapia (diminuição do apetite, hemorragias gástricas, ulceração da mucosa, vômitos e diarreia, etc.) (BENEDET; BUB, 2001)

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Proporcionar um ambiente agradável nas horas das refeições.
 - Pesar o paciente no mesmo horário, diariamente.
 - Monitorar a ingesta diária de alimentos calóricos.
 - Limitar a atividade física conforme a necessidade para promover aumento do peso.
 - Oferecer reforço por aumento de peso e comportamentos que promovam aumento de peso.
 - Observar o paciente durante as refeições e após para garantir que tenha sido alcançada e mantida a ingesta adequada.
 - Oferecer apoio e orientação.
 - Restringir a disponibilidade de lanche antes das refeições.
 - Providenciar alívio adequado da dor antes das refeições.
 - Registrar a ingesta alimentar.
 - Registrar a ingesta alimentar e hídrica.
 - Oferecer alimentos a temperatura mais agradável ao paciente.
 - Evitar distrair o paciente durante a refeição.
 - Alimentar o paciente sem pressa.
 - Oferecer um canudo para bebida.
 - Manter o paciente em posição ereta, com a cabeça e o pescoço levemente fletidos para a frente, durante a alimentação.
 - Sentar enquanto alimenta o paciente transmitindo prazer e relaxamento.
 - Providenciar higiene oral.
 - Oferecer água após os alimentos.
 - Oportunizar para que o paciente converse sobre as razões que o levam a não querer comer.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10704 ALTERAÇÃO NA NUTRIÇÃO: MAIS DO QUE O CORPO NECESSITA

Características definidoras

Peso 10% acima do ideal para a altura e para o biótipo; Dobra da pele do tríceps maior que 25 mm na mulher e do que 15 mm no homem; Disfunção do padrão alimentar observado ou relatado, como, por exemplo: associa a alimentação a outras atividades, concentra a ingestão para o final do dia, alimenta-se em resposta a situações externas (a hora do dia ou a situação social); Alimenta-se em resposta (a uma situação social); Alimenta-se em resposta a uma situação interna que não seja fome (ansiedade) (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Alteração do padrão de saciedade (secundária a medicamentos ou não); Diminuição do paladar e do olfato; Falta de conhecimento básico sobre necessidades nutricionais; Sedentarismo; Risco para ganhar mais do que 15-20 Kg durante a gestação; Padrão de atividades diminuído; Consumo metabólico diminuído (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Orientar o paciente quanto às alterações das necessidades nutricionais.
- Estimular o paciente a fazer um diário alimentar.
- Avaliar o entendimento do paciente sobre seu problema de peso.
- Estimular o paciente a conquistar melhoras gradativas no hábito alimentar.
- Proporcionar apoio constante e realçar os progressos do paciente.
- Estimular o paciente a atividades físicas.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10705 ALTERAÇÃO NA NUTRIÇÃO: RISCO PARA MAIS DO QUE NECESSITA

Fatores de risco

Obesidade em membros da família; Hábito de alimentar-se como recompensa ou para adquirir conforto; Disfunção alimentar (associação da alimentação com outras atividades, concentração da alimentação no final do dia) (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Orientar o paciente quanto às alterações das necessidades nutricionais.
- Estimular o paciente a fazer um diário alimentar.
- Avaliar o entendimento do paciente sobre seu problema de peso.
- Estimular o paciente a conquistar melhoras gradativas no hábito alimentar.
- Proporcionar apoio constante e realçar os progressos do paciente.
- Estimular o paciente a atividades físicas.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10707 AMAMENTAÇÃO INEFICAZ**Características definidoras**

Verbalização ou demonstração de insatisfação no processo de amamentação; Suprimento de leite inadequado; Incapacidade do bebê para apreender o seio materno; Persistência de lesão nos mamilos além da primeira semana de amamentação; presença de dor durante o ato de amamentar; Bebê chora ao tentar mamar; Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Vinculados ao bebê: dificuldade em apreender ou sugar, doença.

Vinculados à mãe: fadiga, ansiedade, ingestão inadequada de líquidos e alimentos, história de amamentação materna mal-sucedida, falta de apoio do companheiro/família, doença (BENEDET; BUB, 2001).

ACÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a capacidade de sucção do RN.
 - Encorajar a mãe a pedir auxílio nas primeiras tentativas, fazendo de 8 a 10 amamentações em 24 horas.
 - Observar o RN junto ao peito para determinar a posição correta, um deglutir audível um padrão de sucção/deglutição.
 - Monitorar a capacidade do RN para agarrar corretamente o mamilo.
 - Orientar a mãe para monitorar a sucção do RN.
 - Monitorar o enchimento crescente das mamas.
 - Monitorar a integridade da pele nos mamilos.
 - Realizar banho de luz nos mamilos.
 - Orientar para manobras de redução do ingurgitamento mamário: compressas mornas, banho morno, esgotar.
 - Orientar sobre a técnica apropriada para interromper a sucção do RN.
 - Orientar a mãe a posicionar-se corretamente.
 - Encorajar o uso de sutiã de algodão, confortável e com apoio.
 - Estimular a ingesta hídrica.
 - Monitorar o reflexo de descida do leite.
 - Orientar a mãe sobre uma dieta bem equilibrada durante a lactação.
 - Oferecer material escrito para reforçar instrução em casa.
 - Encorajar períodos freqüentes de repouso.
 - Avaliar os conhecimentos da mãe.
 - Avaliar o nível de ansiedade e ambivalência da mãe em relação a amamentação.
 - Permanecer com a mãe e o RN durante várias mamadas para enfatizar as áreas de dificuldade.
 - Estimular a mãe a fazer perguntas, visando ampliar seus conhecimentos.
 - Orientar a mãe a oferecer a mama logo que possível, depois que o RN acordar, não esperando o choro vigoroso.
 - Avaliar a necessidade de utilizar um protetor mamilar.
 - Avaliar o RN para detectar anomalias que possam interferir na capacidade de mamar ao seio.
 - Proporcionar reforços positivos para os esforços da mãe.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

10708 DESCONTINUIDADE DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Características definidoras

O bebê não é amamentado em algumas ou em todas as mamadas (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Falta de conhecimento sobre a obtenção e armazenamento do leite materno; Separação da mãe e filho por motivo indesejado; Contra-indicações à amamentação; Prematuridade; Necessidade de desmame abrupto do bebê; Doença materna ou infantil (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Orientar para manobras de redução do ingurgitamento mamário: compressas mornas, banho morno, esgotar mamas.
 - Orientar sobre a técnica apropriada para interromper a sucção do RN.
 - Encorajar o uso de sutiã de algodão, confortável e com apoio.
 - Oferecer material escrito para reforçar instrução em casa.
 - Encorajar períodos freqüentes de repouso.
 - Avaliar os conhecimentos da mãe.
 - Estimular a mãe a fazer perguntas, visando ampliar seus conhecimentos.
 - Avaliar o desejo da mãe de reiniciar a amamentação.
 - Orientar a mãe sobre as técnicas para retirar e armazenar o leite do peito: guardar o leite em recipiente estéril e armazená-lo na geladeira ou freezer.
 - Orientar o uso de uma bomba para retirar o leite: iniciar o bombeamento dentro de 24 a 48 horas após o parto, bombear no mínimo 5 vezes ao dia.
 - Bombear por tempo suficiente para amaciar as mamas.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

10801 ALTERAÇÃO NA ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Características definidoras

Incontinência; Disúria; Frequência da eliminação urinária aumentada ou diminuída; Nictúria; Retenção; Urgência (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Incompetência do orifício da bexiga secundária a anomalias congênitas do trato urinário; Capacidade diminuída ou irritação da bexiga; Efeitos da cirurgia no esfíncter urinário; Diminuição do tônus muscular; Fraqueza da musculatura do assoalho pélvico; Incapacidade para comunicar as necessidades; Dificuldades para chegar ao toalete; Obstrução secundária à impação fecal/constipação crônica (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a eliminação urinária (frequência, odor, volume e a cor);
 - Monitorar os sinais e sintomas de retenção urinária;
 - Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário;
 - Estimular ingesta hídrica;
 - Orientar o paciente a monitorar os sinais e sintomas de infecção do trato urinário;
 - Registrar o horário da primeira eliminação de urina após procedimento;
 - Monitorar os hábitos intestinais;
 - Orientar higiene perineal;
 - Realizar higiene a cada troca de fralda;
 - Monitorar as roupas e o ambiente, oferecendo acesso fácil ao sanitário.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10804 INCONTINÊNCIA URINÁRIA IMPULSIVA**Características definidoras**

Micção imperiosa; Frequência de esvaziamento inferior a duas horas; Contração ou espasmo vesical, incapacidade para chegar ao toalete em tempo (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Capacidade vesical diminuída; Irritação dos receptores de estiramento da bexiga causando espasmos vesicais (infecção urinária); Hiperdistensão da bexiga (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Ensinar ao paciente métodos para esvaziar a bexiga: colocar as mãos abaixo da área umbilical, pressionar firmemente para baixo, repetir até que não seja expelida mais urina, esperar vários minutos e repetir novamente para garantir o esvaziamento completo.
 - Encorajar o paciente a urinar ou desencadear ao menos a cada 3 horas.
 - Monitorar a urina residual.
 - Evitar o uso de cateter de demora.
 - Investigar os padrões de micção e desenvolver um horário frequente de micção programada.
 - Ensinar a desencadear a micção, a compressão manual externa ou esforço abdominal.
 - Estimular ingestão hídrica durante o dia
 - Diminuir o tempo entre as micções planejadas se ocorrer incontinência
 - Ensinar exercícios para fortalecer o assoalho pélvico.
 - Ensinar a autocateterização intermitente limpa ao cliente ou cuidador.
 - Orientar o cliente a notificar complicações: sangramento pelo orifício uretral, reações de medicamentos, dificuldade de inserção do cateter, urina escura, sanguinolenta, turva ou com cheiro forte, dor no abdômen ou nas costas, hipertermia.
 - Orientar o paciente a comunicar desconforto abdominal.
 - Orientar higiene perineal seguida.
 - Observar integridade da pele e mucosa na região perineal.
 - Orientar uso de pomada (óleo de fígado de bacalhau) na região perineal.
 - Monitorar sinais e sintomas como hipertermia, calafrio, dor no ângulo costovertebral, disúria, aumento da frequência.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Monitorar a eficácia dos procedimentos de eliminação vesical: estimulação do arco reflexo, derramar água sobre o períneo, estimulação da pele do abdômen, da coxas ou da genitália.
 - Proporcionar assistência adequada ao distúrbio urológico do paciente: oferecer comadre, dispor cadeira higiênica ao lado do leito, posicionar o leito próximo ao banheiro.
 - Providenciar condições agradáveis no banheiro: ser aquecido, limpo e sem odores.
 - Assegurar boa iluminação e retirar obstáculos do trajeto entre o leito e o banheiro.
 - Solicitar ao paciente o uso de roupas que possam ser facilmente retiradas.
 - Estimular o paciente a compartilhar seus sentimentos e preocupações acerca da incontinência.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10807 RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Fatores de risco

