

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
RAFAELA DE MELO ARAÚJO MOURA

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB**

JOÃO PESSOA

2019

RAFAELA DE MELO ARAÚJO MOURA

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. **Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico-filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Projeto de Pesquisa Vinculado: Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para as Unidades Clínicas do Hospital Universitário da UFPB.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega.

JOÃO PESSOA

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M929v Moura, Rafaela de Melo Araújo.

Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e
Intervenções de Enfermagem para a Clínica Médica do
Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB / Rafaela
de Melo Araújo Moura. - João Pessoa, 2019.
214 f.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem. 3.
Diagnóstico de Enfermagem. 4. Estudos de Validação. 5.
Terminologia Padronizada em Enfermagem. I. Título

UFPB/BC

RAFAELA DE MELO ARAÚJO MOURA

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 26/04/2019.

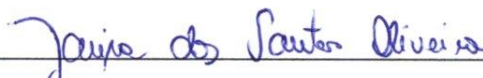
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Orientadora



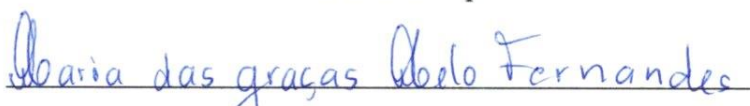
Prof.^a Dr.^a Fabíola de Araújo Leite Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Membro externo



Prof.^a Dr.^a Jacira dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro interno



Dr.^a Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro externo suplente



Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro interno suplente

DEDICATÓRIA

À minha amada **mãe, Zélia** (*in memoriam*), pelos dezenove anos de renúncia, amor e incentivo dedicados a mim e aos meus irmãos. Gratidão é pouco para expressar tudo que a senhora representou e representa em minha vida. Estarás sempre presente em meu coração a cada vitória, a cada sonho concretizado. Serás sempre meu exemplo. Com amor e muita, muita saudade, dedico este momento a ti, mãezinha. Amo-te!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por tornar possível a concretização desse sonho.

Ao meu esposo, **Alexandre** e nossos filhos, **Marcos Antônio e Maria Eduarda**, por torcerem por mim, me apoiarem e estarem ao meu lado em todos os momentos, me incentivando a concluir essa etapa da minha vida profissional. Obrigada, principalmente, por compreenderem as minhas ausências e relevarem os momentos difíceis nesses dois anos. Amo vocês!

Ao meu pai, **Roberto**, e aos meus irmãos, **Ricardo e Rômulo**, por todo amor e cuidado comigo desde que nasci. Amo vocês!

Às minhas tias, **Celeste e Arcione**, por me acolherem e amarem como FILHA, sempre cuidando, aconselhando e proporcionando momentos de descontração e boas risadas, desde a Graduação em Enfermagem. Gratidão por tudo!

À minha sogra, **Maria Helena** e minha cunhada, **Sandra Helena**, pela disponibilidade e cuidado nos finais de semana com Marquinhos e Dudinha, possibilitando momentos de quietude para a construção desse trabalho. Gratidão pelo apoio!

À minha querida orientadora, **Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, desde a graduação. Obrigada pelos sábios ensinamentos, por seu jeito generoso e calmo de compartilhá-los comigo, por me inspirar com sua ética e compromisso profissional. Gratidão por tudo!

Às professoras **Fabíola Medeiros, Jacira Oliveira, Maria das Graça Fernandes e Patrícia Beserra**, pela disponibilidade em participar da Banca Examinadora e pelas enriquecedoras contribuições para este trabalho.

Às demais **professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** pelos ensinamentos e incentivo na busca por novos conhecimentos.

Aos **profissionais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**. Gratidão por tudo!

À minha irmã de coração, **Micaele**, por sua existência em minha vida, mesmo distante sinto seu amor e suas orações intercedendo por mim. Obrigada por fazer parte da minha história!

Às companheiras de trabalho do Centro de Infusão do HULW, **Elaine, Andressa, Waldineide, Ivanira, Michelle, Joelma e Marisone**, pela compreensão, incentivo, apoio e cuidado, sem a ajuda de vocês eu não teria concretizado esse sonho. Gratidão por tudo!

Às colegas de pesquisa e incentivadoras, **Ana Márcia, Ana Carolina e Ana Cláudia** pelo apoio e orientação, desde a concepção do projeto de pesquisa. Gratidão por tudo!

Aos **membros do Laboratório do Cuidar em Enfermagem**, por todo ensinamento ao longo desse período e pelos momentos compartilhados, sejam de angústia ou alegria.

À **turma do mestrado**, pela troca de experiências e pelo aprendizado compartilhado, foi bastante enriquecedor e agregou muito na minha caminhada acadêmica.

Aos **pacientes da clínica médica**, por compartilhar sua história, pela atenção e paciência durante a participação na pesquisa. Gratidão pela disponibilidade e pelas lições de vida que obtive durante esse período.

Aos **enfermeiros especialistas** da Clínica Médica do HULW e do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB que disponibilizaram seu tempo e colaboraram com esse trabalho. Gratidão pela oportunidade de compartilhar conhecimentos!

Aos **demais profissionais da clínica médica** que contribuíram com esse estudo, especialmente **Geni e Maria**, que foram essenciais na construção desse estudo. Gratidão pela disponibilidade e zelo!

Por fim, e não menos importante, **agradeço aos demais colegas, amigos e familiares que colaboraram e torceram por mim** nessa trajetória. Meus sinceros agradecimentos!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Quadro de referência dos Catálogos CIPE®.	26
Figura 2	Necessidades Humanas Básicas de Horta.	27
Figura 3	Correlação entre as fases do Processo de Enfermagem definidas por Horta (2011) e pela Resolução 358/2009.	30
Figura 4	Desevolvimento do processo de mapeamento cruzado.	37
Figura 5	Desenvolvimento da construção das definições operacionais com base nas etapas de Waltz, Strickland e Lenz (2010).	39
Figura 6	Desenvolvimento do processo de validação de conteúdo por grupo de especialistas do HULW/UFPB.	40
Figura 7	Resultado do processo de mapeamento cruzado.	47
Figura 8	Resultado das etapas de construção e validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB.	53
Figura 9	Síntese dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidade Humanas Básicas - Psicobiológicas.	93
Figura 10	Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicossociais e Psicoespirituais.	110
Figura 11	Distribuição dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais.	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Eixos da CIPE® Versão 1.0.	23
Quadro 2	Distribuição dos conceitos da CIPE® Versão 2017.	24
Quadro 3	Classificação e definição dos Necessidades Humana Básicas de Horta, de acordo com Garcia e Cubas (2012).	31
Quadro 4	Definição operacional dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, como resultado da avaliação das pesquisadoras acrescida às sugestões dos especialistas.	54
Quadro 5	Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso um, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação.	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos especialistas participantes do estudo.	48
Tabela 2	Frequência de concordância e não concordância dos enfermeiros especialistas em relação à definição operacional dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB.	49
Tabela 3	Caracterização dos pacientes que participaram dos estudos de casos clínicos em relação aos dados sociodemográficos: sexo, estado civil, grau de escolaridade e faixa etária.	63
Tabela 4	Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, por Necessidades Humanas Básicas: Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais.	81
Tabela 5	Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas.	83
Tabela 6	Distribuição das intervenções de enfermagem por conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem identificadas nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, e o percentual das intervenções por Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas.	94
Tabela 7	Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicossociais e Psicoespirituais.	105
Tabela 8	Distribuição das intervenções de enfermagem por conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem identificadas nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, e o percentual das intervenções por Necessidades Humanas Básicas - Psicossociais e Psicoespirituais.	112

RESUMO

MOURA, Rafaela de Melo Araújo. **Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**. 2019. 214f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introdução: Com a finalidade de clarificar e aprimorar os conceitos específicos da Enfermagem, ressalta-se a utilização de Nomenclaturas, que servem como referência para a assistência de enfermagem prestada ao paciente, sem desconsiderar o julgamento clínico do enfermeiro. A fim de corroborar e aperfeiçoar terminologias utilizadas na prática profissional da Enfermagem, ressalta-se a realização de estudos de validação. Na validação de conteúdo, os especialistas devem avaliar o teor das informações de cada item com o máximo de clareza e representatividade, a fim de evitar distorções no estudo. Na validação clínica, por meio da realização de casos clínicos, ressalta-se a importância de reunir informações detalhadas que possibilitem representar a totalidade de uma situação. **Objetivo:** Realizar a validação de conteúdo e clínica da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa e qualitativa. **Resultados:** Os 97 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura para a Clínica Médica foram mapeados com os conceitos da CIPE® Versão 2017, obtendo-se 69 conceitos constantes e 28 conceitos não constantes. Em seguida, foi realizada a validação de conteúdo das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem por 37 enfermeiros especialistas, obtendo-se 94 validadas e três não validadas. Na etapa de validação clínica, foram realizados vinte estudos de casos clínicos com pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW, no período de setembro a dezembro de 2018. Foram elencados 95 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem e 438 conceitos de intervenções de enfermagem, perfazendo uma média de 4,6 intervenções por conceito de diagnóstico/resultados de enfermagem. Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, obtendo-se: Necessidades Psicobiológicas: 69 conceitos de diagnósticos/ resultados e 326 intervenções de enfermagem; Necessidades Psicossociais: 23 conceitos de diagnósticos/resultados e 100 intervenções de enfermagem; e Necessidades Psicoespirituais: 3 conceitos de diagnósticos/resultados e 12 intervenções de enfermagem. **Conclusão:** A validação de conteúdo e clínica operacionalizam e aperfeiçoam a Nomenclatura, atualizando seu conteúdo e promovendo à prática da clínica médica uma ferramenta facilitadora para aplicação do processo de enfermagem e, principalmente, um instrumento que valoriza a Enfermagem enquanto ciência do cuidar.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Terminologia Padronizada em Enfermagem.

ABSTRACT

MOURA, Rafaela de Melo Araújo. **Validation of the Nomenclature of diagnoses, results and nursing interventions for the medical clinic of the University Hospital Lauro Wanderley/UFPB.** 2019. 214p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introduction: In order to clarify and improve the specific concepts of Nursing, one should highlight the use of Nomenclatures, which serve as reference for the nursing care provided to the patient, without disregarding the clinical judgment of the nurse. In order to corroborate and improve terminologies used in nursing professional practice, validation studies should be carried out. In content validation, experts should evaluate the information content of each item with maximum clarity and representativeness in order to avoid distortions in the study. In the clinical validation, through clinical case studies, it is important to gather detailed information that allows representing the totality of a situation. **Objective:** To carry out the content and clinical validation of the Nomenclature of nursing diagnoses, outcomes and interventions for the Medical Clinic of HULW/UFPB. **Method:** This is a methodological study with a quantitative and qualitative approach. **Results:** The 97 concepts of nursing diagnoses/results of the Nomenclature for the Medical Clinic were mapped with the concepts of CIPE® Version 2017, obtaining 69 present concepts and 28 non-present concepts. Then, 37 nurses-specialists performed the content validation of the operational definitions of concepts of nursing diagnoses/outcomes, with 94 validated and three not validated. In the clinical validation stage, 20 case studies were performed with patients hospitalized in the HULW Medical Clinic, from September to December 2018. Ninety-five concepts of nursing diagnoses/outcomes and 438 concepts of nursing interventions were listed, with a mean of 4.6 interventions per concept of nursing diagnosis/outcome. Nursing diagnoses, outcomes and interventions were classified according to the Basic Human Needs of Horta, obtaining: Psychobiological Needs: 69 concepts of diagnoses/outcomes and 326 nursing interventions; Psychosocial needs: 23 concepts of diagnoses/outcomes and 100 nursing interventions; and Psychospiritual Needs: 3 concepts of diagnoses/outcomes and 12 nursing interventions. **Conclusion:** Content and clinical validation operationalize and improve the Nomenclature, updating its content and promoting the practice of the medical clinic as an enabling tool for the application of the nursing process and, especially, an instrument that values Nursing as a care science.

Keywords: Nursing; Nursing Process; Nursing diagnosis; Validation Studies; Standardized Terminology in Nursing.

RESUMEN

MOURA, Rafaela de Melo Araújo. **Validación de la Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para la clínica médica del Hospital Universitario Lauro Wanderley/UFPB.** 2019. 214h. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introducción: Con el fin de clarificar y perfeccionar los conceptos específicos de la Enfermería, se resalta la utilización de Nomenclaturas, que sirven como referencia para la asistencia de enfermería prestada al paciente, sin desconsiderar el juicio clínico del enfermero. A fin de corroborar y perfeccionar terminologías utilizadas en la práctica profesional de la Enfermería, se resalta la realización de estudios de validación. En la validación de contenido, los expertos deben evaluar el contenido de las informaciones de cada ítem con la máxima claridad y representatividad, con el fin de evitar distorsiones en el estudio. En la validación clínica, por medio de la realización de estudios de casos clínicos, se resalta la importancia de reunir informaciones detalladas que posibiliten representar la totalidad de una situación. **Objetivo:** Realizar la validación de contenido y clínica de la Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para la Clínica Médica del HULW/UFPB. **Método:** Se trata de un estudio metodológico con abordaje cuantitativo y cualitativo. **Resultados:** Los 97 conceptos de diagnósticos/resultados de enfermería de la Nomenclatura para la Clínica Médica fueron mapeados con los conceptos de la CIPE® Versión 2017, obteniéndose 69 conceptos constantes y 28 conceptos no constantes. A continuación, se realizó la validación de contenido de las definiciones operativas de los conceptos de diagnósticos/resultados de enfermería por 37 enfermeros especialistas, obteniéndose 94 validadas y tres no validadas. En la etapa de validación clínica, se realizaron veinte estudios de caso con pacientes hospitalizados en la Clínica Médica del HULW, en el período de septiembre a diciembre de 2018. Se enumeraron 95 conceptos de diagnósticos/resultados de enfermería y 438 conceptos de intervenciones de enfermería, promedio de 4,6 intervenciones por concepto de diagnóstico/resultado de enfermería. Los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería fueron clasificados de acuerdo con las Necesidades Humanas Básicas de Horta, obteniéndose: Necesidades Psicobiológicas: 69 conceptos de diagnósticos/resultados y 326 intervenciones de enfermería; Necesidades Psicosociales: 23 conceptos de diagnósticos/resultados y 100 intervenciones de enfermería; y Necesidades Psicoespirituales: 3 conceptos de diagnósticos / resultados y 12 intervenciones de enfermería. **Conclusión:** La validación de contenido y clínica operacionaliza y perfecciona la Nomenclatura, actualizando su contenido y promoviendo a la práctica de la clínica médica una herramienta facilitadora para la aplicación del proceso de enfermería y, principalmente, un instrumento que valora la Enfermería como ciencia del cuidar.

Descriptores: Enfermería; Proceso de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Estudios de Validación; Terminología Estandarizada en Enfermería.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	14
1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivos	19
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Processo de Enfermagem	20
2.2	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)	22
3	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1	Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta	27
3.2	Horta e o Processo de Enfermagem	28
3.3	Necessidades Humanas Básicas: Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais	31
4	METODOLOGIA	34
4.1	Tipo de estudo	34
4.2	Local de estudo	34
4.3	Crterios de inclusão e exclusão para os enfermeiros especialistas e pacientes	35
4.4	Etapas de desenvolvimentos da pesquisa	36
4.4.1	Primeira etapa da pesquisa: construção e validação das definições operacionais	36
4.4.1.1	Mapeamento cruzado	36
4.4.1.2	Construção das definições operacionais	38
4.4.1.3	Validação por grupo de especialista das definições construídas	39
4.4.2	Segunda etapa da pesquisa: validação clínica	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	Primeira etapa da pesquisa: Construção e validação das definições operacionais	42
5.1.1	Mapeamento cruzado	42

5.1.2	Construção de validação das definições operacionais	48
5.2	Segunda etapa da pesquisa: validação clínica	66
5.2.1	Estudos de Casos Clínicos	67
5.2.1.1	Análise dos estudos de casos clínicos como caso único	80
5.2.1.1.1	Necessidades Psicobiológicas	81
5.2.1.1.2	Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICES	126
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Validação por Especialistas)	126
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente ou Responsável Legal)	127
	Apêndice C - Recorte do instrumento de Avaliação das Definições Operacionais dos Conceitos de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB	128
	Apêndice D - Instrumento de coleta de dados	129
	Apêndice E - Estudos de casos clínicos	132
	ANEXOS	211
	Anexo A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	211

APRESENTAÇÃO

A origem deste estudo é pertinente à minha trajetória acadêmica. Em 2004, prestei vestibular e iniciei o curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e em 2005, tive a oportunidade de participar de um processo seletivo com a Professora Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega com a finalidade de vincular-me à pesquisa. Durante quatro anos (2005-2008) fui aluna bolsista do Programa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e me tornei membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre a Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE).

A partir desse momento adquiri conhecimentos acerca de alguns conceitos importantes para a nossa profissão, como o Processo de Enfermagem, a Linguagem Padronizada em Enfermagem e os Sistemas de Classificação em Enfermagem, especialmente sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ[®]). Tão logo me aproximei da temática, criei afinidade, corroborando o entendimento de que o desenvolvimento destes estudos favorece a visibilidade e o reconhecimento profissional da nossa categoria.

À época me engajei no projeto de pesquisa intitulado: “Identificação de dados essenciais de enfermagem para a inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional”, no subprojeto: “Construção de banco de termos da linguagem especial de enfermagem”, culminando com o meu trabalho de conclusão de curso: “Banco de termos da linguagem especial de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal do HULW/UFPB”.

Após a conclusão da Graduação, não pude dar continuidade ao desejo de cursar o Mestrado Acadêmico desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPB. Não obstante, iniciei minha vida profissional como enfermeira assistencial e continuei estudando com foco em outros objetivos possíveis para o momento. Em 2015, retornei à minha casa de formação prática, o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), por meio da realização de concurso público, sendo lotada na Clínica Médica.

A partir de 2016, retomei ativamente à participação das reuniões no GEPFAE, apresentando trabalhos em Congressos, bem como apreciando os trabalhos desenvolvidos por Mestrandas da Professora Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega sobre os estudos de Validação realizados nas clínicas Pediátrica e Cirúrgica do HULW, embasados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta. A partir disso, senti-me interessada em dar

continuidade à mesma temática voltada à Clínica Médica do HULW, não somente devido à afinidade criada, mas por compreender e vivenciar na prática que a ausência de uma Nomenclatura validada pode se tornar um fator dificultador para o desenvolvimento de uma assistência individualizada, qualificada e resolutive aos pacientes.