Infecção urinária; Uretrite; Tumores; Cálculo renal; Capacidade vesical diminuída secundária a cirurgia; Períodos prolongados com sonda vesical de demora (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a ingestão e o débito.
 - Monitorar o padrão miccional: tempo, lugar, quantidade e percepção da micção.
 - Administrar os analgésicos prescritos e monitorar a sua eficácia.
 - Estimular a ingestão hídrica.
 - Monitorar eficácia dos procedimentos de eliminação vesical: estimulação do arco reflexo, derramar água sobre o períneo, estimulação da pele do abdômen, das coxas ou da genitália.
 - Providenciar condições agradáveis no banheiro: ser aquecido, limpo e sem odores.
 - Investigar os padrões de micção e desenvolver um horário freqüente de micção programada.
 - Monitorar sinais e sintomas como hipertermia, calafrio, dor no ângulo costovertebral, disúria, aumento da freqüência.
 - Monitorar micção após retirada de cateter de demora.
 - Promover a reeducação vesical após longa permanência com cateter de demora, antes de retirá-lo.
 - Estimular exercícios do assoalho pélvico.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10808 RETENÇÃO URINÁRIA**Características definidoras**

Distensão vesical; Eliminação freqüente em pequena quantidade ou ausência de débito urinário; Sensação de bexiga cheia; Micção gota a gota; Urina residual; Disúria; Relato de sensação de plenitude vesical (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Bloqueio urinário; Obstrução do orifício da bexiga secundária à impactação fecal, Obstrução do orifício da bexiga (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Ensinar ao paciente métodos para esvaziar a bexiga: colocar as mãos abaixo da área umbilical, pressionar firmemente para baixo, repetir até que não seja expelida mais urina, esperar vários minutos e repetir novamente para garantir o esvaziamento completo.
 - Encorajar o paciente a urinar ou desencadear ao menos a cada 3 horas.
 - Monitorar a urina residual.
 - Evitar o uso de cateter de demora.
 - Investigar os padrões de micção e desenvolver um horário freqüente de micção programada.
 - Ensinar a desencadear a micção, a compressão manual externa ou esforço abdominal.
 - Estimular ingestão hídrica durante o dia
 - Ensinar exercícios para fortalecer o assoalho pélvico.
 - Ensinar a autocateterização intermitente limpa ao cliente ou cuidador.
 - Orientar o cliente a notificar complicações: sangramento pelo orifício uretral, reações de medicamentos, dificuldade de inserção do cateter, urina escura, sanguinolenta, turva ou com cheiro forte, dor no abdômen ou nas costas, hipertermia.
 - Orientar o paciente a comunicar desconforto abdominal.
 - Observar integridade da pele e mucosa na região perineal.
 - Monitorar sinais e sintomas como hipertermia, calafrio, dor no ângulo costovertebral, disúria, aumento da freqüência.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Monitorar a eficácia dos procedimentos de eliminação vesical: estimulação do arco reflexo, derramar água sobre o períneo, estimulação da pele do abdômen, das coxas ou da genitália.
 - Providenciar condições agradáveis no banheiro: ser aquecido, limpo e sem odores.
 - Estimular o paciente a compartilhar seus sentimentos e preocupações acerca da incontinência.
 - Monitorar sinais e sintomas como hipertermia, calafrio, dor no ângulo costovertebral, disúria, aumento da freqüência.
 - Monitorar micção após retirada de catéter de demora.
 - Promover a reeducação vesical após longa permanência com cateter de demora, antes de retirá-lo.
 - Estimular exercícios do assoalho pélvico.
 - Realizar a desimpactação fecal.
 - Monitorar os efeitos terapêuticos e colaterais dos fármacos prescritos.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10809 CONSTIPAÇÃO**Características definidora**

Fezes endurecidas, bem formadas ou não; Frequência de eliminação de fezes menor do que três vezes por semana; Volume de fezes diminuído; Ruídos intestinais hipoativos; Dificuldade na eliminação de fezes endurecidas; Massa palpável; Relato de sensação de pressão no reto; Sensibilidade à palpação abdominal com ou sem resistência muscular; Relato de sensação de reto cheio; Esforço demorado para evacuar; Presença de sangue vivo nas fezes; Presença de fezes; Presença de fezes pastosas ou endurecidas no reto; Flatulência severa (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Dieta inadequada (pobre em fibras); Ingestão diminuída de líquidos; Atividade física insuficiente; Mudança de hábitos alimentares; Peristaltismo diminuído; Musculatura do assoalho pélvico enfraquecida; Dor ao defecar; Imobilidade; Diminuição da atividade metabólica; Peristaltismo diminuído secundário à hipóxia; Fissuras retais ou anais; Retocele; hemorróidas; Prolapso retal; Desidratação; Efeitos colaterais de terapia medicamentosa; Efeitos de anestesia e manipulação cirúrgica; Gestação; Estresse; Distúrbios emocionais (depressão, tensão) confusão mental; Padrões irregulares de evacuação; Crenças culturais/sanitárias; Falta de privacidade; Medo de dor retal ou cardíaca (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Estimular o paciente a evacuar a intervalos regulares.
 - Investigar com o paciente as causas possíveis da constipação.
 - Estimular a ingestão hídrica.
 - Estimular exercícios ativos diários.
 - Desencorajar o uso regular de laxantes, enemas ou supositórios.
 - Orientar ao paciente não fazer muita força ao defecar.
 - Orientar o paciente a realizar massagem abdominal.
 - Orientar o paciente a comunicar sangramento anal, dor e distensão abdominal.
 - Estimular exercícios do assoalho pélvico.
 - Propiciar ambiente agradável no banheiro.
 - Proporcionar privacidade.
 - Orientar o paciente sobre hábitos intestinais normais.
 - Orientar que ansiedade e estresse emocional crônico contribuem para a constipação.
 - Orientar sobre a modificação dos hábitos pessoais para melhora da constipação.
 - Monitorar sinais e sintomas de impactação.
 - Monitorar as eliminações intestinais: frequência, consistência, volume e cor.
 - Monitorar ruídos hidroaéreos.
 - Monitorar sinais e sintomas de ruptura intestinal e/ou peritonite.
 - Avaliar a ingesta alimentar.
 - Pesquisar regularmente o paciente.
 - Orientar o paciente sobre a importância de responder à vontade de defecar.
 - Monitorar sinais e sintomas de obstrução intestinal: dor abdominal em ondas, vômitos, distensão abdominal, modificação nos ruídos abdominais.
 - Monitorar sinais e sintomas de fistula, fissura ou abscesso: secreção purulenta, secreção fecal na vagina, dor abdominal aumentada, dor retal ardente após a defecação, endurecimento perianal, vermelhidão e pontos cianóticos.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10812 DIARRÉIA**Características definidoras**

Fezes líquidas e moles; Frequência aumentada (mais de 3 vezes ao dia); Dor abdominal; Aumento no volume das fezes; Cólica; Peristaltismo aumentado; Urgência (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Problemas de má absorção ou inflamação; Deficiência de lactose; Hipertireoidismo; Processo infeccioso; Disfunção hepática; Efeitos colaterais de medicamentos; Alimentação por sonda; Estresse ou ansiedade; Alimentos irritantes à mucosa intestinal (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar sinais e sintomas de hipóxia: inquietação, confusão, desorientação, nível de consciência alterado, FR, FC e PA aumentadas, dispnéia.
 - Realizar balanço hídrico.
 - Monitorar sinais e sintomas de hipovolemia/choque: anúria, frequência de pulso aumentado com PA baixa ou normal, inquietação, agitação e mudança na atividade mental, FR aumentada, pulsos periféricos diminuídos, pele pálida, fria ou moteada.
 - Monitorar constantemente o estado hídrico: mucosas, pulsos periféricos, turgidez da pele.
 - Monitorar a náusea e o vômito.
 - Monitorar sinais e sintomas de ileo paralítico: náusea e vômito, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos.
 - Auxiliar o cliente a reduzir a ansiedade: proporcionar conforto e tranquilidade constante, permanecer com ele tanto quanto possível, falar com voz calma e tranqüilizadora, transmitir sua compreensão e empatia, encorajar o paciente verbalizar os medos e as preocupações.
 - Proporcionar alívio ideal da dor com analgésicos prescritos.
 - Documentar a aceitação da ingesta alimentar.
 - Proporcionar ao paciente períodos de repouso antes das refeições e após as terapias.
 - Manter uma boa higiene oral.
 - Prevenir náusea e vômito: eliminar odores e visões desagradáveis, proporcionar higiene oral após o vômito, encorajar respiração profunda, restringir líquidos antes das refeições.
 - Fazer com que o cliente participe dos cuidados tanto quanto possível.
 - Encorajar o paciente a verbalizar seus sentimentos e percepções sobre os efeitos da queimadura no estilo de vida.
 - Monitorar sinais vitais a cada 4 horas.
 - Realizar higiene corporal.
 - Auxiliar higiene corporal
 - Monitorar perdas intestinais: quantidade e características.
 - Monitorar integridade da pele perineal.
 - Lavar a área perenal com sabão e água e seca-la rapidamente após cada evacuação.
 - Registrar o débito fecal.
 - Manter a cama e as roupas limpas.
 - Implementar o programa de treinamento intestinal.
 - Orientar o paciente a usar fralda protetora.
 - Orientar exercícios da musculatura do assoalho pélvico.
 - Orientar que ansiedade e estresse emocional crônico contribuem para a incontinência intestinal.
 - Orientar sobre a modificação dos hábitos pessoais para melhora da incontinência intestinal.
 - Monitorar sinais e sintomas de desidratação: taquicardia, pele/mucosas secas, sede.
 - Manter o ambiente do paciente livre de odores: esvaziar a comadre ou urinol imediatamente, trocar a roupa de cama manchada, providenciar um desodorante de ambiente.
 - Determinar a relação entre os episódios de diarréia e a ingestão de alimentos específicos.
 - Reforçar as estratégias de enfrentamento eficientes.
 - Ensinar as medidas para preservar a integridade da pele perianal: usar papel higiênico macio ou toalha de pano, limpar a área com sabonete neutro após evacuação, aplicar um creme protetor.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

10901 INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Características definidoras

Lesões no tecido epidérmico e dérmico; Eritema; Lesões (primária, secundária); Máculas; Pápulas; Tumores; Placas; Vergões; Vesículas; Bolhas; Escamas; Abrasões; Crostas; Exantemas; Fissuras (rachaduras devido a diminuição da elasticidade); Úlceras; Feridas traumáticas ou cirúrgicas (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Fragilidade da pele; Imobilidade; Pressão sobre a pele; Fricção; Substâncias irritantes; Extremos de temperatura ambiental; Alterações circulatórias; Hipertermia; Hipotermia; Alterações nutricionais; Infecções; Reações de hipersensibilidade; Efeitos de radiação sobre as células epiteliais; Hábitos pessoais inadequados; Incontinência urinária e fecal; Secreções; Imunidade comprometida (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Oferecer apoio às áreas edemaciadas.
 - Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e a mucosa oral.
 - Colocar absorvente para fralda para incontinência.
 - Massagear em torno da área afetada.
 - Manter os lençóis lisos, secos e limpos.
 - Aplicar protetores para os calcanhares.
 - Aplicar talcos secantes em áreas com dobras profundas.
 - Aplicar curativo oclusivo limpo (duoderm) na área afetada.
 - Aplicar agente tópico para desbridamento na área afetada.
 - Examinar diariamente a pele.
 - Documentar o grau de ruptura da pele.
 - Observar cor, calor, textura, edema e ulcerações nas extremidades.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10902 RISCO DA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Fatores de risco