No ano subsequente (2017) me submeti ao processo seletivo do Mestrado Acadêmico do PPGENF/UFPB, obtendo êxito com o projeto de pesquisa que já continha o mesmo título dessa dissertação, desenvolvido a partir dos resultados da Nomenclatura de “Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE[®]” apresentados para a Clínica Médica.

Esta dissertação foi elaborada conforme as normas vigentes para estruturação de dissertações e teses (modelo clássico) do PPGENF/UFPB, sendo composta por: Introdução, Revisão da literatura, Fundamentação teórica, Metodologia, Resultados e Discussão, Considerações finais, Referências, Apêndices e Anexos.

Na Introdução, discorro sobre a utilização dos conceitos da Enfermagem como essenciais na representação de sua prática, base do seu conhecimento e da comunicação profissional. Ressalto a importância da utilização do referencial teórico escolhido e a opção pela utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]). Também são evidenciados as questões norteadoras e os objetivos do estudo. Na Revisão da literatura, são abordados os tópicos: Processo de Enfermagem e CIPE[®]. A Fundamentação teórica foi construída em duas partes: na primeira, apresenta-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, em que discorro sobre a trajetória acadêmica da teórica, os conceitos principais e definições da Teoria; e na segunda parte, realizou-se uma correlação das etapas do Processo de Enfermagem desenvolvidas por Horta e pela Resolução COFEN 358/2009. Na Metodologia, é descrito o tipo, o local, os critérios de inclusão e exclusão do estudo e as etapas de desenvolvimento da pesquisa. Nos Resultados e Discussão, apresenta-se o desenvolvimento e análise das etapas: mapeamento cruzado; construção e validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, classificados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta; listam-se as intervenções de enfermagem identificadas nos estudos de casos por conceito de diagnóstico/resultados de enfermagem; exemplifica-se, por meio do primeiro estudo de caso, todas as etapas do processo de enfermagem desenvolvidas no estudo; e analisa-se todos os estudos de casos realizados, como caso único. As Considerações finais, sintetizam a contribuição do estudo para a Enfermagem e destacam a importância da Nomenclatura para a

Clínica Médica como ferramenta que favorece a prática profissional. Nas Referências, listam-se todos os trabalhos utilizados na construção dessa dissertação.

1 INTRODUÇÃO

Conceito é um termo originado no latim *conceptus* que significa a representação de um objeto pelo pensamento por meio de suas características gerais, traduzindo a essência da realidade (MICHAELIS, 2018). Na Enfermagem, os conceitos são essenciais na representação de sua prática, são a base do conhecimento e da comunicação profissional, fornecendo subsídios para a construção do seu vocabulário próprio e padronizado (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). Nessa perspectiva, os sistemas de classificação em enfermagem ou taxonomias são utilizados como forma de organizar os conceitos centrais da Enfermagem, agrupando-os de acordo com suas características comuns. Precisa-se desenvolver esses conceitos específicos para posteriormente classificá-los, de forma que eles possam representar a prática profissional do enfermeiro (BARROS; LEMOS, 2017).

Com a finalidade de clarificar e aprimorar os conceitos específicos da Enfermagem, ressalta-se a utilização de Nomenclaturas, que servem como referência para a assistência de enfermagem prestada ao paciente, sem desconsiderar o julgamento clínico do enfermeiro (NÓBREGA et al., 2018). No Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) foram realizados vários estudos voltados para o uso de Nomenclaturas, buscando-se contribuir para as ações assistenciais e para a documentação da prática da Enfermagem. Dentre esses estudos, destaca-se a “Nomenclatura de Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®” (NÓBREGA et al., 2011).

Na referida Nomenclatura, foram identificados inicialmente 117 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para pacientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB, os quais foram uniformizados, retirados às repetições, e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta. Essa classificação foi submetida à apreciação dos colaboradores do estudo para validar se os diagnósticos/resultados de enfermagem estavam corretamente classificados em relação às necessidades. Foram validados 101 enunciados, assim distribuídos: 71 nas Necessidades Psicobiológicas, 27 nas Necessidades Psicossociais e três na Necessidade Psicoespiritual. Sugere-se a validação clínica dos enunciados, por meio da realização de estudos de casos clínicos, utilizando-se o processo de enfermagem, seguindo as cinco etapas, associado à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), e, tendo como fundamentação teórica, o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta (NÓBREGA et al., 2011).

Na clínica médica do HULW/UFPB, o perfil de internamento está relacionado ao paciente acometido por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são consideradas um grave problema de saúde pública, pois possuem etiologia multifatorial, manifestam-se de forma gradual e têm longa ou indefinida duração, apresentando possíveis períodos de agudização, que podem levar à incapacidades. As quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Elas possuem quatro fatores de risco modificáveis em comum: tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso nocivo de álcool (BRASIL, 2011). Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 38 milhões de óbitos em 2012 por DCNT, 16 milhões (42%) eram prematuras (antes dos 70 anos) e evitáveis, sendo necessárias medidas governamentais urgentes para alcançar metas na redução de vidas perdidas (OMS, 2015).

As DCNT tornam-se descompensadas, em sua maioria, quando não tratadas de forma adequada, constituindo-se em sérios problemas ao indivíduo, os quais repercutem de forma negativa em seu cotidiano e dificultam a realização de suas atividades habituais, interferindo, portanto, na sua autonomia, independência e capacidade funcional. Em decorrência de alguma DCNT, juntamente com estilo de vida inadequado à manutenção da saúde, o indivíduo torna-se mais vulnerável ao processo de adoecer, aumentando o risco potencial para o processo da hospitalização (CHIBANTE et al., 2015). Desse modo, suscita-se ao enfermeiro prestar cuidados a um paciente crônico, com possibilidade de internamento prolongado, tornando-se pertinente desenvolver uma assistência de enfermagem sistematizada, qualificada e resolutive.

Na perspectiva de implementar essa assistência de enfermagem organizada e efetiva, utiliza-se como método o Processo de Enfermagem. De acordo a Resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): coleta sistemática e contínua de informações relacionadas ao paciente; Diagnóstico de Enfermagem: análise da informação coletada para identificar os problemas do paciente, necessidades e recursos; Planejamento de Enfermagem: desenvolvimento de um plano de cuidados, onde se prescrevem intervenções para obter resultados esperados; Implementação: as intervenções identificadas são realizadas; e Avaliação de Enfermagem: a precisão dos diagnósticos e a efetividade das intervenções são avaliadas em relação ao progresso do paciente (COFEN, 2009).

Analisando-o como a base que sustenta e direciona o cuidado assistencial, o Processo de Enfermagem fornece subsídios para a construção do conhecimento de modo deliberado, sistemático e contínuo, além de fortalecer a prática profissional no que se refere à

comunicação multiprofissional e aos registros das ações assistenciais executadas (GARCIA, 2016). Dentre as terminologias de enfermagem publicadas, optou-se neste estudo pela utilização da CIPE[®], por ser um instrumento amplo e de grande representatividade na prática da Enfermagem no âmbito mundial. Desde 2005 a CIPE[®] possui modelo multiaxial, facilitando o desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos. A construção dos Subconjuntos da CIPE[®] agiliza o trabalho manual da Enfermagem, bem como gera possibilidade de introduzir o registro eletrônico na assistência ao paciente, além de permitir a composição de nomenclaturas com termos da linguagem regional, favorecendo a elaboração de subconjuntos de acordo com áreas específicas, tornando-se algo inovador frente aos demais sistemas de classificação (NÓBREGA et al., 2018).

O uso da CIPE[®] facilita o raciocínio clínico e a comunicação profissional, estabelecendo padrões de cuidados universais e, conseqüentemente, proporcionando melhoria na qualidade da assistência, por meio da sistematização, do registro e da quantificação do atendimento de enfermagem prestado ao cliente (GARCIA, 2018). No entanto, a CIPE[®] ainda possui conceitos que devem ser mais estudados, razão pela qual o processo de validação se faz imprescindível. Tal processo ocorrerá no sentido de tornar esses conceitos cada vez mais aperfeiçoados e seguros para a prática de enfermagem, de forma que o entendimento e a sua utilização ocorram de maneira universal, além de adaptar-se à realidade do paciente, suscitando um conhecimento ativo e necessário para o dia-a-dia do profissional. A inquietação dos pesquisadores em constatar se um diagnóstico é clinicamente válido justifica-se pelo grau de representatividade das linguagens uniformizadas e sistemas de classificação à prática clínica do enfermeiro, tornando-se uma ferramenta chave ao subsidiar uma assistência muito mais eficaz. Nesse contexto, diferentes métodos foram desenvolvidos para realizar a validação de diagnósticos/resultados de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013).

A fim de corroborar e aperfeiçoar terminologias utilizadas na prática profissional da Enfermagem, ressalta-se a realização de estudos de validação. Os pesquisadores têm demonstrado preocupação em avaliar seus resultados com instrumentos que retratem a legitimidade e credibilidade da pesquisa realizada, reforçando a necessidade dos estudos de validação de modo criterioso. Na validação de conteúdo, os especialistas devem avaliar o teor das informações de cada item com o máximo de clareza e representatividade, a fim de evitar distorções no estudo (MEDEIROS, 2015). Na validação clínica, por meio da realização de estudos de casos clínicos, ressalta-se a importância de reunir informações detalhadas que possibilitem representar a totalidade de uma situação. O estudo de caso investiga fenômenos

em um contexto de vida real, com o objetivo de delinear e elucidar o caso ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno (YIN, 2010).

Sabe-se que existem diferentes modelos conceituais aplicáveis à Enfermagem, porém optou-se neste estudo pela utilização do modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, não somente por ser a Teoria utilizada nos estudos anteriores realizados no âmbito do HULW, mas por corroborar o entendimento de que o ser humano possui Necessidades Psicobiológicas, relacionadas ao corpo físico dos indivíduos; Necessidades Psicossociais, relacionadas à convivência com outros indivíduos; e Necessidade Psicoespirituais, relacionadas aos valores e crenças dos indivíduos. Tais Necessidades estão intimamente interligadas e possuem características universais, ou seja, são comuns a todos os seres humanos. Mas, apesar de seu atributo universal, as Necessidades sofrem variação entre um indivíduo e outro de modo individualizado, cabendo ao enfermeiro desempenhar as funções que lhe competem, a fim de reverter as necessidades do indivíduo em desequilíbrio (HORTA, 2011).

Diante do exposto, questiona-se: Com base na literatura da área, podem ser desenvolvidas definições operacionais para os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para os pacientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB? Que enunciados da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem serão validados clinicamente com os pacientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB?

Espera-se, com a realização deste estudo, validar a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, e comprovar a eficácia dessa ferramenta na assistência de enfermagem prestada aos pacientes hospitalizados, favorecendo o uso de uma linguagem unificada. Para tanto, tornam-se imprescindíveis a construção de definições operacionais e a validação clínica com pacientes hospitalizados, como etapas necessárias à contribuição para a prática profissional, pesquisa e o ensino na Enfermagem.

1.1 OBJETIVOS

❖ Elaborar definições operacionais para os enunciados de diagnósticos, resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB;

❖ Realizar a validação clínica de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem contidos na referida Nomenclatura, com pacientes hospitalizados na clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley /UFPB.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Processo de Enfermagem

Lydia Hall afirmou, em 1955, que a “Enfermagem é um processo” e a definiu em quatro perspectivas: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. Em 1961, com o intuito de explicar o cuidado de enfermagem, Ida Orlando utilizou o conceito *Processo de Enfermagem* pela primeira vez, apresentando três componentes: comportamento do paciente; reação do enfermeiro e ação. Virginia Bonney e June Rothberg, em 1963, sem utilizar a expressão *Processo de Enfermagem*, faz uso de termos do processo e desenvolvem quatro fases, que são: dados sociais e físicos, diagnósticos de enfermagem, terapia de enfermagem e prognósticos de enfermagem. Em 1967, um grupo da Universidade Católica identificou quatro fases do Processo de Enfermagem: levantamento (incluindo o diagnóstico de enfermagem), planejamento, implementação e avaliação. Posteriormente, em 1970, para Lucile Lewis, descreveu o Processo de Enfermagem contendo três fases: levantamento (identificação do problema e estabelecimento de prioridade), intervenção e avaliação. Ressalta-se que, a primeira fase inclui o diagnóstico de enfermagem, embora a autora não tenha identificado desse modo (BARROS; LEMOS; CARVALHO, 2017).

Observa-se que o conceito “Processo de Enfermagem” não é novo, o qual sofreu modificações ao longo dos anos e foi descrito por meio de três gerações de pensamentos: primeira geração de 1950 a 1970, marcada pelos “problemas e processo”; segunda geração de 1970 a 1990, marcada pelo “diagnóstico e raciocínio”; e terceira geração de 1990 em diante, influenciada pela “especificação de resultados”. A etapa “diagnóstico de enfermagem” só foi acrescentada como fase a partir da década de 1970, quando as teóricas Bloch, Roy, Aspinall, Mundinger e Jauron desenvolveram um modelo de Processo de Enfermagem em cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (BARROS; LEMOS; CARVALHO, 2017).

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução COFEN 358/2009 sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem. De acordo com a Resolução, a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem” (COFEN, 2009, p.1), sendo preconizada sua utilização em ambientes públicos ou privados em que ocorra o cuidado de enfermagem. E o Processo de Enfermagem “um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de

Enfermagem e a documentação da prática profissional” (COFEN, 2009, p.1), que corrobora a contribuição da Enfermagem na assistência à saúde da população, acrescentando visibilidade e reconhecimento profissional à categoria, sendo organizado em cinco etapas: coleta de dados (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Ressalta-se que, as etapas do Processo de Enfermagem são inter-relacionadas e dinâmicas, sendo divididas apenas por motivos didáticos (COFEN, 2009).

Na primeira etapa do Processo de Enfermagem, coleta de dados (ou Histórico de Enfermagem), ocorre a averiguação de informações relacionadas ao estado de saúde do paciente, família ou coletividade humana, obtendo o propósito de identificar as necessidades ou problemas afetados, sendo imprescindível a realização da coleta os dados de modo completo e fidedigno (TANNURE, 2011).

De acordo com Alfaro-LeFevre (2014), uma investigação sistemática e precisa pode ser realizada em cinco passos: a) Coleta de dados: existem dois tipos de dados, os dados diretos, coletados diretamente com o paciente por meio do exame físico; e os dados indiretos, obtidos a partir do relato de familiares e/ou profissionais de saúde, dos registros da equipe multidisciplinar no prontuário de saúde, dos resultados de exames laboratoriais, entre outros. Os dados coletados são classificados em duas classes: objetivos, tudo que é observável; e subjetivo, tudo que é afirmado pelo indivíduo e/ou família. A investigação correta dos dados possibilitará ao enfermeiro um julgamento ou uma inferência sobre a existência ou não de uma necessidade ou problema de saúde; b) Validação dos dados: haverá a verificação se os dados coletados são reais e se estão completos, de modo a evitar erros na identificação de necessidades ou a ausência de dados relevantes; c) Agrupamento dos dados: as informações relacionadas devem ser agrupadas, de modo que o enfermeiro possa desenvolver o pensamento crítico, ou seja, baseado em evidências, o que pode ser realizado por meio da utilização de instrumentos de investigação, garantindo a avaliação holística do indivíduo, sob os aspectos Psicobiológicos, Psicossociais e Psicoespirituais; d) Identificação de padrões: deve ser identificado quais os fatores que desencadeiam ou que estão relacionados com o problema de saúde relatado pelo indivíduo ou observado pelo enfermeiro; e) Comunicação e registro de dados: as informações identificadas fora da normalidade devem ser comunicadas aos demais membros da equipe de saúde, bem como registrados com exatidão no prontuário do paciente.

Na segunda etapa, Diagnóstico de Enfermagem, ocorre a análise detalhada e a interpretação dos dados coletados na primeira etapa, baseando-se nos problemas reais, que

estão relacionados ao presente, e nos problemas em potencial, relacionados ao futuro, listando os diagnósticos em ordem de prioridade, de acordo com o grau de ameaça ao bem-estar do indivíduo. Percebe-se então que, após a identificação e o reconhecimento dos sinais reais ou potenciais do indivíduo, caberá ao enfermeiro agrupá-los, interpretá-los, elaborar as hipóteses de diagnósticos e determinar qual conceito de diagnóstico que mais se adequa ao agrupamento de dados em questão (TANNURE, 2011).

A terceira etapa, Planejamento da Assistência de Enfermagem, constitui-se como o plano de ações idealizados pelo enfermeiro, a fim de alcançar os resultados esperados pertinentes aos diagnósticos de enfermagem traçados. Ressalta-se que, os resultados esperados são essenciais nessa etapa, estabelecendo-se como um indicador de sucesso do planejamento e devem ser coerentes com os recursos disponíveis para o indivíduo, família e instituição de saúde, devendo-se estabelecer o prazo em que se espera alcançá-los (TANNURE, 2011).

Na quarta etapa, Implementação, são executadas as ações prescritas no planejamento da assistência de enfermagem, e envolve a realização e documentação da ação executada pelo enfermeiro e demais participantes do cuidado ao paciente (TANNURE, 2011).

Na quinta e última etapa, avaliação de enfermagem, o enfermeiro afere as respostas do paciente ao plano de cuidados prescrito, por meio da observação direta, do relato do paciente, família ou equipe multiprofissional, das anotações no prontuário de saúde e/ou dos exames laboratoriais. De acordo com o progresso do paciente, institui-se medidas de correção ou executa-se novas ações, em qualquer etapa do Processo de Enfermagem (TANNURE, 2011). De acordo com Alfaro-LeFevre (2014), a execução de uma avaliação criteriosa e minuciosa faz a diferença no fornecimento de uma assistência de enfermagem eficaz.

2.2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)

As primeiras classificações relevantes para a prática da Enfermagem foram desenvolvidas na década de 1960 nos Estados Unidos, por Faye Abdellah, com os *21 problemas de Abdellah* e por Virginia Henderson, com a lista das *14 necessidades humanas básicas*. À época, essas classificações tiveram aplicabilidade tanto no ensino como na prática, colaborando com a mudança da percepção da Enfermagem sobre o cuidado, que passou a preocupar-se com a observação das necessidades do paciente e, posteriormente, com os diagnósticos de enfermagem. Em 1973, ocorre nos Estados Unidos a 1ª Conferência Nacional

do Grupo Norte-Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, sendo considerado o marco inicial na construção dos sistemas de classificação. A partir disso, ao longo dos anos, desenvolveram-se diversas taxonomias reconhecidas pela Enfermagem, tais como: NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (BARROS; LEMOS, 2017).