Fragilidade da pele; Pressão sobre a pele; Fricção; Substâncias irritantes; Imobilidade; Extremos de temperatura ambiental; Alterações circulatórias; Hipertermia; Hipotermia; Alterações nutricionais; Infecções; Reações de hipersensibilidade; Efeitos da radiação sobre as células epiteliais; Hábitos pessoais inadequados; Incontinência urinária e fecal; Secreções; Imunidade comprometida (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Oferecer apoio às áreas edemaciadas.
 - Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e a mucosa oral.
 - Colocar absorvente para fralda para incontinência.
 - Massagear em torno da área afetada.
 - Manter os lençóis lisos, secos e limpos.
 - Trocar o uripen.
 - Aplicar protetores para os calcanhares.
 - Aplicar talcos secantes em áreas com dobras profundas.
 - Aplicar curativo oclusivo limpo (duoderm) na área afetada.
 - Aplicar agente tópico para desbridamento na área afetada.
 - Examinar diariamente a pele.
 - Documentar o grau de ruptura da pele.
 - Observar cor, calor, textura, edema e ulcerações nas extremidades.
 - Examinar vermelhidão, calor exagerado ou drenagem na pele e nas membranas mucosas.
 - Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura na pele.
 - Monitorar fontes de pressão e fricção.
 - Monitorar infecção, especialmente em áreas edemaciadas.
 - Monitorar áreas de descoloração e contusões na pele e nas membranas mucosas.
 - Monitorar erupções e escoriações na pele.
 - Monitorar ressecamento e umidade excessivos da pele.
 - Examinar as roupas quanto à pressão
 - Monitorar cor e temperatura da pele.
 - Evitar o uso de lençóis com materiais de textura grossa.
 - Vestir o paciente com roupas mais confortáveis.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; CARPENITO, 2001)

10904 ALTERAÇÃO NA MUCOSA ORAL

Características definidoras

Mucosa oral lesionada; Dor ou desconforto oral; Língua saburrosa; Xerostomia (boca ressequida); Estomatite; Erosão da mucosa; Úlceras da mucosa; Vesículas; Diminuição ou falta de salivação; Placa branca; Edema; Hipertermia; Placa oral; Descamação; Gengivite hemorrágica; Retração de gengiva; Dentes cariados; Halitose (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Inflamação secundária à: Diabetes Mellitus; Câncer oral; Doença periodontal; Infecção; Efeitos secantes; Irritação mecânica; Irritação química; Trauma químico; Trauma mecânico; Desnutrição; Desidratação; Respiração pela boca; Higiene inadequada; Falta de conhecimento sobre a higiene oral; Diminuição da salivação (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e a mucosa oral.
 - Examinar vermelhidão, calor exagerado ou drenagem nas membranas mucosas.
 - Monitorar áreas de descoloração e contusões nas membranas mucosas.
 - Realizar higiene oral com bicarbonato de sódio, solução salina morna ou solução indicada.
 - Encorajar e auxiliar o paciente a enxaguar a boca.
 - Identificar o surgimento de lesão secundária à terapia com drogas.
 - Monitorar cor, brilho e presença de resíduos na cavidade oral.
 - Monitorar sinais e sintomas de glossite e estomatite.
 - Facilitar a escovação dos dentes e o uso de fio dental a intervalos regulares.
 - Auxiliar no cuidado de prótese oral.
 - Monitorar irritação da mucosa oral devido à aparelhos e/ou próteses.
 - Monitorar presença de candidíase oral.
 - Comunicar persistência de ressecamento, irritação e desconforto oral.
 - Remover limpar e recolocar prótese oral.
 - Massagear as gengivas.
 - Usar escova de dentes macia.
 - Remover prótese oral em caso de estomatite grave.
 - Reforçar o regime de higiene como parte do ensino para a alta.
 - Orientar o paciente a relatar sinais de infecção.
 - Monitorar os efeitos terapêuticos dos anestésicos tópicos, das pastas de proteção oral e dos anestésicos sistêmicos.
 - Comunicar persistência ou piora dos sinais ou sintomas de glossite e estomatite.
 - Aumentar os cuidados com a boca para cada duas horas e duas vezes à noite, caso a estomatite não seja controlada.
 - Selecionar alimentos cremosos e servi-los mornos ou à temperatura ambiente.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004)

11001 DISTÚRPIO NO PADRÃO DO SONO

Características definidoras

Adultos

Queixas de dificuldades para adormecer; Acorda mais cedo ou mais tarde do que a hora desejada; Sono interrompido por longos períodos durante a noite; Queixa de não sentir-se bem repousado; Queixas de três ou mais despertares noturnos; Quantidade aumentada de sono em estágio 1; Quantidade diminuída de sono dos estágios 3 e 4 (irresponsividade, excesso de sono, motivação diminuída); Quantidade diminuída de sono tipo REM (rebote REM, hiperatividade, labilidade emocional, agitação e impulsividade); Mudança no comportamento e desempenho das atividades (irritabilidade, inquietação, desorientação, letargia, desatenção); Sinais físicos (nistagmo, tremor de mãos, face inexpressiva, olheira, bocejos freqüentes); Fala grossa com pronúncia confusa das palavras.

Crianças

Relutância em ir para a cama; Despertar freqüente durante a noite; Desejo de dormir com os pais (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Pensamentos ruminantes pré/trans-sono; Preocupações; Alimentação excessiva antes de deitar-se para dormir; Uso de estimulantes; ansiedade; Tristeza; Medo; Depressão; Mudanças do ritmo biológico (viagens freqüentes, trabalho em turnos noturnos, exposição à luz); Perda do companheiro ou companheira; Fadiga; Ruídos excessivos; Iluminação inadequada; ambiente diferente do usual; odores fortes e desagradáveis; Urgência urinária; Hipertermia; Dor; Náusea; Dispneia; Ortopneia; Refluxo esofágico; Excesso de peso (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Determinar o padrão de sono/atividade do paciente.
 - Explicar a importância do sono adequado durante a gravidez, doença, estresses psicológicos.
 - Monitorar os efeitos dos medicamentos sobre o padrão do sono.
 - Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e a quantidade de horas dormidas.
 - Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias físicas (apnéia do sono, via aérea obstruída, dor/ desconforto, freqüência urinária) e/ou psicológicas (medo ou ansiedade) que interrompem o sono.
 - Monitorar a participação em atividades que produzem fadiga durante o período de alerta para prevenir cansaço excessivo.
 - Adaptar o ambiente (colchão, cama, iluminação, ruídos, temperatura) para promover o sono.
 - Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono.
 - Facilitar a manutenção de rotinas usuais do paciente à hora de dormir.
 - Auxiliar a eliminar situações estressantes antes do horário de dormir.
 - Monitorar o alimento e os líquidos ingeridos que facilitem ou interfiram no horário de dormir.
 - Auxiliar o paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta.
 - Promover um aumento de horas de sono.
 - Iniciar/implementar medidas de conforto como massagem, posicionamento e toque afetivo.
 - Agrupar as atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de acordar o paciente.
 - Adaptar o horário de administração dos medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono/estado de alerta do paciente.
 - Orientar o paciente sobre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, trocas freqüentes de turno de trabalho, mudanças rápidas dos fusos horários, longas horas de trabalho.
 - Discutir com o paciente as medidas de conforto, as técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida capazes de contribuir com a qualidade do sono.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11002 PRIVAÇÃO DO SONO

Características definidoras

Períodos de forte sonolência durante o dia; Olheiras; Bocejos frequentes; Cansaço; Letargia; Irritabilidade; Hiperatividade, agitação e impulsividade; Incapacidade para concentra-se; Desatenção; Capacidade reduzida para realizar atividades; Lentidão no agir; Alterações da percepção; Labilidade emocional; Ansiedade; Nistagmo leve; Tremor de mãos (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Desconforto físico prolongado (dor crônica ou aguda, frio ou calor excessivos); Desconforto psicológico prolongado (tristeza profunda); Uso prolongado de medicamentos que inibem o sono; Ambiente desconfortável para o sono; Apnéia do sono; Sonambulismo; Enurese noturna; Pesadelos; Demência; Excesso de peso (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Determinar o padrão de sono/atividade do paciente.
 - Explicar a importância do sono adequado durante a gravidez, doença, estresses psicológicos.
 - Monitorar os efeitos dos medicamentos sobre o padrão do sono.
 - Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e a quantidade de horas dormidas.
 - Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias físicas (apnéia do sono, via aérea obstruída, dor/ desconforto, frequência urinária) e/ou psicológicas (medo ou ansiedade) que interrompem o sono.
 - Monitorar a participação em atividades que produzem fadiga durante o período de alerta para prevenir cansaço excessivo.
 - Adaptar o ambiente (colchão, cama, iluminação, ruídos, temperatura) para promover o sono.
 - Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono.
 - Facilitar a manutenção de rotinas usuais do paciente à hora de dormir.
 - Auxiliar a eliminar situações estressantes antes do horário de dormir.
 - Monitorar o alimento e os líquidos ingeridos que facilitem ou interfiram no horário de dormir.
 - Auxiliar o paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta.
 - Promover um aumento de horas de sono.
 - Iniciar/implementar medidas de conforto como massagem, posicionamento e toque afetivo.
 - Agrupar as atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de acordar o paciente.
 - Adaptar o horário de administração dos medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono/estado de alerta do paciente.
 - Orientar o paciente sobre os fatores que contribuem para os distúrbios do sono fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, trocas frequentes de turno de trabalho, mudanças rápidas dos fusos horários, longas horas de trabalho.
 - Discutir com o paciente as medidas de conforto, as técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida capazes de contribuir com a qualidade do sono.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11101 MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Características definidoras

Força, controle ou massa muscular diminuídas; Limitações funcionais dos movimentos corporais; Restrições impostas aos movimentos (terapêuticas, mecânicas); Coordenação prejudicada; Relutância em tentar movimentar-se; Incapacidade para deambular (caminhar, atravessar ruas, subir escadas, correr, outras); Levantar-se, transferir-se do leito para cadeira e vice-versa; Incapacidade para elevar objetos (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Dano neuro-muscular ou músculo-essquelético; Força e resistência insuficientes para movimentar-se; Dificuldade para enxergar, cegueira; uso de equipamentos externos (aparelhos gessados, talas, tração, fixação óssea externa); Fadiga; Dor; Depressão e ansiedade severas; Barreiras ambientais (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar sinais ou sintomas de embolia gordurosa: febre, taquicardia, dispnéia, tosse, petéquias na parte superior do tronco e nas axilas.
 - Monitorar sinais e sintomas de síndrome compartimental: dor profunda e latejante no local da fratura, dor crescente com o movimento passivo, diminuição da sensibilidade a toque, diminuição ou ausência dos pulsos, edema aumentado e endurecimento na extremidade.
 - Monitorar sinais e sintomas de trombose venosa: dor na panturrilha, inflamação com vermelhidão e calor ao toque.
 - Manter o paciente em alinhamento apropriado.
 - Encorajar o paciente a participar nas atividades prioritárias de auto-cuidado dentro de sua possibilidade.
 - Realizar as atividades de forma a assegurar períodos de repouso adequados.
 - Encorajar o nível mais alto possível de funcionamento independente.
 - Salientar a importância do comprometimento com o regime de tratamento.
 - Planejar atividades de lazer para o controle de estresse.
 - Avaliar a capacidade do paciente para deambular e realizar as atividades.
 - Orientar o paciente a comunicar sinais de infecção: aumento da temperatura, calafrios, mal-estar.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

11108 RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Características definidoras

Sinais de deficiência da cicatrização da área cirúrgica (por exemplo: hiperemia, endurecimento, secreção); Perda de apetite com ou sem náusea; Dificuldade de mobilização; Necessidade de ajuda para o auto-cuidado; Fadiga; Dor/desconforto (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Orientar limpeza da área cirúrgica.
 - Realizar curativo na ferida operatória, registrando características do mesmo.
 - Orientar e estimular movimentação ativa, intercalando períodos de descanso.
 - Registrar a aceitação da dieta.
 - Observar presença de dor, medicando conforme prescrição médica, registrando efeito da medicação.
 - Auxiliar a higiene oral, corporal, estimulando para o auto cuidado.
 - Orientar paciente a relatar presença de dor/desconforto.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

11109 PUERPÉRIO ADEQUADO

Características definidoras

Frequência cardíaca variando de 60 a 100bpm, temperatura axilar variando até 38° C (3 a 4 dias pós-parto), pressão arterial dentro dos limites fisiológicos; Mamas com colostro, flácidas ou tensas; Presença de globo de segurança de Pinard; Perdas vaginais com sangramento vivo passando a seroso no terceiro a quarto dia, odor característico .

Fatores Relacionados

Conhecimento básico sobre puerpério; alterações involutivas fisiológicas após o parto; Interação adequada do binômio mãe e bebê.

AÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Estimular a mãe a verbalizar as suas preocupações sobre o puerpério.
- Orientar a mãe sobre as necessidades nutricionais e de ingesta hídrica.
- Investigar involução uterina e característica dos lóquios.
- Investigar presença de colostro e a boa pega do RN.
- Encorajar a mãe a realizar os cuidados com o RN.
- Orientar sobre as condições adequadas de saúde da mãe e do bebê.
- Esclarecer dúvidas mostrando-se interessado, dedicando tempo para ouvir, estabelecendo contato olho a olho.
- Estimular saída do leito e a deambulação.
- Investigar condições da episiorrafia.
- Investigar condições da ferida operatória.

11110 RISCO PARA PUERPÉRIO ALTERADO

Fatores de risco

Desconhecimento sobre puerpério; Subinvolução uterina com sangramento excessivo e irregular com alteração na cor (achocolatado) e no odor (fétido); Dor e hipertermia; Edema e dor em MI; Edema e dor importante na episiorrafia; Seroma e/ou hematoma na ferida operatória; Disúria; Ingurgitamento mamário; Trauma mamilar; Cefaléia fronto-occipital com pior Ana postura ortostática acompanhada de tontura, náuseas e vômitos.

AÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Investigar freqüentemente involução uterina, realizando massagem em fundo uterino.
- Investigar alterações na episiorrafia, anotando características e comunicando, orientando higiene perineal adequada
- Investigar sinais flogísticos em ferida operatória, comunicando, orientando a higiene perineal adequada.
- Orientar e estimular o esgotamento mamário e compressas quentes.
- Estimular a oferta adequada da mama após esgotamento.
- Orientar e estimular banho de luz nas mamas fissuradas.
- Esclarecer dúvidas sobre o puerpério, utilizando linguagem adequada, estabelecendo contato olho a olho.
- Orientar e estimular cuidados com o RN, elogiando quando realizado.
- Observar interação mãe-bebê, estimulando contato físico e diálogo.
- Observar indicadores não verbais de desconforto.
- Promover o repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea.
- Realizar higiene oral freqüente para promover conforto, a menos que estimule a náusea.
- Encorajar o consumo de pequenas quantidades de alimento.
- Oferecer líquidos frios, puros, inodoros e incolores.
- Monitorar a ingesta alimentar e hídrica.
- Avaliar a dor, administrando analgésico.
- Promover ambiente adequado para sono e repouso.
- Observar coloração da pele e mucosa, relatando anormalidade.
- Monitorar estado de ansiedade e promover alívio pela conversação.
- Monitorar a temperatura corporal.
- Monitorar sinais e sintomas de tromboembolia: pulsos periféricos diminuídos ou ausentes, calor/vermelhidão ou cianose/frio incomuns, dor na panturrilha, dor torácica repentina e severa, sinal de Homam positivo.
- Monitorar sinais e sintomas de ileo paralítico: náusea e vômito, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos.
- Auxiliar a cliente a reduzir a ansiedade: proporcionar conforto e tranqüilidade constante, permanecer com ela tanto quanto possível, falar com voz calma e tranqüilizadora, transmitir sua compreensão e empatia, encorajar o paciente verbalizar os medos e as preocupações.

11201 DÉFICIT DO AUTOCUIDADO: BANHO E/OU HIGIENE

Características definidoras

Incapacidade para obter ou chegar à fonte de água; Incapacidade para regular a temperatura ou fluxo de água; Incapacidade para pegar, buscar ou alcançar os objetos necessários ao banho (sabão, xampu, esponja, toalhas); Incapacidade para ensaboar o corpo ou partes do corpo; Incapacidade para enxaguar o corpo; Incapacidade para secar o corpo (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Fraqueza; Desmotivação; Depressão; Danos neuromusculares; Danos músculo-esqueléticos; Danos perceptivos e cognitivos; dor e desconforto (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar banho de leito novo;
 - Auxiliar na higiene corporal;
 - Auxiliar higiene oral;
 - Monitorar higiene corporal, oferecendo ajuda quando o paciente tiver dificuldade;
 - Orientar familiares demonstrando técnicas de banho e higiene;
 - Monitorar o progresso do paciente no auto-cuidado, elogiando as conquistas.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11302 RISCO PARA INFECCÃO

Fatores de risco

Defesa inadequada (rachadura de pele, tecidos traumatizados); Diminuição da ação ciliar; Estase de líquidos corporais; Peristaltismo alterado; Defesa secundária inadequada (diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão de respostas inflamatórias e imunossupressão); Imunidade adquirida inadequada; Destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada; Doença crônica; Dispositivos invasivos (catéteres arteriais e venosos; Sondagens enterais, gástricas e urinárias; Tubos orotraqueais, Cânulas de traqueostomia, Ventilação artificial; Drenos de tórax; Drenos tubulares; Drenos penrose); Procedimentos invasivos: cineangiocoronariografia, broncoscopia, laparoscopia; Estomas de maneira geral (gastrostomia, ileostomia, jejunostomia, colostomia, urostomia); Desnutrição; Agentes farmacêuticos; Trauma; Ruptura da membrana amniótica; Conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a temperatura axilar, notificando alterações e medicando conforme prescrição médica.
- Estimular movimentação ativa e saída do leito, registrando anormalidades.
- Orientar e estimular deambulação precoce.
- Orientar exercícios respiratórios.
- Observar e registrar presença de edema, eritema e bolhas na pele.
- Monitorar perdas vaginais, comunicando.
- Monitorar presença de dinâmica uterina.
- Orientar e estimular repouso no leito.
- Monitorar presença de dor, náusea e vômito, medicando conforme prescrição médica.
- Estimular ingestão hídrica.

(DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; CARPENITO, 2001)

11303 RISCO PARA LESÃO

Fatores de risco

Disfunção sensorial; Disfunção cognitiva; Hipóxia tecidual; Má nutrição; Perfil do sangue (leucocitose ou leucopenia, alteração dos fatores de coagulação, trombocitopenia, hemoglobina diminuída); Lesões de pele; Alterações na mobilidade; Fatores vinculados à idade (fisiológico, psicossocial); Fatores psicológicos (cognição, afetividade, orientação); Fatores biológicos (condições de imunidade, presença de microorganismos); Fatores químicos (poluentes, venenos, drogas, agentes farmacêuticos, álcool, cafeína, nicotina, conservantes, cosméticos e tinturas); Deficiência de nutrientes (vitaminas); Fatores do ambiente artificial (planta, estrutura, organização da comunidade, construção e/ou equipamentos); Fatores ocupacionais (tipo de trabalho) (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Orientar o paciente quanto ao ambiente onde ele se encontra;
 - Avaliar a necessidade de utilização das grades laterais;
 - Manter iluminação de segurança;
 - Testar compressas quentes e água do banho antes de usá-la;
 - Avaliar a presença de lesões nas extremidades;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11315 RISCO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO

Fatores de risco

Prematuridade; Imaturidade ou alteração do SNC; Déficits nutricionais; Dor; Fome; Estimulação excessiva relacionada a procedimentos terapêuticos; Múltiplos cuidadores; Fadiga; Sono insuficiente (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar coloração da pele, mucosas, respiração, vômitos, tremores e movimentos involuntários.
 - Estimular o cuidado pelos pais.
 - Proporcionar ambiente favorável ao sono e repouso.
 - Monitorar sinais de hiperbilirrubinemia.
 - Monitorar a capacidade do bebê de sugar.
 - Manter um registro preciso da ingestão e da eliminação.
 - Orientar aos pais sobre problemas com o desenvolvimento comportamental e neurológico do RN: choro excessivo, hiperextensão dos braços e pernas, padrão de sono irregular, tremores, sobressaltos, abalos, bocejos excessivos e apnéia.
 - Explicar aos pais que a maturação do RN é um processo em desenvolvimento e que a participação deles é fundamental.
 - Orientar aos pais que os RNs dão indícios comportamentais que indicam suas necessidades, sendo meios adequados de responder à eles através da estimulação e métodos de acalmar como: balançar berço, embalar suavemente o bebê, falar tranquilamente.
 - Demonstrar as formas apropriadas de interagir com o RN.
 - Ajudar os pais a identificar e lidar com as respostas ao distúrbio comportamental do RN.
 - Evitar estimulação excessiva, proporcionando ambiente apropriado para o sono tranquilo (iluminação, temperatura, nível de ruídos).
 - Orientar para os cuidados de alimentação, higienização, sono e repouso, vestimenta.
 - Explorar com os pais as formas de lidar com o estresse imposto pelo comportamento do RN.
 - Elogiar os pais quando demonstrarem métodos apropriados de interagir com o RN.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11316 COMPORTAMENTO INTANTIL: POTENCIAL PARA MELHORIA DA ORGANIZAÇÃO**Características definidoras**

Capacidade para regular a coloração da pele e mucosas e respiração; Redução de tremores e movimentos involuntários; Funcionamento digestivo e tolerância alimentar; Tônus e postura bem modulados; Movimentos sincronizados regulares; Estado de sono e vigília regular; Choro claro e forte; Autocalmante; Sorriso atento (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Amadurecimento do sistema neurológico; Adequação dos estímulos ambientais (iluminação, temperatura, nível de ruídos); Cuidador bem informado sobre os cuidados necessários (alimentação, higienização, sono e repouso, vestimenta) (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Demonstrar formas apropriadas de interagir com o RN, como: oferecer estimulação moderada, embalo suave ou conversa com voz suave.
 - Monitorar coloração da pele, mucosas, respiração, tremores, vômitos e movimentos involuntários.
 - Orientar sobre os estímulos ambientais: iluminação, temperatura e ruídos adequados.
 - Orientar os pais sobre os cuidados necessários: alimentação, higienização, sono e repouso, vestimenta.
 - Orientar os pais a observar presença de comportamentos inapropriados do RN: choro excessivo, hiperexternão dos braços e pernas, padrão de sono irregular, tremores, sobressaltos, abalos, bocejos excessivos e apnéia.
 - Orientar aos pais que suas ações podem ajudar a promover o desenvolvimento do RN.
 - Observar e relatar como o RN responde as intervenções: estimulação moderada, embalo suave, ouvir voz tranqüila.
 - Ajudar os pais a interpretarem os indícios comportamentais do RN, favorecendo a interação saudável.
 - Explorar com os pais maneiras de lidar com o estresse causado pelo comportamento do RN.
 - Monitorar o coto umbilical.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11502 RISCO PARA DESENVOLVIMENTO ALTERADO