A CIPE® foi elaborada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e vem se desenvolvendo há 30 anos, solidificando-se mundialmente como um instrumento para uniformizar a comunicação entre os profissionais de enfermagem, visando a representar a sua prática assistencial. A sua primeira publicação foi a CIPE® Versão Alfa: Um Marco Unificador, divulgada em 1996. Na continuidade, foram lançadas a CIPE® Beta, em 1999 e a CIPE® Beta 2, em 2001, lembrando que a Versão Beta 2 estabeleceu-se mais como uma revisão editorial, do que como uma nova versão da CIPE®. Em 2005, foi divulgada a CIPE® Versão 1.0, tornando-se um marco dos sistemas classificatórios para a prática de enfermagem, pois trouxe algumas diferenças estruturais inovadoras, destacando-se o Modelo de Sete Eixos (Quadro 1), são eles: Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização e Cliente (GARCIA, 2018).

Quadro 1 - Eixos da CIPE® Versão 1.0.

Eixo	Definição	Exemplos de termos
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem.	Dor - Eliminação - Expectativa de vida - Conhecimento
Julgamento	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem.	Risco de - Aumentado - Interrompido - Melhorado
Meios	Maneira ou método de executar uma intervenção.	Bandagem - Cateter urinário - Técnica de respiração
Ação	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente.	Promover - Encorajar - Entrevistar - Aliviar
Tempo	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.	Admissão - Período Pré-natal - Intermitente
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções.	Anterior - Cavidade Torácica - Creche - Hospital-dia
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é beneficiado de uma intervenção de enfermagem.	Criança - Pai - Família - Comunidade

Fonte: Garcia (2018).

O Modelo de Sete Eixos trouxe mais simplificação ao uso da CIPE[®], permitindo o mapeamento cruzado de termos e resolvendo, em sua maioria, problemas de ambiguidade e redundância de vocabulários. Após a Versão 1.0, as seis versões da CIPE[®] lançadas até o ano de 2018 possuem o modelo multiaxial, a saber: a Versão 1.1, em 2008, contendo 2.499 termos; a Versão 2.0, em 2009, contendo 2.842 termos; a Versão 2011, em 2011, contendo 3.290 termos; a Versão 2013, em 2013, contendo 3.894 termos; a Versão 2015, em 2015, contendo 4.212 termos; e a Versão 2017, em 2017, publicada com 4.326 termos (Quadro 2), distribuídos entre dez conceitos organizadores, 1.915 conceitos pré-coordenados e 2.401 conceitos primitivos (GARCIA, 2018).

Quadro 2 - Distribuição dos conceitos da CIPE[®] Versão 2017.

Conceitos da CIPE[®] Versão 2017	Quantidade
Conceitos organizadores	10
Conceitos pré-coordenados	1.915
Diagnósticos/Resultados de enfermagem	852
Intervenções de enfermagem	1.063
Conceitos primitivos	2.401
Foco	1.418
Julgamento	45
Ação	232
Localização	259
Meios	346
Tempo	69
Cliente	32
TOTAL DE CONCEITOS	4.326

Fonte: Garcia (2018).

A CIPE[®] Versão 2017 possui o modelo multiaxial e, desse modo, pode-se mesclar a normalização das definições dos termos já existentes com os termos da linguagem regional ou local, pois seu formato tem caráter composicional, dando oportunidade aos enfermeiros de realizar cruzamentos com outras nomenclaturas e, de forma específica, construir subconjuntos terminológicos, de acordo com a especialidade de saúde ou contextos de cuidado. Entre as principais alterações realizadas na edição de 2017, estão: inclusão de 114 conceitos, sendo 47 diagnósticos/resultados de enfermagem, 44 intervenções de enfermagem, 22 no eixo Foco e 1 no eixo Meios; alterações editoriais de 25 conceitos, visando à correção de imprecisões conceituais e/ou grafia; inativação de quatro conceitos e realocação e recodificação de três dos quatro conceitos inativados (GARCIA, 2018).

As orientações para a elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, baseiam-se CIPE® e na ISO 18104:2014 (ISO, 2014), que possui duas categorizações: a) diagnósticos de enfermagem e b) ações de enfermagem. Para representar os resultados esperados de enfermagem, os padrões descritos na estrutura categorial dos diagnósticos de enfermagem são suficientes, não sendo necessário uma categoria específica para representar os resultados de enfermagem (GARCIA, 2018). Desse modo, ao combinar termos, os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem são produzidos, possibilitando o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos específicos, método que tem sido objeto de pesquisa em programas brasileiros de pós-graduação nos últimos anos (NÓBREGA et al., 2015).

Desde 2005 o CIE propôs o desenvolvimento dos Subconjuntos Terminológicos, que elencam enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionados a clientelas específicas (indivíduo, família ou comunidade), a prioridades de saúde (em condições específicas de saúde ou especialidades de cuidados) ou a fenômenos de enfermagem, com o intuito de otimizar a utilização da CIPE®, tornando-a uma ferramenta acessível ao profissional de enfermagem. A construção dos subconjuntos terminológicos requer rigor metodológico por parte dos pesquisadores, evitando a perda de dados importantes e garantindo a qualidade do produto da pesquisa. Ressalta-se que, com a construção dos Subconjuntos, permite-se a troca de dados entre clientelas em todo o mundo, favorecendo assim, o desenvolvimento de uma linguagem unificada que identifica e avalia os elementos da prática clínica, favorecendo o processo de decisão clínica do enfermeiro (GARCIA, 2018).

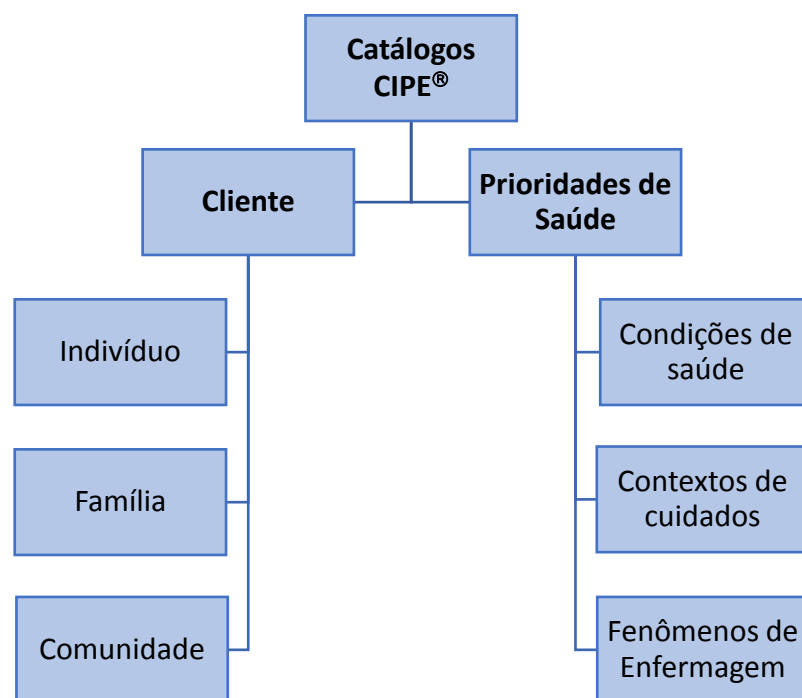
A composição de Subconjuntos da CIPE® remetem a uma necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descreverem os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem adequadas para áreas particulares de cuidados. O objetivo dos Subconjuntos é desenvolver dados consistentes que descrevam o trabalho da Enfermagem, tornando-se uma referência de fácil acesso para os enfermeiros no seu singular contexto de cuidados. O registro desses cuidados de enfermagem utilizando a CIPE® irá melhorar a segurança e a qualidade do atendimento prestado ao cliente, além de fornecer dados sistemáticos e recuperáveis acerca dos cuidados de saúde no âmbito mundial, permitindo o mapeamento para outros sistemas de classificação em enfermagem (CIE, 2009).

Os Subconjuntos retratam a realidade da prática de enfermagem e são destinados às áreas de especialidades clínicas. Em 2010, um modelo de desenvolvimento de subconjuntos terminológicos CIPE® foi publicado, envolvendo os três principais elementos do ciclo de vida

dessa terminologia e seis etapas assim distribuídas: 1) Desenvolvimento e pesquisa: a) Identificação do(s) cliente(s) e prioridade de saúde; b) Coleta de termos e conceitos relevantes para a prioridade; 2) Operacionalidade e manutenção: c) Mapeamento dos conceitos identificados com a terminologia da CIPE®; d) Modelagem de novos conceitos; 3) Divulgação e educação: e) Finalização de um catálogo; f) Divulgação do Catálogo (COENEN; KIM, 2010). O desenvolvimento dessas etapas requer a atenção criteriosa por parte de quem as executa, já que a construção de subconjuntos é uma estratégia tecnológica relevante para a sistematização do cuidado profissional, conferindo visibilidade à Enfermagem nos mais variados contextos de sua prática assistencial (CLARES et al., 2016).

Para o desenvolvimento dos Subconjuntos Terminológicos, o quadro de referências dos Catálogos CIPE® (Figura 1) inclui o cliente ou clientes e o enfoque em uma prioridade de saúde claramente definida. O cliente define-se como os indivíduos, famílias ou comunidades que recebem assistência de enfermagem (CIE, 2009).

Figura 1 - Quadro de referência dos Catálogos CIPE®. João Pessoa, 2019.



Fonte: CIE, 2009.

As prioridades de saúde condiz com três áreas: condições de saúde (tuberculose, doença cardíaca, diabetes, depressa, saúde mental, entre outros), especialidades de saúde ou contextos de cuidados (cuidados oncológicos, cuidados no fim da vida (paliativos),

enfermagem materna e obstétrica, saúde da mulher, entre outros) e fenômenos de enfermagem (dor, fadiga, autocuidado, incontinência urinária, entre outros) (CIE, 2009).


3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta

Nascida em 1926 na cidade de Belém do Pará, Wanda de Aguiar Horta graduou-se em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP em 1948. Posteriormente, concluiu Licenciatura em História Natural (1953), Pós-graduação em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem (1962) e recebeu título de Doutor e Docente Livre em Fundamentos de Enfermagem (1968) (LEOPARDI, 2006), sendo considerada a primeira enfermeira brasileira que deu destaque à relevância profissional das Teorias de Enfermagem.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta foi publicada em 1979, desenvolvendo-se a partir da Teoria da Motivação Humana, de Abraham Maslow, baseado nas necessidades humanas básicas. Porém, Horta optou pela utilização da denominação de João Mohana, hierarquizadas em três níveis: Psicobiológico, Psicossocial e Psicoespiritual, sendo os dois primeiros níveis comuns a todos os seres vivos e o terceiro classificado como característica singular do ser humano (Figura 2). Ressalta-se que, as Necessidades estão inter-relacionadas, uma vez que o homem é um ser indivisível e não a soma de suas partes, por isso, todas elas se alteram (em maior ou menor intensidade) quando qualquer uma se manifesta (HORTA, 2011).

Figura 2 - Necessidades Humanas Básica de Horta. João Pessoa, 2019.



Necessidades Psicoespirituais	• São aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos.
Necessidades Psicossociais	• São relacionadas com a convivência entre os seres humanos.
Necessidades Psicobiológicas	• São relacionadas com o corpo físico do indivíduo.

O modelo conceitual de Horta ampara-se em três leis gerais que regem os fenômenos naturais: a) Lei do equilíbrio: refere-se a interação do ser humano com o universo de modo constante, levando a estados de equilíbrios e desequilíbrios; b) Lei da adaptação: refere-se ao potencial de adaptação do ser humano com o meio em que se encontra, em busca do equilíbrio; e c) Lei do holismo: refere-se a ideia de que o homem e o universo formam uma

entidade única, completa e intimamente associada, de modo que suas propriedades não podem ser descritas por meio de suas partes, buscando continuamente o equilíbrio. Na existência do equilíbrio dinâmico, as necessidades estarão latentes, surgindo com maior ou menor intensidade a depender do desequilíbrio estabelecido. As situações geradas a partir dos desequilíbrios das necessidades básicas do ser humano, são denominados como problemas de enfermagem e necessitam de sua intervenção profissional (HORTA, 2011).

Conceitua-se que a Enfermagem consiste na ciência e arte de assistir o indivíduo, família ou coletividade humana, no que se refere às suas necessidades básicas, com a finalidade de torná-lo independente desta assistência, seja na recuperação, manutenção ou promoção de sua saúde, “valendo-se para isso dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-química, biológicas e psicossociais” (HORTA, 2011, p.30). O assistir em enfermagem trata-se de fazer aquilo que o indivíduo, família ou coletividade humana não pode fazer por si só naquele momento; trata-se de auxiliar, orientar e/ou supervisionar, quando o ser humano está parcial ou totalmente impossibilitado de realizar o autocuidado (HORTA, 2011). De acordo com Horta (2011, p.32), a Enfermagem possui seis princípios:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; - A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; - Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; - A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade; - A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Partindo desses conceitos, infere-se as funções do enfermeiro sob três aspectos: área específica, área social e área de interdependência. Na área específica, o enfermeiro deve assistir o ser humano (e não o seu desequilíbrio) de modo a satisfazer suas necessidades humanas básicas, ensinando o autocuidado sempre que possível. No âmbito da área social, deve-se atuar no ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, e por melhorias assistenciais, associando-se à classe. Na área de interdependência, o enfermeiro deve compreender sua atividade como parte integrante da equipe de saúde, referente à manutenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, família ou coletividade humana (HORTA, 2011).

3.2 Horta e o Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem trata-se da “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano” (HORTA, 2011, p.34), sendo descrito em seis etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem (HORTA, 2011).

A primeira etapa, Histórico de Enfermagem, é definida como “o roteiro sistematizado para levantamento de dados do ser humano (significativos para o enfermeiro) que tornam possível a identificação de seus problemas” (HORTA, 2011, p.40) e deve contemplar: a identificação do paciente (nome completo, idade, enfermaria, leito, número do registro); os hábitos, relacionando-os unicamente aos componentes das necessidades humana básicas (meio ambiente, cuidado corporal, eliminação); as informações do exame físico (condições gerais, sinais vitais, condições físicas, queixas do paciente e problemas identificados); os problemas de saúde (percepção do paciente, necessidades relatadas por ele, significado atribuído pelo paciente acerca de todo o sistema doença-hospital-equipe de saúde); observações do paciente (evolução do paciente); e conclusões (problemas identificados, análise dos problemas, identificação da necessidades, diagnósticos de enfermagem) (HORTA, 2011).

A segunda etapa, Diagnóstico de Enfermagem, “consiste na identificação das necessidades básicas do ser humano que precisa de atendimento e na determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão” (HORTA, 2011, p.59). Considera-se, portanto, que essa etapa contempla duas dimensões: identificação das necessidades e determinação do grau de dependência (que poder ser total ou parcial, baseando-se na capacidade do paciente em participar do seu cuidado) (HORTA, 2011).

A terceira etapa, Plano Assistencial “resulta da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência” (HORTA, 2011, p.67). Desse modo, verifica-se continuamente a execução dos cuidados prescritos e, caso surjam novas Necessidades, deve-se acrescentar novos cuidados a serem implementados (HORTA, 2011).

A quarta etapa, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, “é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano” (HORTA, 2011, p.67).

Essa etapa deve ser sucinta, clara e específica, com um objetivo operacional e utilizar o verbo no infinitivo, correspondente ao grau de dependência do paciente com a Enfermagem. Se a dependência for total, utiliza-se: banhar, executar, aplicar, entre outros; se a dependência for parcial (correspondente à ajuda, orientação, supervisão ou encaminhamento), utiliza-se: ajudar, acompanhar, orientar, esclarecer, observar, avaliar, encaminhar, conduzir, entre outros. (HORTA, 2011).

A quinta etapa, Evolução de Enfermagem, “é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional” (HORTA, 2011, p.68). Trata-se, portanto, de uma avaliação da prescrição de enfermagem implementada. A partir da evolução de enfermagem pode haver mudanças nas três etapas anteriores (diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e prescrição de enfermagem), e, para isso, deve ser redigida de forma concisa e clara, evitando-se repetições das anotações (HORTA, 2011).

E a sexta e última etapa, Prognóstico de Enfermagem, “é a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas após implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (HORTA, 2011, p.69). Essa etapa mensura as fases anteriores e aborda uma conclusão, indicando se o paciente conseguiu ou não obter total independência no autocuidado por ocasião da alta médica (HORTA, 2011).

Desde o lançamento desse modelo conceitual na década de 1970, vários estudos foram realizados com o objetivo de implementar o Processo de Enfermagem, bem como de fazer adequações ao modelo. Ressalta-se a aprovação pelo COFEN da Resolução 358/2009 sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, desenvolvida em cinco fases: coleta de dados (ou histórico de enfermagem); diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem. Na Figura 3, tem-se a correlação entre o Processo de Enfermagem descrito por Horta (2011) e pela Resolução 358/2009.

Figura 3 - Correlação entre as fases do Processo de Enfermagem definidas por Horta (2011) e pela Resolução 358/2009. João Pessoa, 2019.



Fazendo a correlação entre o Processo de Enfermagem descrito por Horta (2011) e a Resolução 358/2009, obteve-se a redução de seis para cinco fases: na primeira fase, Coleta de Dados ou Histórico de Enfermagem; na segunda fase, Diagnóstico de Enfermagem; na terceira fase, Plano Assistencial ou Planejamento; e na quarta fase, Prescrição de Enfermagem ou Implementação, há apenas diferença em relação ao título; mas na quinta e sexta fases do Processo de Enfermagem descritas por Horta (2011), condensaram-se em Avaliação de Enfermagem, conforme a Resolução 358/2009.

3.3 Necessidades Humanas Básicas: Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais

Além das adaptações utilizadas nas etapas do Processo de Enfermagem, neste estudo optou-se pela classificação e definição das Necessidades Humanas Básicas de Horta proposto por Garcia e Cubas (2012) (Quadro 3), tendo como base a organização proposta por Benedit e Bub e a organização das Necessidades Sociais de Matsumoto, evidenciando-se a redução do número de necessidades e alterações nos títulos e na forma e/ou conteúdo de suas definições, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 3 - Classificação e definição das Necessidades Humanas Básicas de Horta, de acordo com Garcia e Cubas (2012). João Pessoa, 2019.

Necessidades Humanas Básicas	Definição dos Conceitos de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas	
Oxigenação	É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação, de difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e a remoção de dióxido de carbono, e de regulação da respiração, objetivando produzir energia e manter a vida.
Hidratação	É a necessidade de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Nutrição	É a necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e utilização biológica de energia em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida.
Eliminação	É a necessidade de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis, com o objetivo de manter a homeostase corporal.
Sono e Repouso	É a necessidade de manter por certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas,
Exercício e Atividade Física	É a necessidade de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de exercitar-se, trabalhar, sentir-se bem, etc.
Sexualidade e Reprodução	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.
Segurança física e do meio ambiente	É a necessidade do indivíduo, da família ou coletividade de proteger-se e de manter um ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.
Cuidado Corporal e Ambiental	É a necessidade para deliberar, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal e apresentação pessoal, da família e coletividade; e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde.
Integridade Física	É a necessidade de manter as características orgânicas e elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, objetivando proteger o corpo.
Regulação: Crescimento celular e desenvolvimento funcional	É a necessidade de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual, assim como de receber a estimulação adequada, objetivando crescer e desenvolver-se dentro dos padrões da normalidade.
Regulação Vascular	É a necessidade do indivíduo de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.

Necessidades Humanas Básicas	Definição dos Conceitos de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem
Regulação Térmica	É a necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central entre 35,5°C e 37,5°C.
Regulação Neurológica	É a necessidade de preservar ou reestabelecer o funcionamento do sistema nervoso, objetivando controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Regulação Hormonal	É a necessidade do indivíduo de preservar ou reestabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividades/funções específicas do corpo.
Sensopercepção	É a necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.
Terapêutica e de Prevenção	É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde doença, o que inclui buscar atenção profissional com objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos a saúde, readaptar ou habilitar funções ou obter cuidados paliativos para uma morte digna.
Necessidades Psicossociais	
Comunicação	É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária	É a necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e Lazer	É a necessidade de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso e entretenimento, distração e diversão.
Segurança e Emocional	É a necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimento e emoções, e de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor, Aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções às pessoas em geral, objetivando ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Autoestima, Autoconfiança, Autorrespeito	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre sua própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como vital da própria existência.
Liberdade e Participação	É o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.
Educação para a Saúde e Aprendizagem	É a necessidade de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com o objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde doença, novas ou já conhecidas.
Autorrealização	É a necessidade de desenvolver suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja e alcança metas que estabeleceu para sua vida.

Necessidades Humanas Básicas	Definição dos Conceitos de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem
Espaço	É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrain-se com o objetivo de preservar a individualidade e privacidade.
Criatividade	É a necessidade de ter ideias e produzir novas coisas, novas fórmulas de agir, objetivando satisfação pessoal e sentir-se produtivo capaz.
Garantia de Acesso à Tecnologia	É a necessidade do indivíduo, da família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida.
Necessidade Psicoespiritual	
Religiosidade e Espiritualidade	É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir-se bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentimento da importância da vida.

Fonte: Garcia; Cubas (2012).

Levando em consideração as alterações sofridas no Modelo Conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta, no que diz respeito a denominação das fases do Processo de Enfermagem e das Necessidades, este estudo incorporou as referidas alterações, uma vez que reconhece a importância do referencial teórico acompanhar a evolução dos conceitos e da Enfermagem, embasando-se em uma assistência de enfermagem de qualidade.

4 METODOLOGIA

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)”, que vem sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HULW/UFPB, o qual recebeu o Parecer Consubstanciado do CEP apresentando número do Parecer 2.519.189 (ANEXO A), em obediência aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 446/2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Antecedendo a realização deste estudo, os enfermeiros especialistas e os pacientes (ou responsável legal) que aceitaram participar, foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, o método e possíveis riscos. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais especialistas (APÊNDICE A) e para os pacientes ou seu responsável legal (APÊNDICE B), respeitando-se o sigilo, a voluntariedade em participar do estudo, e a desistência em qualquer momento da investigação, sem que lhes acarrete prejuízo ou constrangimento.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica com abordagem quantitativa e qualitativa, dividida em duas etapas: 1ª - Construção e validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na nomenclatura da clínica médica do HULW/UFPB; e a 2ª - Validação clínica dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem com pacientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB.

4.2 Local do estudo

O Hospital Universitário Lauro Wanderley é o hospital-escola da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa-PB, sendo referência para todos os municípios do Estado da Paraíba. Este hospital tem por finalidade prestar assistência à saúde

da população, em todos os níveis de saúde e desenvolver atividades de ensino e pesquisa da graduação, pós-graduação e nível técnico das profissões da área de saúde e ciências afins.

A Clínica Médica situa-se no quinto andar do HULW e dispõe de setenta leitos distribuídos em duas Alas, A e B, que se destinam ao internamento de pacientes acima de dezoito anos, nas seguintes especialidades clínicas: Pneumologia, Nefrologia, Hematologia, Dermatologia, Reumatologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Cardiologia, Neurologia. Tem-se ainda leitos disponíveis para a Propedêutica, em que ficam os casos de internamento sem hipótese de diagnóstico médico no momento da hospitalização.

A população atendida na Clínica Médica do HULW/UFPB é de pacientes em curso agudo da doença sem diagnóstico médico ou para tratamento crônico de patologias relacionadas às especialidades acima citadas. Em seu dimensionamento de pessoal, a clínica possui equipe multiprofissional constituída por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, além dos residentes, acadêmicos e estudantes de nível técnico que prestam assistência aos pacientes diariamente.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão para os enfermeiros especialistas e pacientes

- Critérios de inclusão:

- ❖ Primeira etapa (enfermeiros especialistas): Ter graduação em Enfermagem; Ser enfermeiro assistencial do HULW/UFPB e/ou docente do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) e da Escola Técnica de Saúde da UFPB; Atuar ou ter atuado na clínica médica do HULW/UFPB com tempo mínimo de dois anos na área, identificado por meio do instrumento de avaliação preenchido pelo profissional na etapa de validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem.

- ❖ Segunda etapa (pacientes): Estar hospitalizado na clínica médica do HULW/UFPB no período da coleta de dados da pesquisa; Possuir data de admissão na clínica médica do HULW/ UFPB na semana de início da coleta de dados da pesquisa.

- Critérios de exclusão:

- ❖ Primeira etapa (enfermeiros especialistas): Não ter graduação em Enfermagem; Ser enfermeiro assistencial e/ou docente que nunca atuou ou que atua/atuou com tempo inferior a dois anos na clínica médica do HULW/UFPB; Ser desligado ou transferido do HULW/UFPB.

❖ Segunda etapa (pacientes): Estar hospitalizado nas demais clínicas e/ou apenas em consulta no ambulatório do HULW/UFPB.

4.4 Etapas de desenvolvimento da pesquisa

4.4.1 Primeira etapa da pesquisa: construção e validação das definições operacionais

Trata-se de um estudo documental, cujo objetivo foi a construção e validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB para a Clínica Médica, classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta. Nessa etapa, foram desenvolvidas três fases: a) mapeamento cruzado dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura da Clínica Médica com os conceitos contidos na CIPE[®] Versão 2017; b) construção das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem; e c) validação de conteúdo por grupo de especialista das definições construídas.

4.4.1.1 Mapeamento cruzado

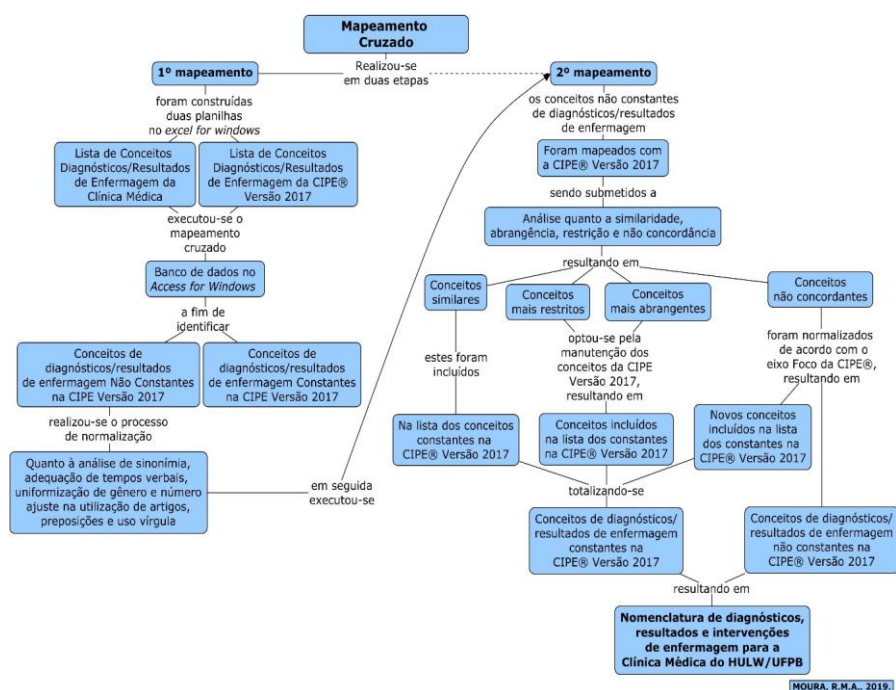
Realizou-se o mapeamento cruzado dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB, oriundos da Nomenclatura “Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para Clientes Hospitalizados nas Unidades Clínicas do HULW/UFPB Utilizando a CIPE[®]”, com os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE[®] Versão 2017, tendo em vista que, após a publicação da Nomenclatura, em 2011, mais três versões da CIPE[®] foram lançadas.

O processo do mapeamento cruzado foi realizado em duas etapas (Figura 4): na primeira, foram construídas duas planilhas no *Excel for Windows*[®], uma contendo a lista de conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB e a outra os conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE[®] Versão 2017. Em seguida, foi realizado o cruzamento das planilhas e criado um banco de dados no *Access for Windows*[®], com a finalidade de identificar os conceitos constantes e os não constantes na CIPE[®] Versão 2017.

Posteriormente, foi realizada a normalização dos conceitos não constantes na CIPE[®], analisando-os individualmente com os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da “Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para Pacientes Hospitalizados em Unidades Clínicas, utilizando a CIPE[®]” e com a CIPE[®] Versão 2017, objetivando a adaptação dos conceitos para uma Terminologia de Enfermagem atualizada. A normalização dos conceitos consistiu na realização de alterações editoriais, tais como: análise de sinonímia, adequação de tempos verbais, uniformização de gênero (feminino, masculino) e número (singular, plural), ajuste na utilização de vírgula, artigo e preposição, de modo que não haja alteração do significado.

Na segunda etapa do mapeamento, foi realizado novo cruzamento dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes contidos na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW com os conceitos da CIPE[®] Versão 2017. Posteriormente, os conceitos que continuaram classificados como não constantes na CIPE[®], foram submetidos à análise quanto à similaridade, abrangência, restrição e não concordância (LEAL, 2006). Após essa análise, os conceitos considerados similares foram incluídos na lista dos constantes. Em relação aos conceitos classificados como mais restritos e mais abrangentes, optou-se pela manutenção dos conceitos da CIPE[®]. E os conceitos considerados não concordantes, foram normalizados com o Eixo Foco da CIPE[®] Versão 2017, ponderando a ISO 18.104:2014, onde um Diagnóstico de Enfermagem é expresso como um Julgamento, um Foco ou um Achado Clínico.

Figura 4 - Desenvolvimento do processo de mapeamento cruzado. João Pessoa, 2019.



4.4.1.2 Construção das definições operacionais

Para a fase de construção de definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, foram utilizadas as etapas apresentadas por Waltz, Strickland e Lenz (2010): 1) desenvolvimento de uma definição preliminar; 2) revisão da literatura; 3) mapeamento do significado do conceito; e 4) afirmação da definição operacional.

Na primeira etapa, desenvolvimento da definição preliminar, foram utilizados estudos já realizados no âmbito da clínica médica e de validação (MEDEIROS, 2014; DANTAS, 2016; CARVALHO, 2016; CUNHA, 2017; SANTOS, 2017; ANDRADE, 2018; BESERRA, 2018; NÓBREGA et al., 2018). Posteriormente, para os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem que ainda não continham definições, às mesmas foram desenvolvidas tendo como base as observações clínicas e experiência das pesquisadoras.

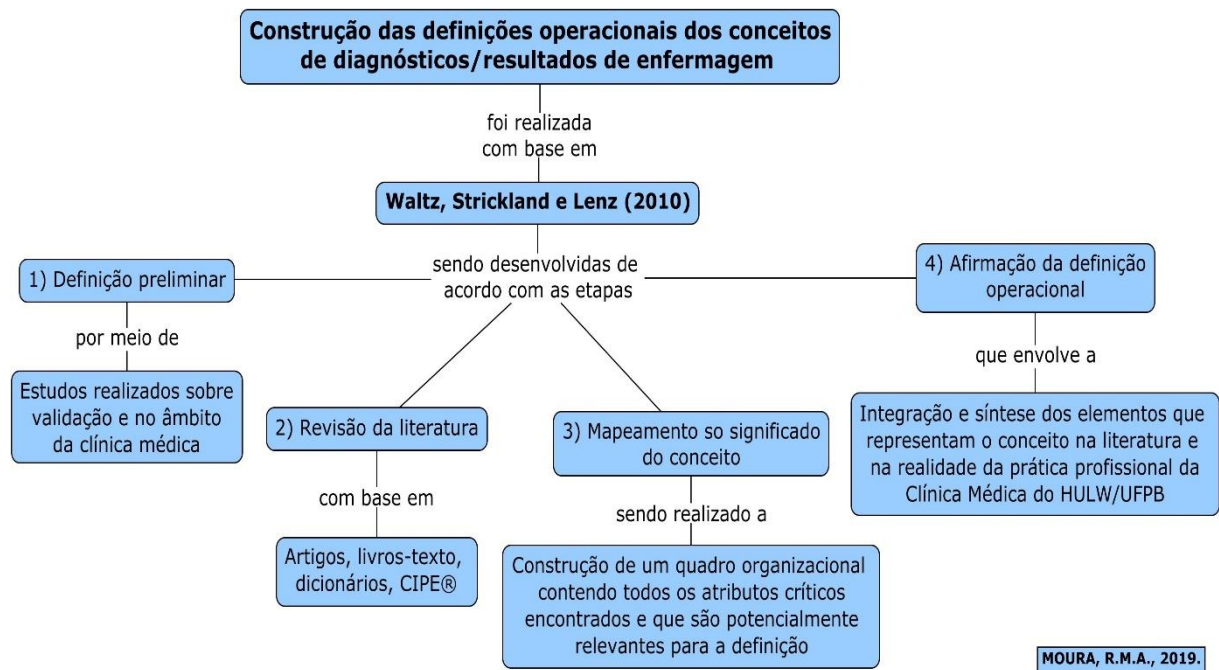
Na segunda etapa, revisão da literatura, realizaram-se consultas na CIPE® Versão 2017, no *Browser* da CIPE® Versão 2017, em livros da área de enfermagem clínica e da saúde, em livros-texto de termos médicos e de enfermagem e dicionários da língua portuguesa (GUIMARÃES, 2010; SILVA; SILVA; VIANA, 2010; POSSARI, 2011; SMELTZER et al., 2014; HOUSSAIS, 2015; NANDA-I, 2018; PRIBERAM, 2018; MICHAELIS, 2018; DICIO, 2018; INFOPÉDIA, 2018). Waltz, Strickland e Lenz (2010) recomendam que seja feita uma extensa revisão da literatura a fim de dar suporte ou validar a seleção de resultados dos atributos definidores dos conceitos.

Na terceira etapa, mapeamento do significado do conceito, foram listados todos os traços semânticos identificados como potencialmente relevantes, ou seja, os atributos críticos do conceito e suas características específicas. O mapeamento é essencialmente um instrumento que organiza o significado do conceito e ajuda a identificar os elementos críticos, que devem ser incluídos na definição (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Por fim, foi realizada a afirmação da definição operacional, envolvendo o processo que é essencialmente o inverso da análise do conceito. Enquanto a análise do conceito envolve a ruptura do conceito dentro dos elementos componentes, a definição operacional representa a integração e síntese desses elementos dentro do significado como um todo, objetivando representar o conceito na literatura e na realidade da prática profissional. Waltz, Strickland e Lenz (2010) apontam técnicas que podem ser usadas para ajudar na afirmação da definição operacional, das quais foram utilizadas: a) listar todas as definições do conceito; b)

listar os sinônimos e suas definições, que serão usados para diferenciar conceitos e identificar diferenças de significados; e c) listar os exemplos do conceito identificado na literatura. Na Figura 5, apresenta-se o processo de desenvolvimento da construção das definições operacionais para os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB.

Figura 5 - Desenvolvimento da construção das definições operacionais com base nas etapas de Waltz, Strickland e Lenz (2010). João Pessoa, 2019.