Fatores de risco

Idade materna menor que 15 ou maior que 35 anos; Distúrbios genéticos; Distúrbios endócrinos; Gravidez não desejada; Nutrição inadequada; Analfabetismo; Pobreza; Cuidado pré-natal inadequado ou ausente; Abuso de drogas; Prematuridade; Déficits visuais ou auditivos importantes; Envenenamento por chumbo; Efeitos de medicamentos e/ou tratamentos (quimioterapia, radioterapia, drogas teratogênicas); Doença mental ou incapacidade de aprendizagem do cuidador (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Observar e relatar falta de interação do binômio mãe/RN.
 - Estimular papel de cuidador da mãe, promovendo interação, monitorando os cuidados.
 - Investigar sentimento relacionado à gravidez.
 - Orientar e monitorar comportamento inadequado do RN.
 - Monitorar amamentação, eliminações do RN mantendo registros.
 - Orientar a importância da vacinação e acompanhamento do RN.
 - Orientar cuidados com a amamentação, higiene, sono e repouso, vestimenta.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

11503 RISCO PARA CRESCIMENTO ALTERADO

Fatores de risco

Distúrbios congênitos/genéticos; Nutrição materna inadequada; Gestação múltipla; Exposição materna e fetal a agentes teratogênicos; Abuso de substâncias tóxicas; Desnutrição; Prematuridade; Infecção; Anorexia; Apetite insaciável; Pobreza; Violência; Desastres naturais; Doença crônica; Envenenamento por chumbo; Doença mental do cuidador; Incapacidade para o aprendizado do cuidador; Comportamento abusivo do cuidador (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Observar e relatar falta de interação do binômio mãe/RN.
 - Estimular papel de cuidador da mãe, promovendo interação, monitorando os cuidados.
 - Investigar sentimento relacionado à gravidez.
 - Orientar e monitorar comportamento inapropriado do RN.
 - Monitorar amamentação, eliminações do RN mantendo registros.
 - Orientar a importância da vacinação e acompanhamento do RN.
 - Orientar cuidados com a amamentação, higiene, sono e repouso, vestimenta.
 - Monitorar coloração da pele, mucosas, respiração, vômitos, tremores e movimentos involuntários.
 - Estimular o cuidado pelos pais.
 - Proporcionar ambiente favorável ao sono e repouso.
 - Monitorar sinais de hiperbilirrubinemia.
 - Monitorar a capacidade do bebê de sugar.
 - Manter um registro preciso da ingesta e da eliminação.
 - Orientar aos pais sobre problemas com o desenvolvimento comportamental e neurológico do RN: choro excessivo, hiperextensão dos braços e pernas, padrão de sono irregular, tremores, sobressaltos, abalos, bocejos excessivos e apnéia.
 - Explicar aos pais que a maturação do RN é um processo em desenvolvimento e que a participação deles é fundamental.
 - Orientar aos pais que os RNs dão indícios comportamentais que indicam suas necessidades, sendo meios adequados de responder à eles através da estimulação e métodos de acalmar como: balançar berço, embalar suavemente o bebê, falar tranquilamente.
 - Demonstrar as formas apropriadas de interagir com o RN.
 - Ajudar os pais a identificar e lidar com as respostas ao distúrbio comportamental do RN.
 - Evitar estimulação excessiva, proporcionando ambiente apropriado para o sono tranquilo (iluminação, temperatura, nível de ruídos).
 - Orientar para os cuidados de alimentação, higienização, sono e repouso, vestimenta.
 - Explorar com os pais as formas de lidar com o estresse imposto pelo comportamento do RN.
 - Elogiar os pais quando demonstrarem métodos apropriados de interagir com o RN.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

11602 CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO: INDIVIDUAL

Características definidoras

Escolhas de atividades da vida diária inadequadas para o alcance dos objetivos terapêuticos; Expressa dificuldades de aderência a um ou mais aspectos do regime terapêutico recomendado; Aparecimento acelerado de indicadores de piora no quadro da doença ou do estado de saúde (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Suporte social insuficiente; Desconfiança quanto ao regime terapêutico recomendado; Déficit de conhecimento; Dificuldades econômicas; Conflitos de decisão; Efeitos indesejáveis dos medicamentos; Dificuldade em incorporar o regime terapêutico recomendado às rotinas diárias (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Conversar com o paciente sobre suas crenças pessoais e revisar as informações pertinentes;
 - Orientar o paciente quanto aos benefícios do regime terapêutico e necessidade de modificar seu estilo de vida;
 - Orientar o paciente sobre o estabelecimento de uma rotina diária para o controle do regime terapêutico que se adapte ao seu estilo de vida;
 - Corrigir os conceitos errôneos sobre a suscetibilidade e gravidade da doença;
 - Fornecer lembretes verbais para reforçar os comportamentos que promovam a saúde;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

20203 RISCO PARA SOLIDÃO

Fatores de risco

Isolamento social; Falta de afeto; Isolamento físico; Falta de energia vital (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Conversar sobre o paciente sobre as suas crenças pessoais sobre a doença revisando as informações pertinentes;
 - Orientar o paciente quanto aos benefícios do regime terapêutico e necessidade de modificar seu estilo de vida;
 - Orientar o paciente sobre o estabelecimento de uma rotina diária para o controle do regime terapêutico que se adapte ao seu estilo de vida;
 - Corrigir os conceitos errôneos sobre a suscetibilidade e gravidade da doença;
 - Fornecer lembretes verbais para reforçar os comportamentos que promovam a saúde;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

20301 DÉFICIT DE ATIVIDADES DE RECREAÇÃO**Características definidoras**

Verbalização de tédio; Desejo de que tivesse alguma coisa para fazer; Desejo de ler; Impossibilidade de realizar os hobbies usuais durante o período de internação; Expressão constante de sentimentos ou pensamentos desagradáveis; Bocejos frequentes; Expressão facial de desânimo; Inquietação/agitação; Perda ou ganho de peso; Hostilidade (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Dificuldade de acesso ou participação nas atividades de lazer; Comportamentos sociais insatisfatórios; Falta de amigos e companheiros; Ambiente monótono; Hospitalização; falta de motivação (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Estimular interação com o ambiente: conversar com pacientes, leitura, assistir televisão.
 - Investigar junto a paciente e familiar preferência de recreação, lazer.
 - Proporcionar ambiente amigável, estimulando lazer.
 - Orientar para musicoterapia, arteterapia.
 - Estabelecer juntamente com a paciente meta de recreação e lazer.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

20401 ANSIEDADE**Características definidoras**

Sentimento sempre negativo de apreensão, incerteza e preocupação que ocorre em graus variados dependendo da natureza do estressor; O indivíduo não consegue diferenciar do medo; Espanto; Remorso; Excitação excessiva; Tagarelice; Estresse; Nervosismo; Sentimentos de inadequação; Tremores; Temor de conseqüências inespecíficas; Preocupação; Insônia; Inquietação; Pobre contato olho a olho; Expressão facial tensa; Estimulação do sistema nervoso autônomo (dilatação das pupilas, tensão facial, rubor facial, voz trêmula, boca seca, tonturas, aumento da frequência cardíaca e respiratória, sensação de falta de ar, palpitação, vasoconstricção periférica, formigamento nas extremidades, sudorese, hiperreflexia, dores abdominais, diarreia, músculos contraídos); Irritabilidade; Hipervigilância; Movimentos corporais alterados como arrastar os pés, entrelaçar os dedos, “batucar”; Nervosismo; Sensação de desamparo; Diminuição da produtividade; Diminuição da capacidade de concentração nas atividades; Dificuldade para pensar; Pensamentos ruminantes; Medo do desconhecido (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Qualquer fator que interfira nas necessidades humanas básicas de respiração, alimentação, conforto e segurança; Ameaça à integridade biológica; Conflito simbólico inconsciente; Ameaça real ou suposta ao autoconceito; Falta de reconhecimento; Fracasso; Perda de pessoas significativas; Mudança no ambiente; Mudança na situação socioeconômica; Transmissão de ansiedade de outra pessoa ao indivíduo (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Manter-se consciente e sensível a ameaça experimentada pelo paciente para reconhecer, respeitar e enfrentar suas emoções e seus comportamentos;
 - Organizar suas atividades de modo a passar mais tempo com o paciente, diminuindo seu medo;
 - Permanecer com o paciente durante as crises graves de ansiedade;
 - Fornecer ao paciente explicações claras e concisas sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado;
 - Evitar fazer exigências desnecessárias ao paciente;
 - Identificar e reduzir o maior número possível de fatores estressantes do ambiente;
 - Atentar para as necessidades físicas do paciente;
 - Promover o sono com medidas de conforto: banho quente, massagem nas costas, presença de amigo tranquilo, para ajudar a relaxar;
 - Escutar atentamente as expressões dos sentimentos do paciente;
 - Oferecer ao paciente oportunidades de discutir as razões da ansiedade;
 - Investigar junto ao paciente quais as atividades que ele acha confortadoras e que lhe forneçam sensação de autocontrole;
 - Incluir o paciente nas decisões sobre sua assistência;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

20404 DESESPERANÇA

Características definidoras

Apetite diminuído; perda de peso; Sensação de uma “bola na garganta”; Sono aumentado ou diminuído; Falta de iniciativa; resposta diminuída aos estímulos; Afeto diminuído; Comunicação inefetiva (prefere não falar); Mantém os olhos fechados; Retraimento social; Falta de envolvimento no relacionamento com os outros; Capacidade diminuída para solucionar problemas e tomar decisões desencorajada consigo mesmo e com os outros; Tensão; Vulnerabilidade; falta de envolvimento com o autocuidado; Resignação; Depressão (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Doença crônica/terminal; Restrição prolongada de atividade; Isolamento devido a enfermidades; Abandono ou separação de pessoas significativas; Incapacidade para atingir metas na vida; Incapacidade para participar das atividades desejadas; Responsabilidade prolongada por prestar cuidado; Exposição prolongada ao estresse; Perda da crença nos valores transcendentais (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Manter a segurança do ambiente retirando pertences com os quais o paciente pode se ferir;
 - Estimular o paciente a conversar com os membros da equipe e com outros pacientes;
 - Explicar ao paciente os objetivos do ambiente terapêutico e da terapia prescrita;
 - Estimular o paciente a participar de atividades em grupo;
 - Enfatizar a progressão do paciente quando demonstrar sinais de melhora;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

20502 RISCO PARA MATERNIDADE OU PATERNIDADE ALTERADA

Fatores de risco

Comportamentos paternos/maternos inapropriados e/ou desfavoráveis; Falta de comportamento de ligação paterna/materna; Verbalização freqüente de insatisfação ou desapontamento com o bebê/criança; Verbalização de frustração com o papel de pai ou de mãe; Verbalização da inadequação suposta ou real; Estimulação visual, tátil ou auditiva do bebê diminuída ou inapropriada; Evidência de abuso ou negligência da criança; Atraso no crescimento e no desenvolvimento do bebê/criança (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Estimular a mãe a expressar seus sentimentos sobre o filho e seu papel como mãe;
 - Escutar atentamente, evitar expressar julgamentos;
 - Elogiar os progressos da mãe, sempre que ela demonstrar habilidades apropriadas a maternidade;
 - Ensinar/orientar técnica de amamentação (posicionamento correto, freqüência das mamadas, pega correta), de banho, precauções de segurança e roupas apropriadas ao clima;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

30101 SOFRIMENTO ESPIRITUAL

Características definidoras

Preocupação expressa com o significado da vida ou da morte e/ou sistemas de crenças; Raiva de Deus; Questionamento sobre o significado do sofrimento; Verbalização de conflito interno sobre crenças; Preocupação relativa ao relacionamento com divindades; Questionamento da própria existência; Busca de assistência espiritual; Questionamento das implicações morais ou éticas de condutas terapêuticas; Humor irônico; Direcionamento de raiva a representantes religiosos (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Desafio no sistema de crenças ou separação dos laços espirituais; Conflito entre o regime terapêutico e as crenças; Morte ou doença de pessoa significativa; Embaraço em praticar os ritos espirituais; Barreiras para praticar os ritos espirituais; Oposição às crenças da família, dos amigos ou dos cuidadores; Separação de pessoa significativa (BENEDET; BUB, 2001).

ACÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Manter-se consciente e sensível a ameaça experimentada pelo paciente para reconhecer, respeitar e enfrentar suas emoções e seus comportamentos;
 - Organizar suas atividades de modo a passar mais tempo com o paciente, diminuindo seu medo;
 - Estimular o paciente a buscar diálogo significativo com seu orientador espiritual;
 - Permitir ao paciente expressar sua raiva por Deus;
 - Ajudar o paciente a reconhecer as formas positivas e negativas da utilização da fé;
 - Estimular o paciente a utilizar mecanismos seguros para descarregar a raiva, como socar o travesseiro para aliviar a tensão;
 - Escutar atentamente o paciente oportunizando-o a expressar seus sentimentos;
 - Fornecer ao paciente explicações claras e concisas sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado;
 - Evitar fazer exigências desnecessárias ao paciente;
 - Identificar e reduzir o maior número possível de fatores estressantes do ambiente;
 - Atentar para as necessidades físicas do paciente;
 - Promover o sono com medidas de conforto: banho quente, massagem nas costas, presença de amigo tranquilo, para ajudar a relaxar;
 - Escutar atentamente as expressões dos sentimentos do paciente;
 - Investigar junto ao paciente quais as atividades que ele acha confortadoras e que lhe forneçam sensação de autocontrole;
 - Incluir o paciente nas decisões sobre sua assistência;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

30102 RISCO PARA SOFRIMENTO ESPERITUAL

Fatores de risco

Estado de ansiedade intensa; Baixa auto-estima; Doença mental: Relacionamentos insatisfatórios; Estresse físico e psicológico; Abuso de substâncias; Desastres naturais; Situações de perda; Perdas conseqüentes ao processo de envelhecimento; Incapacidade para perdoar (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Manter-se consciente e sensível a ameaça experimentada pelo paciente para reconhecer, respeitar e enfrentar suas emoções e seus comportamentos;
- Organizar suas atividades de modo a passar mais tempo com o paciente;
- Permanecer com o paciente durante as crises graves de ansiedade;
- Fornecer ao paciente explicações claras e concisas sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado;
- Identificar e reduzir o maior numero possível de fatores estressantes do ambiente;
- Atentar para as necessidades físicas do paciente;
- Promover o sono com medidas de conforto: banho quente, massagem nas costas, presença de amigo tranquilo, para ajudar a relaxar;
- Escutar atentamente as expressões dos sentimentos do paciente;
- Oferecer ao paciente oportunidades de discutir as razões da ansiedade;
- Investigar junto ao paciente quais as atividades que ele acha confortadoras e que lhe forneçam sensação de autocontrole;
- Incluir o paciente nas decisões sobre sua assistência;
- Faça perguntas diretas ao paciente;
- Dar apoio ao paciente sem fazer afirmações falsas;
- Reduzir os estímulos ambientais quando necessário;
- Implementar medidas de segurança como: observação pessoal do paciente, isolamento ou contenção mecânica, remoção de objetos que possam causar lesões do ambiente;
- Estimular om paciente e os familiares a conversar e a desenvolver estratégias de enfrentamento dos problemas; (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

30103 POTENCIAL PARA AUMENTO DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Características definidoras

Força interior que alimenta; Motivação e comprometimento dirigidos aos valores de amor, da significação, da beleza e da verdade; Relações de confiança com o transcendental que proporcionam as bases para a significação e a esperança nas experiências da vida e o amor nos relacionamentos; Significado e finalidade para a existência da pessoa (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar sinais potenciais de sofrimento espiritual como: alteração do nível de autocuidado, distúrbio do padrão de sono e alteração dos hábitos diários (rezar, meditar, seguir restrições dietéticas);
 - Observar a procura do paciente por rituais religiosos;
 - Investigar se o paciente participa de rituais religiosos;
 - Observar a maneira como o paciente lida com sua doença;
 - Manter a mente aberta para o que constitui espiritualidade;
 - Investigar junto ao paciente se a doença alterou seu estado espiritual;
 - Estimular o paciente a conversar abertamente sobre questões espirituais;
 - Estimular o paciente a dedicar-se ao estudo das questões espirituais;
 - Fornecer recursos para lidar com o sofrimento espiritual como: livros sobre preces e meditações, bíblia;
 - Conversar com o paciente sobre a importância de manter uma dieta saudável, praticar exercícios regulares e dormir o suficiente;
 - Investigar junto ao paciente o papel dos valores espirituais na recuperação da doença e para lidar com as alterações da imagem corporal;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

30104 DISTÚRBO NO CAMPO ENERGÉTICO

Características definidoras

Percepção de mudança no padrão do fluxo de energia (mudança de temperatura, mudanças visuais, interrupção do campo, movimento, sons) (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Diminuição ou bloqueio do fluxo de energia secundário à: dificuldades relativas a idade e situações de crise; Gestação; Trabalho de parto; Puerpério; Dor; Ansiedade; Medo; Luto; Experiência perioperatória; Imobilidade; Doença; Traumatismos e defeitos congênitos (BENEDET; BUB, 2001).

ACÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Implementar medidas que favoreçam a cura terapêutica como o toque.
 - Orientar familiar a utilizar o toque terapêutico.
 - Proporcionar ambiente terapêutico como: iluminação adequada, barulho, privacidade, música.
 - Orientar técnicas como meditação, imaginação dirigida, oração ao paciente e familiares.
 - Estimular o paciente a relatar dificuldades, situações geradoras de crise, experiência negativa, dor, medo.
 - Manter-se consciente e sensível a ameaça experimentada pelo paciente para reconhecer, respeitar e enfrentar suas emoções e seus comportamentos;
 - Organizar suas atividades de modo a passar mais tempo com o paciente, diminuindo seu medo;
 - Permanecer com o paciente durante as crises graves de ansiedade, dor, medo;
 - Fornecer ao paciente explicações claras e concisas sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado;
 - Evitar fazer exigências desnecessárias ao paciente;
 - Identificar e reduzir o maior número possível de fatores estressantes do ambiente;
 - Atentar para as necessidades físicas do paciente;
 - Promover o sono com medidas de conforto: banho quente, massagem nas costas, presença de amigo tranquilo, para ajudar a relaxar;
 - Escutar atentamente as expressões dos sentimentos do paciente;
 - Oferecer ao paciente oportunidades de discutir as razões da ansiedade;
 - Investigar junto ao paciente quais as atividades que ele acha confortadoras e que lhe forneçam sensação de autocontrole;
 - Incluir o paciente nas decisões sobre sua assistência;
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

APÊNDICE E – Exemplo de Protocolo para Diagnóstico – Ações/Intervenções de Enfermagem

AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

Características definidoras

Verbalização ou demonstração de insatisfação no processo de amamentação; Suprimento de leite inadequado; Incapacidade do bebê para apreender o seio materno; Persistência de lesão nos mamilos além da primeira semana de amamentação; presença de dor durante o ato de amamentar; Bebê chora ao tentar mamar; Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação (BENEDET; BUB, 2001).

Fatores relacionados

Vinculados ao bebê: dificuldade em apreender ou sugar, doença.

Vinculados à mãe: fadiga, ansiedade, ingestão inadequada de líquidos e alimentos, história de amamentação materna mal-sucedida, falta de apoio do companheiro/família, doença (BENEDET; BUB, 2001).

AÇÕES/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorar a capacidade de sucção do RN.
 - Encorajar a mãe a pedir auxílio nas primeiras tentativas, fazendo de 8 a 10 amamentações em 24 horas.
 - Observar o RN junto ao peito para determinar a posição correta, um deglutir audível, um padrão de sucção/deglutição.
 - Monitorar a capacidade do RN para agarrar corretamente o mamilo.
 - Orientar a mãe para monitorar a sucção do RN.
 - Monitorar o enchimento crescente das mamas.
 - Monitorar a integridade da pele nos mamilos.
 - Realizar banho de luz nos mamilos.
 - Orientar para manobras de redução do ingurgitamento mamário: compressas mornas, banho morno, esgotar.
 - Orientar sobre a técnica apropriada para interromper a sucção do RN.
 - Orientar a mãe a posicionar-se corretamente.
 - Encorajar o uso de sutiã de algodão, confortável e com apoio.
 - Estimular a ingesta hídrica.
 - Monitorar o reflexo de descida do leite.
 - Orientar a mãe sobre uma dieta bem equilibrada durante a lactação.
 - Oferecer material escrito para reforçar instrução em casa.
 - Encorajar períodos freqüentes de repouso.
 - Avaliar os conhecimentos da mãe.
 - Avaliar o nível de ansiedade e ambivalência da mãe em relação à amamentação.
 - Permanecer com a mãe e o RN durante várias mamadas para enfatizar as áreas de dificuldade.
 - Estimular a mãe a fazer perguntas, visando ampliar seus conhecimentos.
 - Orientar a mãe a oferecer a mama logo que possível depois que o RN acordar, não esperando o choro vigoroso.
 - Avaliar a necessidade de utilizar um protetor mamilar.
 - Avaliar o RN para detectar anomalias que possam interferir na capacidade de mamar ao seio.
 - Proporcionar reforços positivos para os esforços da mãe.
- (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

APÊNDICE E – Instrumento para Sondagem Diagnóstica sobre o desempenho da Enfermeira no Computador

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM

SONDAGEM DIAGNÓSTICA SOBRE DESEMPENHO DA ENFERMEIRA NO COMPUTADOR

Este instrumento tem a finalidade de analisar o seu conhecimento em informática para utilização do aplicativo sobre a SAE.