4.4.1.3 Validação por grupo de especialistas das definições construídas

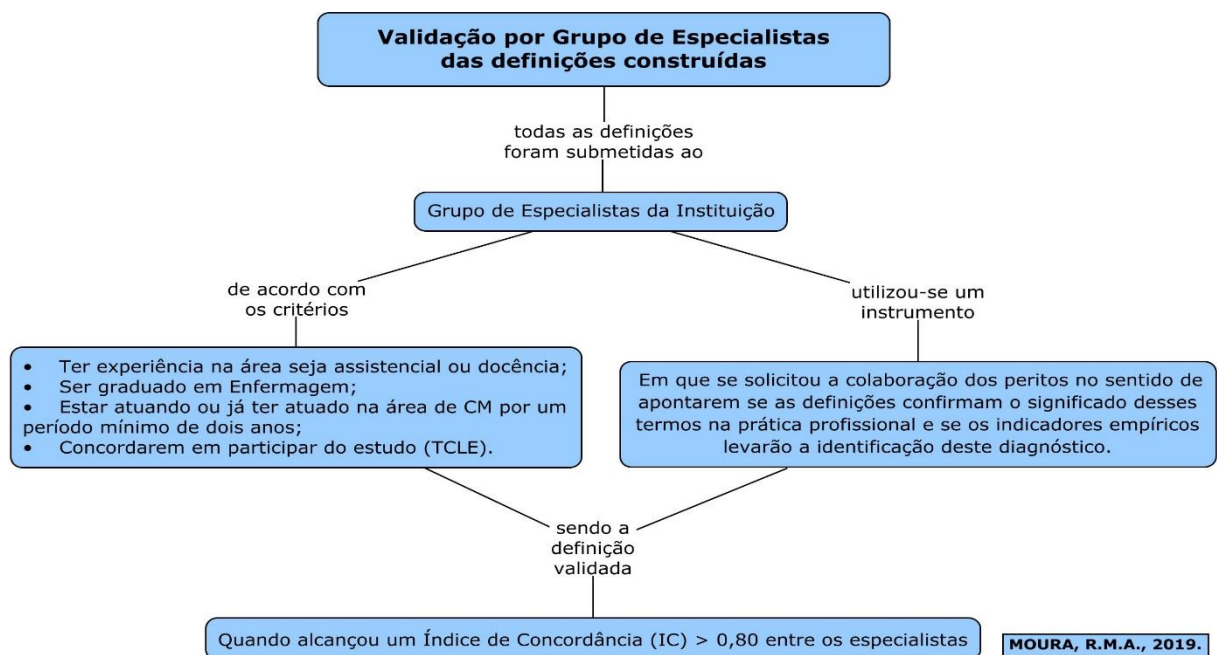
Para a fase de validação por grupo de especialistas das definições construídas, todas as definições dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem foram submetidas a um processo de validação de conteúdo por grupo de especialistas do HULW/UFPB, no período de julho a setembro de 2018. Para essa validação, foi desenvolvido um Instrumento (APÊNDICE C), em que se solicitou a colaboração dos especialistas no sentido de apontarem se os indicadores empíricos levarão a identificação do diagnóstico e se confirmam o significado desses conceitos na prática profissional. Em caso de discordância das definições, solicitou-se que fossem apresentadas sugestões para sua adequação à realidade da prática de enfermagem na clínica médica do HULW/UFPB. Foi utilizada como método de verificação de validade de

conteúdo a porcentagem de concordância entre os juízes, conforme Alexandre e Coluci (2011):

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{nº de participantes que concordaram}}{\text{nº total de participantes}} \times 100$$

Considerou-se uma definição validada quando alcançou um Índice de Concordância (IC) $\geq 0,80$ entre juízes. Para o tratamento dos dados coletados nesta fase da pesquisa os instrumentos foram numerados e as variáveis contidas nos mesmos codificadas e inseridas em banco de dados e analisados utilizando-se estatísticas descritivas. Na Figura 6, tem-se o desenvolvimento do processo de validação das definições construídas por grupo de especialistas do HULW/UFPB.

Figura 6 - Desenvolvimento do processo de validação de conteúdo por grupo de especialistas do HULW/UFPB. João Pessoa, 2019.



4.4.2 Segunda etapa da pesquisa: validação clínica

Os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram validados clinicamente por meio da realização de estudos de casos clínicos na respectiva área de atuação, durante o período de setembro a dezembro de 2018, em um dos turnos, manhã ou tarde, de segunda a sexta-feira. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente, em quantidades iguais nas alas A e B, buscando-se obter diversidade nos estudos de caso clínicos.

Para realização dos estudos de caso clínicos, utilizou-se uma adaptação do instrumento desenvolvido para a disciplina de Saúde do Adulto e do Idoso II da Graduação em Enfermagem da UFPB (APÊNDICE D), contendo as cinco fases do processo de enfermagem e tendo como fundamentação teórica o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Em seguida, foi realizado o primeiro estudo de Caso Clínico (CASO 01), para verificar a aplicabilidade do instrumento elaborado para realização da coleta de dados dos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB. Após aplicação do instrumento no Caso 01, foram detectadas necessidades de ajustes em alguns itens, sendo corrigidos e, posteriormente, foi dado prosseguimento à coleta de dados da pesquisa.

Para identificar os diagnósticos de enfermagem, utilizou-se o raciocínio diagnóstico, que envolve três etapas: coleta de informações, análise e interpretações dessas informações e a denominação dos diagnósticos, tendo como base os enunciados construídos e validados para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB. Quando identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um enunciado de diagnóstico de enfermagem construído, utilizou-se a CIPE® Versão 2017, as diretrizes do CIE e da ISO 18.104:2014 para a sua construção, ou seja, incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento ou um achado clínico; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foram determinados os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. No caso de ser identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um enunciado de resultado de enfermagem, foram utilizadas a CIPE® Versão 2017, as diretrizes do CIE e da ISO 18.104:2014 para a construção de um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista que se utilizam os mesmos eixos da CIPE® na sua construção, Foco e Julgamento, e o que determina a diferença entre os mesmos é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão a respeito do estado do paciente, problemas e/ou necessidades (diagnóstico) ou se é a resposta dada depois da implementação das intervenções (resultado).

No caso de ser identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um enunciado de intervenção de enfermagem construído, foram seguidas as recomendações de utilizadas a CIPE® Versão 2017, as diretrizes do CIE e da ISO 18.104:2014 para a sua construção, ou seja, incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerados como termos de qualquer um dos eixos, com exceção do eixo Julgamento; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Ação, Cliente, Foco,

Localização, Meios e Tempo. As intervenções foram implementadas, e os resultados avaliados durante todo o desenvolvimento do estudo clínico.

Os resultados dos estudos de casos foram apresentados individualmente e analisados como caso único, enfatizando-se os conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira etapa da pesquisa: Construção e validação das definições operacionais

5.1.1 Mapeamento Cruzado

Antecedendo a etapa de construção das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB realizou-se o mapeamento cruzado desses conceitos com os da CIPE® Versão 2017. O mapeamento é uma estratégia que consiste em comparar, por meio do cruzamento de dados (*cross-mapping*), os elementos que aparentemente apresentem equivalência semântica, com a finalidade de identificar uma similaridade e validar estes elementos em diferentes contextos (FERREIRA et al., 2016; MORAIS; NÓBREGA; CARVALHO, 2018).

Nessa perspectiva, utiliza-se o mapeamento cruzado, como um método que pode ser útil na análise das linguagens de enfermagem não padronizadas quando comparadas às classificações de enfermagem, permitindo realizar estudos que demonstrem que os dados de enfermagem existentes, em diferentes locais, podem ser mapeados nas terminologias de enfermagem e assim, adaptados para a linguagem padronizada, sendo possível alimentar grandes bancos de dados e colaborar para o desenvolvimento da prática de enfermagem (LUCENA; BARROS, 2005).

Foi realizado o mapeamento cruzado dos 101 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura “Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para Clientes Hospitalizados nas Unidades Clínicas do HULW/UFPB Utilizando a CIPE®” com os 852 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® Versão 2017, obtendo-se 97 conceitos, sendo classificados inicialmente como 79 termos não constantes e dezoito constantes nessa Terminologia.

Ressalta-se a redução de 101 para 97 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem na Nomenclatura da Clínica Médica, que ocorreu pela exclusão de cinco conceitos que se tornaram repetidos e pela separação de um para dois conceitos, a saber: “Atividade Física, Prejudicada” e “Resposta ao Medicamento, Insatisfatória” foram considerados similares aos conceitos “Intolerância à Atividade Física” e “Falta de Resposta ao Tratamento” já existentes na referida Nomenclatura, sendo excluídos; “Débito Cardíaco, Diminuído”/“Débito Cardíaco, Aumentado” e “Pressão Sanguínea, Aumentada”/“Pressão

Sanguínea, Diminuída”, foram normalizados para um único conceito “Débito Cardíaco, Prejudicado” e “Pressão Arterial, Alterada”, de acordo com a CIPE® Versão 2017; “Higiene Corporal, Prejudicada” e “Déficit de Autocuidado para Banho e/ou Higiene Corporal”, foram normalizados para “Capacidade para Executar a Higiene Corporal, Prejudicada”, sendo retirada a repetição; e “Desequilíbrio de Líquidos e Eletrólitos” foi normalizado em dois conceitos “Desequilíbrio de Eletrólitos” e “Desequilíbrio de Líquidos”, conforme a CIPE® Versão 2017.

Na primeira etapa do mapeamento, os dezoito termos identificados como constantes na CIPE® Versão 2017, foram: Alucinação, Confusão, Constipação, Delírio, Desesperança, Exaustão de Tratamento, Fadiga, Falta de Apoio Social, Falta de Resposta ao Tratamento, Incontinência Urinária, Infecção, Isolamento Social, Náusea, Negação, Retenção Urinária, Risco de Constipação, Risco de Infecção e Vômito.

Os 79 conceitos não constantes na CIPE® Versão 2017 passaram por processo de normalização e foram analisados com relação à similaridade, abrangência, restrição e não concordância, resultando na seguinte classificação: 32 conceitos foram considerados similares, seis mais restritos, seis mais abrangentes e 35 não concordantes.

Os 32 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes classificados como similares, receberam essa denominação por não apresentar concordância da grafia, porém possuir significado idêntico aos conceitos da CIPE® Versão 2017, a saber: “Atitude Familiar Conflitante” foi normalizado para “Atitude Familiar, Conflituosa”; “Capacidade de Transferir-se Prejudicada” foi normalizado para “Capacidade para Transferência, Prejudicada”; “Comportamento de Busca de Saúde” foi normalizado para “Comportamento de Busca da Saúde”; “Crenças Culturais Conflitantes” foi normalizado para “Crença Cultural, Conflituosa”; “Deambulação Prejudicada” foi normalizado para “Marcha (Caminhada), Prejudicada”; “Distúrbio da Identidade Pessoal” foi normalizado para “Identidade Pessoal, Perturbada”; “Enfrentamento Familiar, Ineficaz” foi normalizado para “Enfrentamento Familiar, Prejudicado”; “Estado de Sonolência” foi normalizado para “Sonolência”; “Estado Nutricional Alterado” foi normalizado para “Condição Nutricional, Prejudicada”; “Falta de Adesão ao Regime Terapêutico” foi normalizado para “Não Adesão ao Regime Terapêutico”; “Falta de Conhecimento sobre a Resposta à Medicação” foi normalizado para “Falta de Conhecimento sobre Medicação”; “Ingestão de Alimentos Diminuída” foi normalizado para “Ingestão de Alimentos, Insuficiente (ou Deficitária)”; “Padrão Respiratório Prejudicado” foi normalizado para “Respiração, Prejudicada”; “Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz” foi normalizado para “Perfusão Tissular, Ineficaz”; “Temperatura

Corporal Aumentada (Hipertermia)” foi normalizado para “Hipertermia”. Alguns conceitos classificados como similares sofreram alteração apenas pela inclusão de vírgula ou retirada de termos entre parênteses, a saber: “Ansiedade (especificar o grau)” foi normalizado para “Ansiedade”; “Baixa Autoestima Situacional” foi normalizado para “Baixa Autoestima, Situacional”; “Cognição Prejudicada” foi normalizado para “Cognição, Prejudicada”; “Comunicação Prejudicada” foi normalizado para “Comunicação, Prejudicada”; “Deglutição Prejudicada” foi normalizado para “Deglutição, Prejudicada”; “Dispneia (especificar grau)” foi normalizado para “Dispneia”; “Dor (especificar intensidade e localização)” foi normalizado para “Dor”; “Integridade da Pele Prejudicada” foi normalizado para “Integridade da Pele, Prejudicada”; “Manutenção da Saúde Prejudicada” foi normalizado para “Manutenção da Saúde, Prejudicada”; “Medo (especificar)” foi normalizado para “Medo”; “Membrana Mucosa Oral Prejudicada” foi normalizado para “Membrana Mucosa Oral (ou Bucal), Prejudicada”; “Pele Seca” foi normalizado para “Pele, Seca”; “Processo Familiar Prejudicado” foi normalizado para “Processo Familiar, Prejudicado”; “Prurido (especificar localização)” foi normalizado para “Prurido”; “Risco de Integridade da Pele Prejudicada” foi normalizado para “Risco de Integridade da Pele, Prejudicada”; “Tristeza Crônica” foi normalizado para “Tristeza, Crônica”; e “Troca de Gases Prejudicada” foi normalizado para “Troca de Gases, Prejudicada”. Nesse estudo, os conceitos **similares** foram ponderados como constantes na CIPE® Versão 2017.

Os seis conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes classificados como mais abrangentes, receberam essa denominação por apresentar significado mais amplo que os conceitos da CIPE® Versão 2017, a saber: “Autoestima, Alterada” foi considerado mais abrangente que “Baixa Autoestima”, pois a alteração da autoestima pode ser positiva em excesso ou negativa; “Autoimagem, Alterada” foi considerado mais abrangente do que “Autoimagem, Negativa”, pois a alteração da autoimagem pode ser positiva em excesso ou negativa; “Desequilíbrio de Líquidos e Eletrólitos” foi considerado mais abrangente do que “Desequilíbrio de Líquidos” e “Desequilíbrio de Eletrólitos”, pois o primeiro conceito traz o termos “líquidos e eletrólitos” juntos, enquanto o segundo e terceiro conceitos, referem-se isoladamente aos termos “líquidos” e “eletrólitos”, respectivamente; “Falta de Conhecimento sobre a Doença e o Tratamento” foi considerado mais abrangente do que “Falta de Conhecimento sobre a Doença”, por trazer os termos “doença e tratamento”, enquanto o segundo conceito refere-se apenas à “doença”; “Sono e Repouso Prejudicados” foi considerado mais abrangente do que “Sono, Prejudicado”, pois o primeiro conceito se refere ao “sono e repouso”, enquanto o segundo conceito refere-se apenas ao “sono”. Nesse estudo,

os conceitos considerados como **mais abrangentes** foram substituídos por seu conceito equivalente constante na CIPE® Versão 2017, optando-se pela manutenção do conceito da CIPE®.

Os seis conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes classificados como mais restritos, receberam essa denominação por apresentar significado mais limitado que os conceitos da CIPE® Versão 2017, a saber: “Audição Diminuída” foi considerado mais restrito que “Audição, Prejudicada”, pois o primeiro conceito considera a audição apenas diminuída, enquanto o segundo conceito, considera a audição aumentada ou diminuída; “Débito Cardíaco Aumentado” e “Débito Cardíaco Diminuído” foram considerados mais restritos do que “Débito Cardíaco, Alterado”, pois os termos “aumentado” e “diminuído” referem-se isoladamente ao aumento do débito cardíaco e à diminuição do débito cardíaco, respectivamente, enquanto o termo “alterado” engloba ambos, aumentado e diminuído; “Ingestão de Líquidos Diminuída” foi considerado mais restrito que “Ingestão de Líquidos, Prejudicada”, pois o termo “diminuída” refere-se apenas à ingestão diminuída, enquanto o termo “prejudicada” considera ambas, aumentada ou diminuída; “Luto Antecipado” foi considerado mais restrito que “Processo de Luto”, pois o primeiro conceito refere-se apenas ao luto de forma antecipada, enquanto o segundo conceito engloba uma situação de luto real ou antecipada; “Pressão Sanguínea Elevada” e Pressão Sanguínea Diminuída” foram considerados mais restritos que “Pressão Arterial, Alterada”, pois os termos “elevada” e “diminuída” referem-se isoladamente à elevação da pressão e à diminuição da pressão arterial, respectivamente, enquanto o termo “alterada” refere-se a ambos; “Visão, Diminuída” foi considerado mais restrito que “Visão, Prejudicada”, pois o termo “diminuída” refere-se apenas à acuidade visual diminuída, enquanto o termo “prejudicada” engloba a acuidade visual diminuída, visão embaçada, aumento da pressão ocular, dificuldade em focar objetos ou qualquer outra alteração ocasionada à visão. Nesse estudo, os conceitos considerados como **mais restritos** foram substituídos por seu conceito equivalente constante na CIPE® Versão 2017, optando-se pela manutenção do conceito da CIPE®.