1. Perfil do participante

1.1 Identificação:

1.2 Idade:

1.3 Tempo de exercício profissional:

2. Questões específicas

2.1 Você alguma vez utilizou ou utiliza o computador? () sim () não

2.2 Se utiliza, qual o principal objetivo do uso? () profissional () pessoal

2.3 Com que frequência utiliza? () diariamente () 2 a 3 vezes na semana
 () semanalmente () esporadicamente

2.4 Você considera ter dificuldades na utilização do computador? () sim () não

2.5 Quais os três programas que mais utiliza?

1. _____

2. _____

3. _____

2.6 Você utiliza a internet? () sim () não

APÊNDICE F – Instrumento de Pesquisa Semanal – Histórico de Enfermagem

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA SEMANAL**1. PERFIL DO PARTICIPANTE**

1.1 Identificação do participante:

1.2 Idade:

2. QUESTÕES ESPECÍFICAS (referente à fase do Histórico de Enfermagem adulto e RN)

2.1 Pontos favoráveis na utilização do aplicativo para desenvolvimento da SAE:

2.2 Pontos negativos na utilização do aplicativo:

APÊNDICE G – Instrumento de Pesquisa Semanal – Diagnóstico de Enfermagem

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA SEMANAL**1. PERFIL DO PARTICIPANTE**

1.1 Identificação do participante:

1.2 Idade:

2. QUESTÕES ESPECÍFICAS (referente à fase do Diagnóstico de Enfermagem)

2.1 Pontos favoráveis na utilização do aplicativo para desenvolvimento da SAE:

2.2 Pontos negativos na utilização do aplicativo:

APÊNDICE H – Instrumento de Pesquisa Semanal – Ações/Intervenções de Enfermagem

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA SEMANAL**1. PERFIL DO PARTICIPANTE**

1.1 Identificação do participante:

1.2 Idade:

2. QUESTÕES ESPECÍFICAS (referente à fase das Ações/Intervenções de Enfermagem)

2.1 Pontos favoráveis na utilização do aplicativo para desenvolvimento da SAE:

2.2 Pontos negativos na utilização do aplicativo:

APÊNDICE I – Instrumento de Pesquisa Semanal – Evolução de Enfermagem

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA SEMANAL**1. PERFIL DO PARTICIPANTE**

1.1 Identificação do participante:

1.2 Idade:

2. QUESTÕES ESPECÍFICAS (referente à fase da Evolução de Enfermagem)

2.1 Pontos favoráveis na utilização do aplicativo para desenvolvimento da SAE:

2.2 Pontos negativos na utilização do aplicativo:

APÊNDICE J – Instrumento de Pesquisa Semanal – Nota de Alta

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA SEMANAL**1. PERFIL DO PARTICIPANTE**

1.1 Identificação do participante:

1.2 Idade:

2. QUESTÕES ESPECÍFICAS (referente à fase Nota de Alta)

2.1 Pontos favoráveis na utilização do aplicativo para desenvolvimento da SAE:

2.2 Pontos negativos na utilização do aplicativo:

APÊNDICE L – Instrumento de Pesquisa Final

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA FINAL

Selecione os conceitos que melhor representam a sua opinião sobre a aplicabilidade do software.

A. Quanto ao software

1. A forma de apresentação visual

ótimo bom regular péssimo

2. O manuseio após a primeira semana de uso

ótimo bom regular péssimo

3. O manuseio durante a quarta semana de uso

ótimo bom regular péssimo

B. Quanto à fase do Histórico de Enfermagem Adulto

1. Quanto à objetividade do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

2. Quanto ao vocabulário utilizado

ótimo bom regular péssimo

3. Quanto à forma de apresentação do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

4. Quanto à distribuição do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

5. Quanto ao tempo despendido no preenchimento para uso

ótimo bom regular péssimo

C. Quanto à fase do Histórico de Enfermagem do RN

1. Quanto à objetividade do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

2. Quanto ao vocabulário utilizado

ótimo bom regular péssimo

3. Quanto à forma de apresentação do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

4. Quanto à distribuição do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

5. Quanto ao tempo despendido no preenchimento para o uso

ótimo bom regular péssimo

D. Quanto à etapa do Diagnóstico de Enfermagem

1. Quanto à objetividade do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

2. Quanto ao vocabulário utilizado

ótimo bom regular péssimo

3. Quanto à forma de apresentação do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

4. Quanto à distribuição do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

5. Quanto ao tempo despendido no preenchimento para uso

ótimo bom regular péssimo

E. Quanto à etapa do Ações/Intervenções de Enfermagem

1. Quanto à objetividade do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

2. Quanto ao vocabulário utilizado

ótimo bom regular péssimo

3. Quanto à forma de apresentação do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

4. Quanto à distribuição do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

5. Quanto ao tempo despendido no preenchimento para uso

ótimo bom regular péssimo

F. Quanto à etapa da Evolução de Enfermagem

1. Quanto à forma de apresentação do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

2. Quanto à distribuição do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

3. Quanto ao tempo despendido no preenchimento

ótimo bom regular péssimo

G. Quanto à etapa da Nota de Alta

1. Quanto à forma de apresentação do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

2. Quanto à distribuição do conteúdo

ótimo bom regular péssimo

3. Quanto ao tempo despendido no preenchimento

ótimo bom regular péssimo

APÊNDICE M – Diagnósticos Específicos Elaborados para o Ciclo Gravídico-puerperal**PUERPÉRIO ADEQUADO**

Características definidoras

Frequência cardíaca variando de 60 a 100bpm, temperatura axilar variando até 38° C (3 a 4 dias pós-parto), pressão arterial dentro dos limites fisiológicos; Mamas com colostro, flácidas ou tensas; Presença de globo de segurança de Pinard; Perdas vaginais com sangramento vivo passando a seroso no terceiro a quarto dia, odor característico.

Fatores Relacionados

Conhecimento básico sobre puerpério; alterações involutivas fisiológicas após o parto; Interação adequada do binômio mãe e bebê.

RISCO PARA PUERPÉRIO ALTERADO

Fatores de risco

Desconhecimento sobre puerpério; Subinvolução uterina com sangramento excessivo e irregular com alteração na cor (achocolatado) e no odor (fétido); Dor e hipertermia; Edema e dor em MI; Edema e dor importante na episiorrafia; Seroma e/ou hematoma na ferida operatória; Disúria; Ingurgitamento mamário; Trauma mamilar; Cefaléia fronto-occipital com pior Ana postura ortostática acompanhada de tontura, náuseas e vômitos.

Histórico de Enfermagem

SUBJETIVO

I. IDENTIFICAÇÃO

Data: **08/07/2006**

1. Nome: **ROSA ROSA ROSAE**

2. Same: **654321**

3. Unidade/leito: **TOCGINECOLÓGICA/34**

4. Sexo feminino () masculino

5. Data de nascimento: **27/04/1987** 6.

Idade: **19**

7. Tipagem sangüínea:

8. Fator Rh: **positivo**

9. Alergias: **NÃO SABE INFORMAR**

10. Escolaridade: () analfabeto

() 1° grau

() completo

2° grau

incompleto

() 3° grau

11. Naturalidade: **SANTA MARIA**

12. Religião/crença: **EVANGÉLICA**

13. Ocupação/profissão: **ESTUDANTE**

14. Endereço: **AVENIDA DAS ROSAS – 120 – BAIRRO DAS FLORES**

15. Telefone: **9876-5432**

II. DADOS SÓCIO-SANITÁRIOS E COMUNITÁRIOS

1. Habitação:

N° de cômodos: **04**

N° de residentes: **02**

Animais domésticos/quantos: ()

insetos

banheiro

chuveiro

()

roedores

Água: canalizada

() clandestina

Esgoto: () fossa séptica

esgoto canalizado

() esgoto à céu aberto

Lixo recolhido () à céu aberto

Energia: elétrica ()

clandestina

2. Recursos na comunidade: UBS no bairro

() Associação de bairro

ACS ou PSF

III. DADOS CLÍNICOS

1. HMG: milhões/mm³
mil/mm³

2. Ht: **41 %**

3.Hb: **11 mg/dl**

4. Plaquetas:

5. TP: segundos
%

6. TPP: segundos

7. Atividade:

8. Outros:

9. Diagnóstico por imagem

US:

Tomografia:

RX:

IV. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

1. Motivo desta internação/consulta: **INICIOU COM DOR HÁ 10 HORAS**

2. O que o paciente sabe a respeito da internação e ou tratamento: **TEVE PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA E EPISIORRAFIA HÁ 4 HORAS**

3. Quais as repercussões da situação atual de saúde em sua vida? **ABANDONAR OS ESTUDOS ATÉ O BEBE CRESCER UM POUCO**

4. Relacionamento familiar relacionado ao tratamento: **MÃE E SOGRA ESTÃO APOIANDO**

5. Patologias atuais: (**X**) não () sim () HIV () asma () diabetes

() SIDA () cardiopatia () insuficiência renal Outras:

6. Uso de medicações: (**X**) não () não sabe informar

medicação	dose	horário

7. Uso de bebidas alcoólicas: (**X**) não () sim () no passado Frequência:

8. Tabagismo: (**X**) não () sim () no passado N° de cigarros/dia:

9. Uso de drogas ilícitas: (**X**) não () sim () no passado Tipo de droga:

10. Compartilhamento de seringas: (**X**) não () sim

11. Contato sexual com usuário de drogas injetáveis: () não () sim () não sabe

12. Vacina nos últimos cinco anos:

V. NECESSIDADES BÁSICAS

1. Sono e repouso: horário de dormir: **22** horas horário da sesta: **NÃO** horas

Alterações relacionadas ao sono: () dificuldade em conciliar o sono (**X**) sono interrompido por:

URINAR

() uso de medicação/qual:

2. Alimentação e hidratação: número de refeições por dia () 3 (**X**) 5 () mais de 5

Ingestão hídrica: () até 1 L/dia (**X**) até 2 L/dia () mais de 2 L/dia

Preferência alimentar (alterações relacionadas à alimentação/hidratação: inapetência polifagia
 vômitos náuseas disfagia polidipsia
 uso de dieta especial: outras:

3. Eliminações

Alterações relacionadas à eliminação urinária polaciúria poliúria anúria disúria

oligúria nictúria colúria urina turva piúria urina fétida hematúria

retenção urinária incontinência urinária incontinência urinária de esforço
 ardência miccional jato urinário diminuído

Alterações relacionadas à eliminação intestinal fezes ressequidas incontinência fecal
 constipação eventual constipação crônica acolia diarreia sangramento anal

tratamento auxiliar (chás, alimentos, laxantes)

Freqüência habitual: **A CADA 2 DIAS**

Data da última evacuação:

06/07/2006

4. Alterações relacionadas à ventilação dispnéia ao esforço dispnéia em repouso ortopnéia

dor ventilatório dependente tosse seca tosse produtiva

Tipo de catarro:

5. Aspectos relacionados ao aparelho reprodutivo e vida sexual

Genitália lesões leucorréia

Vida sexual ativa inativa não questionado

Métodos anticoncepcionais não sim Tipo: **ACO**

Ciclo menstrual regular irregular amenorréia climatério

dismenorréia metrorragia DUM: **03/10/2006**

Auto-exame das mamas não sim

Prevenção do câncer ginecológico não sim /Quando:

Outros exames:

6. Recreação/preferências

atividade física leitura televisão/cinema viagem

atividades manuais/quais:

() outras:

OBJETIVO

1. Sinais vitais e medidas antropométricas

PA: **90/50** mmHg FC: **106** bpm FR: **18** mpm
 Tax: **37,6** °C PESO: **54** Kg ALT: **1,66** m

Alterações:

2. Condições gerais

Nível de consciência () lúcido () torporoso () confuso () alerta () sedado Glasgow:

() orientado () aopsiquicamente

() desorientado () autopsiquicamente

Locomoção () sozinho () com auxílio () não se locomove

Mobilidade () total () não se movimenta

() parcial – paraplegia () parcial – hemiplegia

Mobilidade parcial () com auxílio () sem auxílio

Pele () normocorada () coloração alterada:

() higienizada () higiene precária

() íntegra () lesões:

Turgor cutâneo () preservado () diminuído

Couro cabeludo () higienizado () higiene precária () caspa () pediculose

() seborréia () íntegro () lesões:

Cavidade oral () halitose () sangramento

Mucosa () sem alterações () alterações: **DESCORADA**

Arcada dentária () sem alterações () dentes sépticos () ausência de dentes

() alterações:

Uso de prótese () não () sim/tipo:

Olhos/pupilas () sem alterações () alterações:

Nariz () sem alterações () alterações:

Ouvidos/orelhas () sem alterações () alterações:

Tórax () sem alterações () alterações:

Mamas () presente () ausente () D () E () colostro

() simétricas () assimétricas () estrias () flácida () túrgida

() nódulos () mastite () abscesso () ingurgitada

Quantidade de leite: () lesões:

Mamilo () protuso () invertido () plano () fissura () outros:

Abdômen () sem alterações () alterações:

Parede abdominal () flácida () distendida () resistente

() indolor à palpação () dolorosa à palpação

Útero indolor à palpação doloroso à palpação AU: **20 cm**
 alteração patológica: **POUCO CONTRAÍDO**

Genitais sem alterações alterações: não examinado
 episiotomia edema perda vaginal: **AUMENTADA**

Região dorsal, glútea e anal sem alterações alterações:
 não examinado

Membros superiores sem alterações alterações: não examinados

Rede venosa visível pouco visível alterações:

Cateteres não sim/tipo: **VENOSO PERIFÉRICO** Data de implantação: **08/07/2006**

Membros inferiores sem alterações alterações: não examinados
 varizes edema lesões:

Comunicação adequada não adequada Obs:

3. Dados adicionais

Qual a sua expectativa em relação ao cuidado a ser recebido pela equipe de enfermagem, pelo serviço médico e pelos serviços de apoio? **SER BEM ATENDIDA**

Impressões do entrevistador:

COREN: **42458**

NOME DA ENFERMEIRA: **ROZELAINE MARIA BUSANELLO**

DATA: **08/07/2006**

HORA: **09:50**

Lista de Diagnósticos

SAME: 654321

Paciente: ROSA ROSA ROSAE

N°	Data de Abertura	Problema	Data de Fechamento
01	08/07/2006	Risco para puerpério alterado	

Prescrição de enfermagem (Ação/intervenção):

Turnos	Ação/intervenção
M T N	Investigar freqüentemente involução uterina, realizando massagem em fundo uterino.
M T N	Investigar alterações na episiorrafia, anotando características e comunicando, orientando higiene perineal adequada.
M T N	Orientar e estimular cuidados com o RN, elogiando quando realizado;
M T N	Observar indicadores não verbais de desconforto.
M T N	Promover ambiente adequado para sono e repouso.
M T N	Observar interação mãe-bebê, estimulando contato físico e diálogo.
M T N	Esclarecer dúvidas sobre o puerpério, utilizando linguagem adequada, estabelecendo contato olho a olho.

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN:

42458

DATA: 08/07/2006

HORA: 11:30

Evolução de Enfermagem

SAME: 654321

Paciente: ROSA ROSA ROSAE

Subjetivo: REFERE SENTIR-SE MELHOR, SEM TONTURA AO SAIR DO LEITO, INGERINDO MAIS ALIMENTO E ÁGUA PARA AMAMENTAR, APRESENTA DÚVIDAS SOBRE O CUIDADO COM O BEBE E PUERPÉRIO.

Objetivo: MAMAS COM BOA QUANTIDADE DE COLOSTRO, SEM FISSURA, ÚTERO CONTRAÍDO 5 CM ABAIXO DA CICATRIZ UMBILICAL, SANGRAMENTO VAGINAL DIMINUIDO, EPISIORRAFIA COM DIMINUIÇÃO DO EDEMA, MANTÉM PÉS EDEMACIADOS, BOA INTERAÇÃO DO BINÔMIO

PA: 100x60 mmHg

FC: 88 bpm

FR: 18 mpm

Tax: 37,3 °C

01 dias de internação

00 dias de soroterapia

00 dias de cateterismo

00 dias de ATB

Avaliação: APRESENTA MELHORA DO SANGRAMENTO VAGINAL E DO EDEMA NA EPISIORRAFIA, INVOLUÇÃO UTERINA DENTRO DOS PADRÕES NORMAIS.

Data: 09/07/2006

Hora: 11:40

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN:

42458

Lista de Diagnósticos

SAME: 654321

Paciente: ROSA ROSA ROSAE

N°	Data de Abertura	Problema	Data de Fechamento
01	08/07/2006	Risco para puerpério alterado	09/07/2006
02	09/07/2006	Puerpério adequado	

Prescrição de enfermagem (Ação/intervenção):

Turnos	Ação/intervenção
M T N	Investigar involução uterina e característica dos lóquios.
M T N	Investigar presença de colostro e a boa pega do RN.
M T N	Investigar condições da episiorrafia.
M T N	Orientar a mãe sobre as necessidades nutricionais e de ingesta hídrica.
M T N	Estimular a mãe a verbalizar as suas preocupações sobre o puerpério.
M T N	Orientar sobre as condições adequadas de saúde da mãe e do bebê.

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN: 42458

DATA: 09/07/2006

HORA: 12:00

Histórico de Enfermagem – Recém Nascido

I. IDENTIFICAÇÃO

Data: **08/07/2006**

1. Nome da Mãe: **ROSA ROSA ROSAE**
2. Data de nascimento: **08/07/2006**
3. Hora de nascimento: **11:10**
4. Sexo feminino () masculino
5. Same: **765432**
6. Tipagem sangüínea e Fator Rh materno: **O +**
7. Tipagem sangüínea e Fator Rh do Recém Nascido: **O +**
9. Peso ao nascer: **2,51** Kg

II. EXAME FÍSICO

1. Sinais vitais: FC: **140** bpm FR: **80** mpm Tax: **35,6** °C
2. Estado Geral Bom Obs: **DIFICULDADE EM SUGAR O SEIO MATERNO, CHOROSO**
3. Tônus: Normal () Hipotônico () Atonia
4. Pele: Rosada () Palidez () Icterícia () Cianose () Descamação Fisiológica
() Petéquias Obs: **CIABOSE PERIORAL E DE EXTREMIDADES, ERITEMA TÓXICO**
5. Cabeça: Simétrica () Assimétrica () Bossa Miliun sebáceo ()
Lesões
6. Olhos: Normais () Com secreção () Fotofobia () Icterícia
7. Nariz: Normal () Obstrução () Secreção () Sujidade
8. Orelha: Inserção normal () Baixa () Conformação anormal
9. Ouvido: () Com secreção () Dor à manipulação
10. Lábios: Normais () Corados () Descorados Cianose () Fenda labial
11. Língua: Normal () Anormalidades:
12. Tórax: Simétrico () Assimétrico Glândulas Mamárias: Normais ()
Hipertrofiadas
Respiração: () Normal Alterada: **USO MUSCULATURA ASSESSÓRIA, BATIMENTO ASA**

NARIZ

13. Abdome: Normal () Distendido () Escavado
Coto Umbilical: Normal () Com secreção/odor
14. Dorso: Coluna Vertebral: Conformação normal () Anormal:
Mancha Mongólica: () Ausente Presente
15. Genitália: Higiene: Adequada () Inadequada
Masculina: () Normal Edema escrotal Fimose () Hidrocele
Feminina: () Normal () Edema de vulva () Secreção leitosa () Menarca neonatal
16. Eliminações: Urina: Normal () Anormal () Não observada

Fezes: (**X**) Normal () Anormal () Não observada

Vômito: (**X**) Não () Sim/ aspecto:

17. Membros MMSS: (**X**) Normais () Anormais:

MMII: (**X**) Normais () Anormais:

COREN: **42458**

NOME DA ENFERMEIRA: **ROZELAINE MARIA BUSANELLO**

DATA: **08/07/2006**

HORA: **12:00**

Lista de Diagnósticos

SAME: 765432

Paciente: RN de ROSA ROSA ROSAE

N°	Data de Abertura	Problema	Data de Fechamento
01	08/07/2006	Risco para comportamento infantil desorganizado	

Prescrição de enfermagem (Ação/intervenção):

Turnos	Ação/intervenção
M T N	Monitorar coloração da pele, mucosas, respiração, vômitos, tremores e movimentos involuntários.
M T N	Monitorar a capacidade do RN sugar.
M T N	Orientar aos pais sobre problemas com o desenvolvimento comportamental e neurológico do RN: choro excessivo, hiperextensão dos braços e pernas, padrão de sono irregular, tremores, sobressaltos, abalos, bocejos excessivos e apnéia.
M T N	Demonstrar as formas apropriadas de interagir com o RN.
M T N	Orientar para os cuidados de alimentação, higienização, sono e repouso, vestimenta.
M T N	Evitar estimulação excessiva, proporcionando ambiente apropriado para o sono tranquilo (iluminação, temperatura, nível de ruídos.
M T N	Elogiar os pais quando demonstrarem métodos apropriados de interagir com o RN.

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN:

42458

DATA: 08/07/2006

HORA: 12:00

Evolução de Enfermagem

SAME: 765432

Paciente: RN de ROSA ROSA ROSAE

Subjetivo: MÃE REFERE QUE O RN TEM FICADO BASTANTE TEMPO MAMANDO, JÁ URINOU E EVACUOU MECÔNIO.

Objetivo: RN COM MELHORA NA RESPIRAÇÃO E NA CIANOSE PERIORAL E EXTREMIDADES, USO ESPORÁDICO DA MUSCULATURA ASSESSÓRIA. REALIZANDO BOA PEGA NA MAMA.

PA: mmHg

FC: 140 bpm

FR: 50 mpm

Tax: 36,8 °C

01 dias de internação

00 dias de soroterapia

00 dias de cateterismo

00 dias de ATB

Avaliação: BOA INTERAÇÃO DO BINÔMIO, MÃE DESENVOLVE OS CUIDADOS COM CAUTELA E COM SEGURANÇA.

Data: 09/07/2006

Hora: 12:00

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN: 42458

Lista de Diagnósticos

SAME: 765432

Paciente: RN de ROSA ROSA ROSAE

N°	Data de Abertura	Problema	Data de Fechamento
01	08/07/2006	Risco para comportamento infantil desorganizado	09/07/2006
02	09/07/2006	Comportamento infantil: potencial para melhoria da organização	

Prescrição de enfermagem (Ação/intervenção):

Turnos M T N	Ação/intervenção Monitorar coloração da pele, mucosas, respiração, vômitos, tremores e movimentos involuntários.
M T N	Demonstrar as formas apropriadas de interagir com o RN, como: oferecer estimulação moderada, embalo suave ou conversa com voz suave.
M T N	Orientar os pais sobre os cuidados necessários: alimentação, higienização, sono e repouso, vestimenta.
M T N	Observar e relatar como o RN responde as intervenções: estimulação moderada, embalo suave, ouvir voz tranqüila.
M T N	Elogiar os pais quando demonstrarem métodos apropriados de interagir com o RN.
M T N	Ajudar os pais a interpretarem os indícios comportamentais do RN, favorecendo a interação saudável.

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN:

42458

DATA: 09/07/2006

HORA: 12:10

Nota de Alta

SAME: 654321

Paciente: ROSA ROSA ROSAE

1. Orientações fornecidas ao paciente/familiar:

Fornecido orientações sobre cuidados com RN e modificações fisiológicas, mamas, lóquios e involução uterina, retorno ao pediatra, obstetra e planejamento familiar, vacinação do RN, registro, exercícios físicos e repouso, bem como sinais de complicações no puerpério.

2. Estado do paciente:

Bom estado geral, presença de boa quantidade de leite nas mamas, RN com boa pega e com bom tempo de mamada, saciando-se, eliminações dentro da normalidade do binômio, boa interação mãe-RN.

3. Encaminhamentos:

A UBS do Bairro após o 7º dia de vida do RN.

4. Paciente acompanhada por: (X) Familiar () Outros

5. Meio de transporte:

Carro próprio.

ENFERMEIRA

ROZELAINE MARIA BUSANELLO

COREN: 42458

DATA: 10/07/2006

HORA: 09:30