Os 35 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes classificados como não concordantes, receberam essa denominação por não se apresentarem classificados na CIPE® Versão 2017. Desses, oito passaram por normalização de conceitos com a finalidade de se adequar a uma terminologia atualizada, a saber: “Capacidade de Gerenciar o Regime Terapêutico Diminuída” foi normalizado para “Capacidade de Gerenciar o Regime Terapêutico, Prejudicada”; “Capacidade Familiar de Gerenciar o Plano Terapêutico

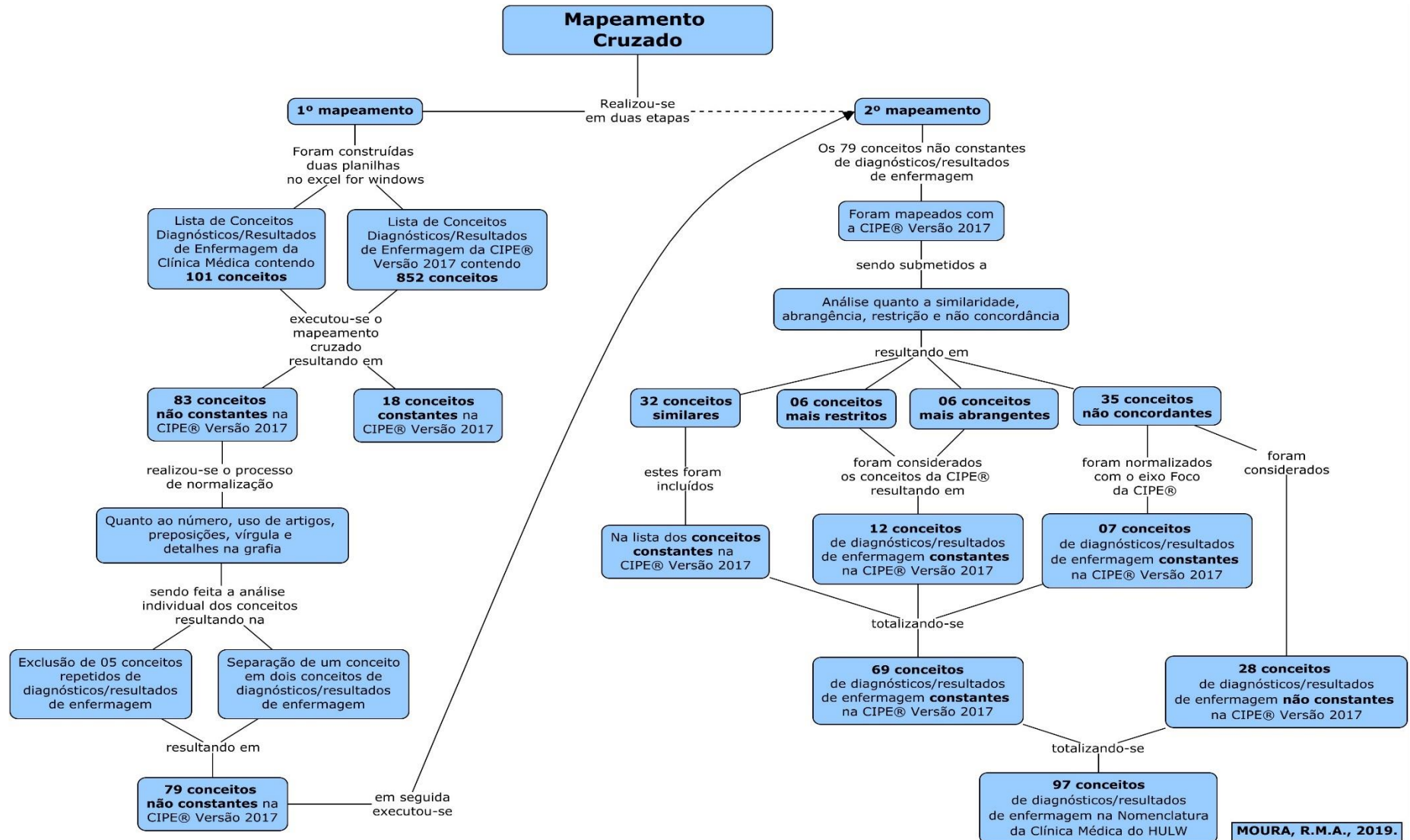
Diminuída” foi normalizado para “Capacidade Familiar de Gerenciar o Regime Terapêutico, Prejudicada”; “Déficit de Autocuidado para Vestir-se e Despir-se” foi normalizado para “Capacidade para Vestir-se e Despir-se, Prejudicada”; “Déficit de Autocuidado para Banho e/ou Higiene Corporal” e Higiene Corporal Prejudicada” foram normalizados para “Capacidade para Executar a Higiene Corporal Prejudicada”, sendo excluída a repetição do conceito; “Emagrecimento” foi normalizado para “Peso Corporal, Reduzido”; “Nível de Consciência Diminuído” foi normalizado para “Consciência, Prejudicada”; “Úlcera por Pressão (especificar localização e estágio)” foi normalizado para “Lesão por Pressão (especificar localização e estágio); e “Volume de Líquidos Aumentado” foi normalizado para “Volume de Líquidos, Prejudicado”. Os demais 27 conceitos não concordantes não sofreram alteração, a saber: Aceitação do Estado de Saúde; Adesão ao Regime de Atividade Física; Angústia (especificar o grau); Apetite Prejudicado; Arritmia; Ascite; Capacidade de Autocuidado Prejudicada; Corrimento Vaginal; Déficit de Autocuidado para Alimentar-se; Depressão; Disúria; Edema (especificar grau e a localização); Eliminação Intestinal Prejudicada; Enfrentamento Individual Ineficaz; Falta de Capacidade de Gerenciar o Regime de Atividades Físicas; Falta de Conhecimento sobre as Atividades Físicas; Hipóxia por Congestão; Intolerância à Atividade Física; Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz; Mobilidade Física Prejudicada; Mucosa Ocular Prejudicada; Peso Corporal Excessivo; Risco de Desamparo; Risco de Sofrimento Espiritual; Sofrimento Espiritual; Tosse Produtiva; e Tosse seca.

Após normalização dos 35 conceitos classificados como não concordantes foram mapeados com a CIPE® Versão 2017, identificando-se sete conceitos presentes no eixo Foco da referida classificação, a saber: “Aceitação do Estado de Saúde”, “Angústia”, “Arritmia”, “Ascite”, “Consciência, Prejudicada”, “Edema” e “Volume de Líquidos, Prejudicado”, sendo considerados nesse estudo como conceitos constantes na CIPE® Versão 2017.

Finalizado o processo de mapeamento cruzado, a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB ficou constituída por 97 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo classificados inicialmente em 79 não constantes e 18 constantes na CIPE® Versão 2017. Os 79 conceitos não constantes nessa Terminologia passaram por normalização, análise com relação à similaridade, abrangência, restrição e não concordância e por dois processos de mapeamento cruzado, obtendo como resultado a seguinte classificação: 28 foram considerados não constantes e 69 foram considerados conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes na CIPE® Versão 2017.

Na Figura 7, tem-se a conclusão do processo de mapeamento cruzado, obtendo-se como resultado: 97 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB.

Figura 7 - Resultado do processo de mapeamento cruzado. João Pessoa, 2019.



5.1.2 Construção e validação das definições operacionais

A construção da definição operacional é uma etapa de grande relevância, pois quanto mais completa for a especificação do conceito, maior será a garantia de que o instrumento será útil e válido. A definição deve abranger a dimensionalidade do espaço semântico do conceito, definindo-o de forma detalhada (PASQUALI, 2010). Nesse estudo, as definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem foram elaboradas com base nas etapas de construção de Waltz, Strickland e Lenz (2010).

Após elaboração das definições operacionais, os 97 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem foram incluídos no Instrumento e entregues a 49 especialistas, dos quais 35 eram enfermeiros da Clínica Médica do HULW e 14 docentes do Departamento de Enfermagem Clínica e Escola Técnica de Saúde da UFPB, ficando a amostra constituída por 37 especialistas, observando-se a não devolução de doze instrumentos. Definiu-se a caracterização dos enfermeiros especialistas de acordo com os critérios: faixa etária, nível de educação em enfermagem, anos de experiência profissional, posição na Enfermagem e sexo (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas participantes do estudo. João Pessoa, 2019.

FAIXA ETÁRIA	F	%	NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM	F	%
De 21 a 30 anos	03	8	Graduação	06	16
De 31 a 40 anos	16	43	Especialista	19	51
De 41 a 50 anos	07	19	Mestre	04	11
Mais de 51 anos	11	30	Doutor	08	22
ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	F	%	POSIÇÃO NA ENFERMAGEM	F	%
De 3 a 5 anos	03	8	Assistencial	29	78
De 6 a 10 anos	10	27	Docente	05	14
De 11 a 15 anos	09	24	Assistencial e Docente	03	8
De 16 a 20 anos	05	14	SEXO	F	%
De 21 a 25 anos	02	5	Feminino	31	84
Mais de 26 anos	08	22	Masculino	06	16

Evidencia-se na amostra maior frequência no itens: a) Faixa etária: dezesseis (43%) especialistas possuíam de 31 a quarenta anos; b) Nível de educação em enfermagem: dezenove (51%) especialistas possuíam título de Especialista em áreas de atuação na Enfermagem, como Nefrologia, Dermatologia ou Urgência e Emergência, ressaltando-se o

quantitativo de doze (33%) especialistas com título de Mestre ou Doutor; c) Posição na Enfermagem: 29 (78%) especialistas pertenciam exclusivamente à área de assistencial, apresentando como único vínculo o HULW; d) Tempo de experiência: dez (27%) especialistas possuíam de seis a dez anos de exercício profissional, sendo pelo menos dois anos em Clínica Médica; e) Sexo: 31 (84%) especialistas foram do sexo feminino. Corroborou-se o perfil dos enfermeiros especialistas da clínica médica do HULW e UFPB condizente à execução deste estudo.

No instrumento entregue aos enfermeiros especialistas desse estudo, solicitou-se que fosse apontado se as definições construídas confirmavam o significado desses termos na prática profissional e se os indicadores empíricos levavam a identificação do diagnóstico. Em caso de discordância das definições, solicitou-se que fossem apresentadas sugestões para sua adequação à realidade da prática de enfermagem na Clínica Médica do HULW/UFPB. Considerou-se uma definição validada quando alcançou Índice de Concordância (IC) $\geq 0,80$ entre os especialistas. Na Tabela 2, têm-se a síntese da frequência de concordância das definições operacionais.

Tabela 2 - Frequência de concordância e não concordância dos enfermeiros especialistas em relação à definição operacional dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB. João Pessoa, 2019.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Frequência de Concordância		IC (%)
	Concordaram	Não concordaram	
<i>Necessidade Psicobiológica - Oxigenação</i>			
Dispneia (especificar grau)	36	01	97%
Hipóxia por congestão	32	05	86%
Limpeza das vias aéreas ineficaz	28	09	76%
Respiração prejudicada	35	02	95%
Tosse produtiva	31	06	84%
Tosse seca	37	--	100%
Troca de gases prejudicada	35	02	95%
<i>Necessidade Psicobiológica - Hidratação</i>			
Ascite	33	04	89%
Desequilíbrio de eletrólitos	31	06	84%
Desequilíbrio de líquidos	37	--	100%
Edema (especificar o grau em cruzes e a localização)	33	04	89%
Ingestão de líquidos prejudicada	34	03	92%
Volume de líquidos prejudicado	27	10	73%
<i>Necessidade Psicobiológicas - Nutrição</i>			
Apetite prejudicado	35	02	95%
Condição nutricional prejudicada	28	09	76%
Déficit de autocuidado para alimentar-se	35	02	95%

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Frequência de Concordância		IC (%)
	Concordaram	Não concordaram	
Deglutição prejudicada	37	--	100%
Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária)	35	02	95%
Peso corporal excessivo	34	03	92%
Peso corporal reduzido	34	03	92%
<i>Necessidade Psicobiológica - Eliminação</i>			
Constipação	36	01	97%
Corrimento vaginal	33	04	89%
Eliminação intestinal prejudicada	30	07	81%
Incontinência urinária	35	02	95%
Náusea	35	02	95%
Retenção urinária	35	02	95%
Risco de constipação	36	01	97%
Vômito	31	06	84%
<i>Necessidade Psicobiológica - Sono e repouso</i>			
Sono prejudicado	36	01	97%
Sonolência	35	02	95%
<i>Necessidade Psicobiológica - Atividade física</i>			
Capacidade para transferência prejudicada	34	03	92%
Exaustão do tratamento	34	03	92%
Fadiga	36	01	97%
Falta de capacidade de gerenciar o regime de atividades físicas	35	02	95%
Intolerância à atividade física	36	01	97%
Marcha (caminhada) prejudicada	35	02	95%
Mobilidade física prejudicada	36	01	97%
<i>Necessidade Psicobiológica - Segurança física e do meio ambiente</i>			
Infecção	35	02	95%
Risco de infecção	34	03	92%
<i>Necessidade Psicobiológica - Cuidado corporal e ambiental</i>			
Capacidade de autocuidado prejudicada	35	02	95%
Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada	34	03	92%
Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada	33	04	89%
<i>Necessidade Psicobiológica - Integridade física</i>			
Integridade da pele prejudicada	35	02	95%
Lesão por pressão (especificar localização e estágio)	35	02	95%
Membrana mucosa oral (ou bucal) prejudicada	35	02	95%
Mucosa ocular prejudicada	34	03	92%
Pele seca	35	02	95%
Prurido (especificar localização)	37	--	100%
Risco de integridade da pele prejudicada	36	01	97%
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação vascular</i>			
Arritmia	35	02	95%
Débito cardíaco prejudicado	35	02	95%

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Frequência de Concordância		IC (%)
	Concordaram	Não concordaram	
Perfusão tissular ineficaz	36	01	97%
Pressão arterial alterada	33	04	89%
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação térmica</i>			
Hipertermia	31	06	84%
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação neurológica</i>			
Cognição prejudicada	37	--	100%
Confusão	35	02	95%
Consciência prejudicada	34	03	92%
Delírio	35	02	95%
<i>Necessidade Psicobiológica - Sensopercepção</i>			
Alucinação	36	01	97%
Audição prejudicada	36	01	97%
Disúria	35	02	95%
Dor (especificar intensidade e localização)	36	01	97%
Visão prejudicada	36	01	97%
<i>Necessidade Psicobiológica - Terapêutica e de prevenção</i>			
Adesão ao regime de atividade física	33	04	89%
Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada	36	01	97%
Falta de resposta ao tratamento	36	01	97%
Não adesão ao regime terapêutico	35	02	95%
<i>Necessidade psicossocial - Comunicação</i>			
Comunicação prejudicada	35	02	95%
<i>Necessidade psicossocial - Gregária</i>			
Falta de apoio social	35	02	95%
Isolamento social	36	01	97%
Risco de desamparo	35	02	95%
<i>Necessidade psicossocial - Segurança emocional</i>			
Angústia (especificar o grau)	35	02	95%
Ansiedade (especificar o grau)	34	03	92%
Depressão	33	04	89%
Desesperança	35	01	95%
Medo (especificar)	37	--	100%
Negação	37	--	100%
Processo de luto	37	--	100%
Tristeza crônica	35	02	95%
<i>Necessidade psicossocial - Amor e Aceitação</i>			
Aceitação do estado de saúde	36	01	97%
Atitude familiar conflituosa	36	01	97%
<i>Necessidade psicossocial - Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</i>			
Autoimagem negativa	36	01	97%
Baixa Autoestima	35	02	95%
Baixa autoestima situacional (especificar)	36	01	97%
Identidade pessoal perturbada	37	--	100%
<i>Necessidade psicossocial - Liberdade e participação</i>			
Capacidade familiar de gerenciar o regime	33	04	89%

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Frequência de Concordância		IC (%)
	Concordaram	Não concordaram	
terapêutico prejudicada			
Enfrentamento familiar prejudicado	37	--	100%
Enfrentamento individual ineficaz	37	--	100%
Processo familiar prejudicado	37	--	100%
<i>Necessidade psicossocial - Educação para a saúde e aprendizagem</i>			
Comportamento de busca da saúde	35	02	95%
Falta de conhecimento sobre doença	36	01	97%
Falta de conhecimento sobre as atividades físicas	34	03	92%
Falta de conhecimento sobre medicação	36	01	97%
Manutenção da saúde prejudicada	36	01	97%
<i>Necessidade Psicoespiritual - Religiosidade e Espiritualidade</i>			
Crença cultural conflituosa	36	01	97%
Risco de sofrimento espiritual	36	01	97%
Sofrimento espiritual	37	--	100%

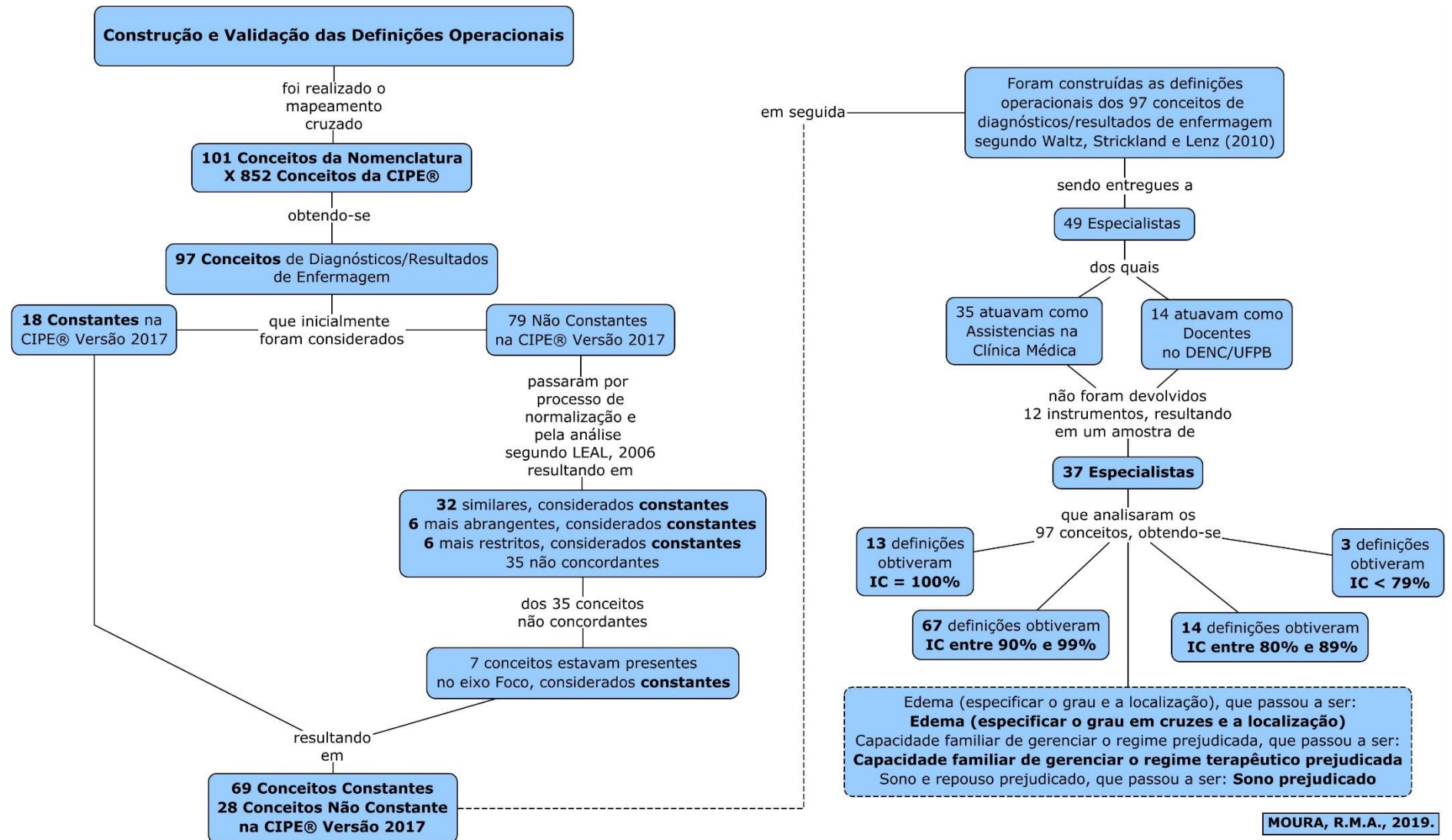
Dos 97 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB, 94 (97%) definições operacionais foram validadas e três (3%) não foram validadas pelos especialistas, a saber: Condição nutricional prejudicada e Limpeza das vias aéreas ineficaz, que apresentaram IC = 76%; e Volume de líquidos prejudicado, com IC = 72%. As definições que não foram validadas tiveram as sugestões para modificação acatadas integralmente em relação ao acréscimo e/ou retirada de indicadores empíricos utilizados em sua construção.

Treze definições operacionais obtiveram IC = 100% entre os especialistas, não sofrendo alterações de significado, a saber: Cognição prejudicada, Deglutição prejudicada, Desequilíbrio de líquidos, Enfrentamento familiar prejudicado, Enfrentamento individual ineficaz, Identidade pessoal perturbada, Medo (especificar), Negação, Processo de luto, Processo familiar prejudicado, Prurido (especificar localização), Sofrimento espiritual e Tosse seca.

Dos 25 conceitos que apresentaram IC = 97%, apenas dois sofreram alterações em suas definições, que foram: Perfusão tissular ineficaz e Risco de sofrimento espiritual. Os demais conceitos que apresentaram IC \geq 80% passaram por modificações nas definições operacionais de acordo com sugestão dos especialistas e o raciocínio clínico das pesquisadoras, a saber: 67 conceitos apresentaram IC entre 92% e 97%, ocorrendo a inclusão e/ou exclusão de um ou dois indicadores empíricos; e, quatorze conceitos apresentaram IC entre 81% e 89%, apresentando sugestões maiores de alterações em suas definições, sendo acatadas em sua maioria.

Ressaltam-se as alterações sugeridas pelos especialistas nos conceitos de diagnósticos/ resultados de enfermagem: Edema (especificar o grau **em cruces** e a localização) e Capacidade familiar de gerenciar o regime **terapêutico** prejudicada, que foram acrescidos os termos em **negrito**; e Sono e repouso prejudicado, que passou a ser Sono prejudicado. Tem-se o resultado das etapas de construção e validação das definições operacionais dos conceitos na Figura 8.

Figura 8 - Resultado das etapas de construção e validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB. João Pessoa, 2019.



Evidencia-se no Quadro 4 as definições operacionais dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB.

Quadro 4 - Definição operacional dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para pacientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB, como resultado da avaliação clínica das pesquisadoras acrescida às sugestões dos especialistas. João Pessoa, 2019.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
<i>Necessidade Psicobiológica - Oxigenação</i>	
Dispneia (especificar grau)	Movimento forçado do ar para dentro e fora dos pulmões, caracterizado por respiração curta, insuficiência de oxigênio no sangue circulante, alteração da profundidade respiratória, aumento da frequência respiratória, utilização da musculatura acessória para respirar, sensação de opressão torácica, cansaço respiratório, agitação, batimento de asa de nariz, dificuldade na realização de atividades normais, como falar, locomover-se, alimentar-se, presença de ruídos adventícios como sibilos, estertores e roncosp. Pode ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e intensa.
Hipóxia por congestão	Déficit na oxigenação devido ao acúmulo excessivo de fluido corpóreo (sangue ou outros fluidos) em um determinado tecido, caracterizada por cianose, taquicardia, fadiga, vasoconstricção periférica, diminuição dos sons respiratórios, tontura, alteração no discernimento, raciocínio e tempo de reação.
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Manutenção da passagem de ar da boca para os alvéolos pulmonares prejudicada, devido a incapacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório, caracterizando-se por sujidade na cavidade oral ou narinas, cianose, inquietação, dificuldade respiratória, mudança na frequência respiratória, quantidade excessiva de muco.
Respiração prejudicada	Estado no qual o indivíduo apresenta comprometimento no processo fisiológico de inalar oxigênio do meio circulante e liberar dióxido de carbono, caracterizado por inspiração ou expiração que não proporciona ventilação adequada, pressão expiratória ou inspiratória diminuída ou aumentada, uso da musculatura acessória para respirar, alterações na profundidade respiratória, batimento de asa de nariz.
Tosse produtiva	Expulsão súbita do ar dos pulmões para as vias aéreas superiores associada a infecção respiratória por microrganismos patogênicos ou uso crônico do cigarro, caracterizada por expectoração de secreções e/ou muco, alteração no padrão respiratório, obstrução nasal, vômito, dificuldade para ingestão de líquidos, cansaço, alteração do apetite.
Tosse seca	Expulsão súbita do ar dos pulmões para as vias aéreas de forma irritativa, sem expectoração de muco e/ou secreção, associada a processos alérgicos, irritação residual após quadro de infecção

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	respiratória, asma, medicamentos, irritação do diafragma, exposição a fumaça ou substâncias químicas, caracterizada por vontade constante de tossir, sensação de irritação e secura na garganta, chiado, alteração dos sons respiratórios dificuldade para respirar, alteração da voz, desobstrução ineficaz de vias aéreas, ansiedade.
Troca de gases prejudicada	Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar, como resultado da alteração na simetria do esforço respiratório, caracterizado por frequência respiratória alterada, taquicardia, batimento de asa de nariz, gases sanguíneos arteriais anormais, cianose de extremidades, cor da pele anormal (pálida escurecida), transpiração excessiva, cefaleia ao acordar, alteração no discernimento, distúrbios visuais, irritabilidade, inquietação, sonolência.
<i>Necessidade Psicobiológica - Hidratação</i>	
Ascite	Acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, caracterizado pelo aumento considerável do volume abdominal, ganho de peso, edema, plenitude pós-prandial, alteração do apetite, náuseas, vômito, dificuldade para respirar (principalmente na posição dorsal).
Desequilíbrio de eletrólitos	Anormalidades nos níveis de um ou mais eletrólitos, como sódio, potássio, cálcio, magnésio, causadas por deficiência ou excesso de minerais no organismo, caracterizado por vômitos, diarreia, calor excessivo, sudorese, pressão arterial alterada, aumento da frequência cardíaca, olhos encovados, sonolência, alteração ou perda do nível consciência, elasticidade da pele diminuída.
Desequilíbrio de líquidos	Diminuição, aumento ou rápida mudança dos líquidos corporais de uma localização para outra no organismo, caracterizado por desidratação ou edema, diarreia, vômito, perda ou ganho de peso.
Edema (especificar o grau em cruzes e a localização)	Retenção de líquido intersticial em qualquer região ou órgão do corpo, caracterizado por tumefação do local, aumento da pressão hidrostática e da permeabilidade capilar, diminuição da concentração de proteínas no sangue, ganho de peso, oligúria, diminuição da flexibilidade dos locais edemaciados (turgescência), desconforto ou dor à deambulação, irritabilidade, dor à palpação.
Ingestão de líquidos prejudicada	Estado pelo qual o indivíduo apresenta diminuição da ingestão de líquidos (abaixo de sua necessidade individual, calculada por peso corporal) em 24 horas, caracterizado por pele e mucosas secas, sede, perda súbita de peso, fraqueza, diminuição do volume de pulso e aumento da frequência de pulso, diminuição da eliminação de urina e sensação de ardência ou desconforto ao urinar.
Volume de líquidos prejudicado	Estado no qual o indivíduo apresenta alteração do equilíbrio entre a ingestão e eliminação de líquidos e/ou eletrólitos (ingestão maior que eliminação), caracterizado por alteração na pressão sanguínea, no estado mental, no padrão respiratório;

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	edema ou anasarca, azotemia, dispneia, ganho de peso em curto período, hematócrito e hemoglobina diminuídos, oligúria.
<i>Necessidade Psicobiológica - Nutrição</i>	
Apetite prejudicado	Estado em que o indivíduo apresenta sensação prejudicada de satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por um ou mais tipos de alimentos, que pode estar associado a doenças, uso de medicamentos, dificuldade de mastigação ou deglutição, lesão na cavidade oral, modificação dos hábitos alimentares, caracterizando-se por recusa ou ingestão parcial das refeições, sons intestinais hiperativos, perda de peso.
Condição nutricional prejudicada	Ingestão de nutrientes que excede ou é insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas do indivíduo, caracterizado por massa corporal 20% ou mais acima do ideal para a altura ou massa corporal 20% ou mais abaixo do ideal para a altura, ingestão excessiva de nutrientes em relação às necessidades metabólicas ou desnutrição, quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos de forma a não suprir as necessidades fisiológicas.
Déficit de autocuidado para alimentar-se	Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação, caracterizado pela incapacidade de realizar ou concluir uma refeição, de levar os alimentos à boca, inaptidão física, fadiga ou fraqueza muscular.
Deglutição prejudicada	Dificuldade apresentada no processo de condução de alimentos, saliva e/ou líquidos, da boca ao estômago, passando pela faringe e esôfago, caracterizado por déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.
Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária)	Ingestão de alimentos diminuída para as necessidades diárias, caracterizado por perda de peso, mucosas pálidas, alteração no paladar, aversão ao alimento, lesão na cavidade oral, sons intestinais hiperativos, déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica, plenitude pós-prandial, distensão abdominal, desconforto ou dor epigástrica.
Peso corporal excessivo	Dimensão física obtida por meio da mensuração da quantidade de massa e gordura corporal, associado a ingestão excessiva de nutrientes em relação às necessidades metabólicas e falta de exercício físico e/ou processo patológico, caracterizado por peso corporal elevado e gordura corporal normalmente de 10, 20% ou mais, acima do ideal, com aumento na proporção de células gordurosas, principalmente nas vísceras e nos tecidos subcutâneos.
Peso corporal reduzido	Dimensão física obtida por meio da mensuração da quantidade de massa e gordura corporal, associado a diminuição da ingestão de nutrientes em relação às necessidades metabólicas e/ou processo patológico, caracterizado por peso corporal diminuído de 20% ou mais, abaixo do ideal.
<i>Necessidade Psicobiológica - Eliminação</i>	
Constipação	Diminuição na frequência normal e volume de evacuação, caracterizada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	eliminação de fezes excessivamente duras e secas, geralmente apresentando dor abdominal à evacuação, massa abdominal palpável no quadrante inferior esquerdo, redução da motilidade gástrica, ruídos intestinais hipoativos e abdômen distendido.
Corrimento vaginal	Secreção fisiológica de fluidos pela vagina incolor ou levemente esbranquiçada, sem odor, tornando-se patológico quando está relacionado a alguma doença ginecológica, caracterizando-se por fluxo vaginal excessivo, odor (forte ou fétido), coloração (branco, amarelado, esverdeado, marrom) e consistência diferentes do habitual, podendo apresentar prurido vulvovaginal, dor pélvica, dor e ardor ao urinar, dor durante a relação sexual.
Eliminação intestinal prejudicada	Estado no qual o indivíduo apresenta comprometimento da evacuação de fezes com características normais, caracterizado por alteração na frequência e volume de evacuação habitual, dor ou distensão abdominal, mal-estar, ruídos intestinais hiperativos ou hipoativos, fezes endurecidas e ressecadas ou fezes liquefeitas ou não moldadas, dor ou desconforto ao evacuar.
Incontinência urinária	Perda involuntária de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal e/ou incapacidade de controle dos esfíncteres vesical e uretral, caracterizada por observação e/ou relato de perda involuntária de urina sob esforço (espirrar, rir, tossir), na ausência de contração do músculo detrusor e de distensão excessiva da bexiga.
Náusea	Estado em que o indivíduo apresenta sensação iminente de vomitar, caracterizado por sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorreia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, distensão gástrica, tontura ou enjoo.
Retenção urinária	Esvaziamento vesical incompleto ou acúmulo involuntário de urina na bexiga, caracterizada por diminuição ou ausência de eliminação urinária, eliminação vesical frequente e pequena, distensão vesical, dor ou desconforto ao urinar, sensação de bexiga cheia.
Risco de constipação	Risco de apresentar diminuição na frequência normal de evacuação de fezes, associado a hábitos irregulares de evacuação, eliminação de fezes de modo difícil ou incompleto, imobilidade física, diminuição da ingestão de alimentos/nutrientes, ingestão insuficiente de líquidos.
Vômito	Expulsão do conteúdo gástrico por meio da boca, precedido ou não de náuseas, caracterizado por mal-estar súbito, salivação excessiva, com perda de líquidos corporais podendo causar desequilíbrios hidroeletrólíticos.
<i>Necessidade Psicobiológica - Sono e repouso</i>	
Sono prejudicado	Alteração na qualidade e duração do sono, decorrentes de fatores internos e/ou ambientais, caracterizado por ambiente desfavorável, interrupção do sono, sensação de noite mal dormida, indisposição para as atividades cotidianas, dificuldade para iniciar o sono, irritabilidade, dificuldade de concentração e aprendizado.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
Sonolência	Estado intermediário entre o sono e a vigília, seja por processos patológicos e/ou uso de medicamentos, caracterizado por incapacidade para responder aos estímulos e/ou movimentos normais, vontade irresistível de dormir ou cochilar durante situações e atividades do cotidiano.
<i>Necessidade Psicobiológica - Atividade física</i>	
Capacidade para transferência prejudicada	Limitação para deslocar-se de forma independente, relacionado a dor, limitação no movimento físico ou equilíbrio prejudicado, caracterizada por incapacidade de mover-se entre duas superfícies próximas.
Exaustão do tratamento	Sensação de perda de força ou resistência devido ao tratamento extenuante ou estresse psicológico severo, caracterizado por sensação de esgotamento físico ou mental, irritabilidade, oposição ou realização parcial do tratamento.
Fadiga	Sensação de esgotamento e indisposição para realizar as rotinas pessoais habituais, caracterizado por falta de energia, fraqueza muscular, cansaço físico e mental, apatia, processo de pensamento prejudicado, foco de atenção reduzido.
Falta de capacidade de gerenciar o regime de atividades físicas	Situação em que o indivíduo não apresenta disposição ou habilidade para implementar o plano de exercícios físicos, caracterizado pelo relato de indisposição ou inaptidão física ou mental.
Intolerância à atividade física	Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades da vida diária requeridas ou desejadas, caracterizada por fadiga, desconforto respiratório, dispnéia aos esforços, palpitações, dor torácica.
Marcha (caminhada) prejudicada	Estado em que o indivíduo apresenta ineficácia dos movimentos do corpo de um lugar para outro, incapacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz dentro dos níveis de velocidade, desde lento e moderado a passos rápidos, caracterizado pela limitação na independência da capacidade de andar em situações diversas, dificuldade para percorrer distâncias necessárias, devido a alteração cognitiva, dor, equilíbrio prejudicado, força muscular insuficiente, medo de cair, obesidade, prejuízos musculoesqueléticos ou neuromusculares ou visão prejudicada.
Mobilidade física prejudicada	Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo de uma ou mais extremidades, caracterizada por deambulação prejudicada, amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se e mover-se, movimentos descontrolados, desconforto e instabilidade postural, redução das atividades motoras e tremor induzido pelo movimento.
<i>Necessidade Psicobiológica - Segurança física e do meio ambiente</i>	
Infecção	Invasão dos tecidos corporais de um organismo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, comprometendo a saúde do indivíduo, caracterizada por alterações laboratoriais, comprometimento funcional local ou sistêmico, hipertermia, eritema, rubor, calor.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
Risco de infecção	Susceptibilidade à invasão dos tecidos corporais de um organismo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, podendo comprometer a saúde do indivíduo, associada a fatores de risco, tais como, internação hospitalar, evidência de contato com fontes de infecção, resposta imunológica inadequada, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.
<i>Necessidade Psicobiológica - Cuidado corporal e ambiental</i>	
Capacidade de autocuidado prejudicada	Estado pelo qual o indivíduo apresenta comprometimento da capacidade de realizar por si só as atividades da vida diária, caracterizado pela dependência de terceiros para lidar com as necessidades básicas e individuais do autocuidado.
Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada	Inaptidão física ou mental para realizar ou completar as atividades de higiene corporal por si mesmo, caracterizada por incapacidade de manter-se limpo e arrumado, de acessar o banheiro ou pegar artigos de higiene, de lavar e secar o corpo, de lavar regularmente as mãos e cortar as unhas, limpar os ouvidos, nariz e áreas perineais, utilizando princípios para preservar e manter a limpeza.
Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada	Estado pelo qual o indivíduo apresenta comprometimento da capacidade de vestir-se e despir-se por si mesmo, com dependência de terceiros, caracterizado pela limitação ou dificuldade de calçar e tirar meias, sapatos ou itens de vestuário.
<i>Necessidade Psicobiológica - Integridade física</i>	
Integridade da pele prejudicada	Epiderme e/ou derme danificada em decorrência de processos patológicos, procedimentos invasivos, fatores mecânicos, imobilidade física, pressão sobre saliência óssea, umidade, alteração no turgor da pele, na sensibilidade, na pigmentação da pele, circulação prejudicada, prurido, caracterizado por rompimento da pele: flictena, perfuração, escoriação, hiperemia, com ou sem sangramento.
Lesão por pressão (especificar localização e estágio)	Dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento, podendo também ser afetada pela condição do indivíduo (nutrição, perfusão, comorbidades), caracterizado por pele íntegra com eritema que não embranquece (estágio 1); perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme (estágio 2); perda da pele em sua espessura total (estágio 3); perda da pele em sua espessura total e perda tissular (estágio 4); perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível (lesão por pressão não classificável); descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece (lesão por pressão tissular profunda); e lesão relacionada a dispositivo médico.
Membrana mucosa oral (ou bucal) prejudicada	Lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral e/ou orofaringe, geralmente ocasionada por ressecamento, uso de equipamentos de pressão positiva, efeito colateral de algumas

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	drogas, higiene oral prejudicada, caracterizado por dor ou desconforto oral, dificuldade para alimentar-se, edema na mucosa oral, fissura labial, gengivite, língua saburrosa, halitose, paladar alterado, estomatite, sangramento.
Mucosa ocular prejudicada	Desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva, caracterizado por visão turva, embaçada ou desfocada, diminuição da acuidade visual uni ou bilateral, mucosa seca ou exsudativa, edema, prurido ocular, ardor, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, hiperemia ocular.
Pele seca	Condição em que ocorre diminuição da camada lipídica e perda importante de água da pele, principalmente na epiderme, caracterizada por alteração no turgor, pele esbranquiçada e sem brilho, áspera, podendo apresentar fissuras e escamas.
Prurido (especificar localização)	Estado no qual o indivíduo apresenta sensação cutânea desagradável, causada por processo patológico ou reação medicamentosa, caracterizado por impulso para coçar a pele, o couro cabeludo ou demais partes do corpo, formigamento irritante, coloração avermelhada na pele afetada, ressecamento e fissura da pele.
Risco de integridade da pele prejudicada	Susceptibilidade à alteração na epiderme e/ou derme, associada a processos patológicos, procedimentos invasivos, fatores mecânicos, imobilidade física, pressão sobre saliência óssea, umidade, alteração no turgor da pele, na sensibilidade, na pigmentação da pele, circulação prejudicada, prurido.
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação vascular</i>	
Arritmia	Alteração da frequência e do ritmo dos batimentos cardíacos, tornando-o rápido (taquicardia), lento (bradicardia) ou irregular (arritmia ou disritmia), caracterizado por peso ou dor torácica, batimentos cardíacos irregulares, acelerados ou lentos, falta de ar, tontura, desmaio, palidez cutânea, sudorese e alteração do nível de consciência.
Débito cardíaco prejudicado	Quantidade excessiva ou insuficiente de sangue bombeado pelo ventrículo esquerdo por minuto, para atender às demandas metabólicas corporais, apresentando alterações eletrocardiográficas, caracterizado por bradicardia, palpitações, taquicardia; pré-carga alterada identificada por distensão da veia jugular, edema, fadiga, murmúrio cardíaco; pós-carga alterada identificada por alteração da pressão sanguínea, cor anormal da pele, dispneia, oligúria, pele fria, úmida e pegajosa, pulsos periféricos diminuídos, tempo de preenchimento capilar prolongado, podendo apresentar ansiedade e inquietação.
Perfusão tissular ineficaz	Estado em que o indivíduo apresenta redução na circulação sanguínea, capaz de comprometer a saúde, caracterizado por pulsos arteriais periféricos diminuídos ou ausentes, modificações na cor da pele (palidez, cianose, hiperemia reativa) e na temperatura da pele (mais fria, mais quente), dor em extremidades, alteração na pressão sanguínea, tempo de preenchimento capilar > 3 segundos.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
Pressão arterial alterada	Aumento ou diminuição da pressão arterial, com valores fora dos parâmetros aceitáveis instituídos, caracterizado por visão dupla ou turva, zumbido nos ouvidos, boca seca, cefaleia ou dor na nuca, vômito, mal-estar, sonolência, sensação de desmaio, podendo ser assintomática.
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação térmica</i>	
Hipertermia	Elevação da temperatura corporal igual ou acima de 40°C, associado a disfunção do sistema nervoso central ou reação a medicamentos, imunobiológicos ou hemoderivados; fatores externos como exposição excessiva ao sol, golpes de calor, introdução artificial de elevada temperatura corporal por razões terapêuticas, caracterizado por pele avermelhada, seca e quente ao toque, vasodilatação periférica, taquicardia, taquipneia, sonolência, cefaleia, confusão mental, irritabilidade, sudorese, letargia, coma.
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação neurológica</i>	
Cognição prejudicada	Processo intelectual negativo envolvendo os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio, memória, atenção, imaginação, linguagem e ação, caracterizado pela dificuldade na aquisição de conhecimento, de modo a prejudicar a capacidade do indivíduo desempenhar suas atividades de vida diárias.
Confusão	Pensamento distorcido com alienação mental, transitória ou permanente, perturbação na cognição e atenção, memória prejudicada, desorientação em relação à pessoa, lugar e/ou tempo, caracterizada por fala incoerente, agitação e/ou ausência de senso de direção, de origem ou surgimento indeterminado. Classifica-se em: Aguda: Início abrupto e reversível ou Crônica: Deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva.
Consciência prejudicada	Estado no qual o indivíduo não está completamente consciente e alerta, caracteriza-se por confusão mental de curta duração, prejuízo na memória, no julgamento, na orientação e na cognição.
Delírio	Estado em que o indivíduo apresenta crença baseada em inferência incorreta sobre a realidade externa, caracterizada por declínio da vigilância, agitação psicomotora e convicção excessiva sobre algo que não pode ser modificada pela razão, argumento ou persuasão, ou pela evidência dos próprios sentidos.
<i>Necessidade Psicobiológica - Sensopercepção</i>	
Alucinação	Estado em que o indivíduo apresenta estímulos sensoriais sem fundamento na realidade, caracterizado pelo aparecimento de impressão ou noção falsa de sensações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou táteis.
Audição prejudicada	Comprometimento da capacidade de ouvir corretamente, caracterizando-se por relato de dificuldade de compreensão da fala, sensação de opressão nos ouvidos, presença de zumbidos, ruídos ou chiados.
Disúria	Dificuldade para urinar, caracterizada por dor uretral e vesical, que pode estar acompanhada por ardência ou desconforto ao

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	urinar.
Dor (especificar intensidade e localização)	Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais, potenciais ou descritas, caracterizada por relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, aparência abatida, agitação, choro, irritabilidade, busca de posições para alívio da dor, alteração no sono, processo de pensamento prejudicado, foco de atenção reduzido, afastamento de contato social, perda do apetite, mudanças em parâmetros fisiológicos, como pressão sanguínea, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio.
Visão prejudicada	Comprometimento da capacidade de enxergar, caracterizado por visão embaçada ou distorcida, diminuição do campo visual, dificuldade em focar objetos, dor ocular.
<i>Necessidade Psicobiológica - Terapêutica e de prevenção</i>	
Adesão ao regime de atividade física	Ação iniciada pela própria pessoa para promover o seu bem-estar, recuperação e/ou reabilitação, seguindo orientações profissionais, caracterizado pela adesão a um quadro de ações ou comportamentos para iniciar ou retomar o hábito de atividade física.
Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada	Condição insatisfatória para atingir os objetivos de programas de prevenção, tratamento ou recuperação da saúde e bem-estar, caracterizado pela inaptidão física ou mental de realizar ou coordenar o regime terapêutico.
Falta de resposta ao tratamento	Condição em que o paciente não responde de forma satisfatória a terapêutica instituída como tratamento, seja ele de recuperação ou manutenção da saúde, caracterizado pela ausência de resposta clínica.
Não adesão ao regime terapêutico	Decisão tomada pelo próprio indivíduo ou família de não aceitar as orientações da equipe, discordando ou sendo indiferente ao regime terapêutico, caracterizado por não adquirir os medicamentos na data devida, não tomar os medicamentos como orientado e não demonstrar internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde.
<i>Necessidade Psicossocial - Comunicação</i>	
Comunicação prejudicada	Ausência parcial ou total de troca de informações, sentimentos, pensamentos ou expressões verbais ou não verbais, caracterizado por dificuldade de transmitir ou receber ideias, desejos ou necessidades aos outros indivíduos, seja por consciência prejudicada, visão ou audição prejudicadas, distúrbio da comunicação ou dificuldade de expressar-se verbalmente (afasia, disfasia, disartria).
<i>Necessidade Psicossocial - Gregária</i>	
Falta de apoio social	Ausência de sustentação do indivíduo por parte da sociedade ou entidades sociais, caracterizada por ausência de pessoas significativas, de recursos sociais e/ou pessoais adequados, recusa do indivíduo em aceitar o apoio social.
Isolamento social	Estado em que o indivíduo deixa de participar de atividades

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	sociais em grupo, de forma voluntária ou não, caracterizado pelo isolamento físico, social ou afetivo, falta de energia emocional, ausência de pessoas significativas, alteração na aparência física, transtornos psicossociais.
Risco de desamparo	Susceptibilidade de apresentar falta de auxílio ou de proteção, de ser abandonado no decorrer do processo patológico, tanto pela família quanto pelo meio social em que vive, associada a incapacidade para assumir controle e agir de modo independente, sentir-se indefeso, submissão a cuidadores.
<i>Necessidade Psicossocial - Segurança emocional</i>	
Angústia (especificar o grau)	Condição psíquica que pode ser percebida por meio de manifestações físicas e emocionais, caracterizada por tristeza, palidez facial, mãos e pés frios e úmidos, xerostomia, midríase, cefaleia, dor e sensação de aperto no peito, taquicardia, palpitações, sensação de sufocamento, dispneia, inquietação, desassossego constante, pensamentos negativos. Pode ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e severa.
Ansiedade (especificar o grau)	Condição psíquica de apreensão provocada pela antecipação de uma situação, caracterizando-se por preocupação excessiva e irrealista perante situações rotineiras da vida, presença de ideias, pensamentos ou impulsividade considerados invasivos e inapropriados que a pessoa se sente incapaz de controlar, podendo surgir sintomas físicos como palidez cutânea, dispneia, taquicardia, sudorese, mãos e pés frios e úmidos, xerostomia, tontura, náuseas. Pode ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e severa.
Depressão	Condição psíquica caracterizada pela diminuição da atividade física e psicológica, sentimento de tristeza crônica e melancolia, alteração no humor, diminuição da concentração e do autocuidado, perda do apetite, insônia.
Desesperança	Estado subjetivo no qual o indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor, caracterizado por ausência de esperança, afeto diminuído, alterações no sono, apetite diminuído, falta de iniciativa, diminuição da concentração.
Medo (especificar)	Estado de alerta percebido quando algo é reconhecido como ameaça, perigo ou angústia, devido a causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga, caracterizado por apreensão, inquietação, excitação, náusea, vômito, palidez, pressão sanguínea, frequência respiratória e transpiração aumentadas, alteração no sono, pesadelos, pupilas dilatadas, sensação de alarme, pânico, receio, tensão aumentada.
Negação	Estado de evitar, negar ou não reconhecer o significado de um evento, como doença ou situação de saúde, a fim de minimizar a ansiedade ou conflito, caracterizado por ação declarativa por meio da qual se evita ou nega uma proposição afirmativa na tentativa de controlar ou ignorar situações que não dependem de

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	si, mas que precisam de aceitação ou mudanças.
Processo de luto	Sentimento de profunda tristeza, que pode ocorrer por morte de um ser humano ou de um animal de estimação, por separação conjugal, aposentadoria, demissão do trabalho, envelhecimento, doença, e por vários outros tipos de rompimento, caracterizado por choque, descrença, exaustão, cansaço intenso, letargia, angústia, reações de aflição, expressão do luto, choro, alarme, negação, raiva, aceitação, reorientação, expressão de sentimento de perda, aceitação da realidade da perda. Em um processo de luto podemos ou não vivenciar uma ou mais fases: negação, raiva/protesto, desespero, depressão e a aceitação, que culmina com a elaboração.
Tristeza crônica	Estado cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é experimentada por pai, mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência, em resposta às perdas ao longo da trajetória provocada por uma doença ou deficiência, caracterizado por sentimentos de pesar e melancolia associados à falta de energia por um longo período.
<i>Necessidade Psicossocial - Amor e Aceitação</i>	
Aceitação do estado de saúde	Estado em que o indivíduo reconhece a sua condição no processo saúde e doença, caracterizado por controle, redução ou eliminação, ao longo do tempo, de sentimentos de apreensão e tensão em relação ao seu estado de saúde.
Atitude familiar conflituosa	Relações comportamentais, psicológicas e/ou sociais desorganizadas e inapropriadas entre os membros da família, caracterizado por falta de adaptação a situação de doença, resistência a mudanças, negação ou resolução ineficaz de problemas.
<i>Necessidade Psicossocial - Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</i>	
Autoimagem negativa	Estado em que o indivíduo apresenta percepção distorcida de si mesmo perante outros, caracterizada por comportamentos negativos em relação à sua aparência e verbalização negativa de autoaceitação em relação ao próprio corpo.
Baixa Autoestima	Estado em que o indivíduo apresenta falta de amor por si mesmo, autoaceitação negativa, demonstrando sentimento de inferioridade e despreparado para a competitividade existente no mundo, caracterizado por verbalização de crenças negativas sobre si mesmo e de sentimentos de inutilidade, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.
Baixa autoestima situacional (especificar)	Estado em que o indivíduo apresenta falta de amor por si mesmo, autoaceitação negativa, demonstrando sentimento de inferioridade e despreparado para a competitividade existente no mundo em resposta a uma situação momentânea atual, caracterizado por verbalização de crenças negativas sobre si mesmo e de sentimentos de inutilidade, de percepção negativa da visão do próprio valor e capacidades.
Identidade pessoal	Compreensão alterada sobre si mesmo, incluindo habilidades,

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
perturbada	valores, posição social, sentido de vida e impacto nos outros, caracterizado por perturbação nos sentimentos de autoconfiança, autorrespeito, autoestima e autoimagem.
<i>Necessidade Psicossocial - Liberdade e participação</i>	
Capacidade familiar de gerenciar o regime terapêutico prejudicada	Condição familiar diminuída para atingir os objetivos de programas de prevenção, tratamento ou recuperação da saúde e bem-estar do familiar, caracterizado por inaptidão física ou mental de realizar ou coordenar o regime terapêutico.
Enfrentamento familiar prejudicado	Comportamento familiar ineficaz para enfrentamento da doença, caracterizado por ausência de gerenciamento de estresse, de senso de controle e de conforto psicológico.
Enfrentamento individual ineficaz	Comportamento individual ineficaz para enfrentamento da doença, caracterizado por ausência de gerenciamento de estresse, de senso de controle e de conforto psicológico.
Processo familiar prejudicado	Dificuldade nas interações ou padrões de relacionamento entre os membros da família, caracterizado por alteração dos papéis familiares, falta de objetivos em comum, indiferença a mudanças, incapacidade para reconhecer a necessidade de ajuda, incapacidade de lidar com tensões, estresse e crise, lar negligenciado, desconfiança ou insegurança entre os membros da família.
<i>Necessidade Psicossocial - Educação para a saúde e aprendizagem</i>	
Comportamento de busca da saúde	Estado em que o indivíduo busca, ativamente, formas de alterar seus hábitos e/ou seu ambiente visando a atingir à manutenção ou promoção de sua saúde, caracterizado pela elevação do bem-estar do indivíduo com saúde estável ou por sinais e sintomas de doença controlados, obedecendo a um curso não-agudo.
Falta de conhecimento sobre doença	Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, instrução, cognição ou reconhecimento da informação sobre a sua doença, caracterizado por ausência de compreensão de como lidar ou entender sinais e sintomas da sua doença.
Falta de conhecimento sobre as atividades físicas	Situação em que o indivíduo não apresenta conhecimento sobre regime de exercício físico, caracterizado pela observação ou relato de falta de conhecimento sobre atividades que tenham como objetivo alcançar ou manter a saúde e bem-estar.
Falta de conhecimento sobre medicação	Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, instrução, cognição ou reconhecimento da informação sobre a medicação prescrita, caracterizado por ausência de conhecimento sobre o manejo e resposta esperada da medicação que faz uso.
Manutenção da saúde prejudicada	Incapacidade para executar a manutenção da saúde e de comportamentos adaptativos em relação a práticas básicas de saúde, caracterizado por ausência ou períodos curtos com saúde e sustentação de práticas que promovam bem-estar.
<i>Necessidade Psicoespiritual - Religiosidade e Espiritualidade</i>	
Crença cultural conflituosa	Conflitos na convicção pessoal, caracterizado por divergência de opinião a partir do entendimento existente sobre seus valores

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Definição Operacional
	culturais.
Risco de sofrimento espiritual	Susceptibilidade de apresentar capacidade prejudicada para experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com a arte, música, literatura, natureza e/ou com um Ser maior, associada a sentimentos de falta de esperança e de significado e propósito na vida, falta de paz, serenidade, aceitação, amor, perdão de si próprio, coragem, presença de raiva e culpa, alienação e recusa de interações com amigos e familiares, incapacidade de participar de atividades espirituais, relacionados a religião ou devoção, sentimentos de abandono.
Sofrimento espiritual	Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com a arte, música, literatura, natureza e/ou com um Ser maior, caracterizado por falta de esperança e de significado e propósito na vida, falta de paz, serenidade, aceitação, amor, perdão de si próprio, coragem, presença de raiva e culpa, alienação e recusa de interações com amigos e familiares, incapacidade de participar de atividades espirituais, relacionados a religião ou devoção, sentimentos de abandono.

5.2 Segunda etapa da pesquisa: validação clínica

Para a fase de validação clínica da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, foram realizados vinte estudos de casos clínicos com pacientes maiores de 18 anos hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, sendo dez na Ala A e dez na ala B. Em relação aos tratamentos clínicos, os estudos de caso ocorreram com pacientes em curso agudo da doença (com finalidade diagnóstica), ou para tratamento de patologias crônicas, aleatoriamente.

Os vinte estudos de casos desse estudo foram relacionados às seguintes especialidades: dois da Pneumologia (10%), dois da Nefrologia (10%), um da Hematologia (5%), um Dermatologia (5%), quatro da Reumatologia (20%), três da Gastroenterologia (15%), cinco da Cardiologia (25%), um da Neurologia (5%) e um caso (5%) sem especialidade definida (Propedêutica). Não foi realizado nenhum estudo de caso na especialidade Endocrinologia, tendo em vista que não havia critério de admissão por especialidade.

Na caracterização dos pacientes em relação aos dados sociodemográficos: sexo, estado civil, grau de escolaridade e faixa etária (Tabela 3), observou-se a predominância do sexo

feminino, com 12 (60%) casos; nove (45%) casos possuíam estado civil casado(a) e quatro (20%) em união estável, totalizando 13 (65%) casos com relacionamento afetivo estável; cinco (25%) casos cursaram o ensino fundamental incompleto, cinco (25%) casos o ensino médio incompleto e cinco (25%) casos o ensino médio completo; por fim, observa-se sete (35%) casos na faixa etária de 31 a quarenta anos.

Tabela 3 - Caracterização dos pacientes que participaram dos estudos de casos clínicos em relação aos dados sociodemográficos: sexo, estado civil, grau de escolaridade e faixa etária. João Pessoa, 2019.

SEXO	F	%	ESTADO CIVIL	F	%
Feminino	12	60	Solteiro (a)	06	30
Masculino	08	40	Casado (a)	09	45
			União estável	04	20
			Divorciado (a)	01	5
GRAU DE ESCOLARIDADE	F	%	FAIXA ETÁRIA	F	%
Analfabeto	02	10	De 18 a 30 anos	04	20
Ensino fundamental incompleto	05	25	De 31 a 40 anos	07	35
Ensino fundamental completo	01	5	De 41 a 50 anos	04	20
Ensino médio incompleto	05	25	De 51 a 60 anos	02	10
Ensino médio completo	05	25	De 61 a 70 anos	03	15
Ensino superior completo	02	10			

A média de acompanhamento dos estudos de caso foram de dez visitas, da data de admissão até a alta hospitalar, com o mínimo de duas e o máximo de 24 visitas por caso. Devido aos casos com longo período de internamento, o tempo médio de permanência hospitalar foi de quatorze dias, com o mínimo de dois e o máximo de 34 dias.

Ressalta-se que, dois casos realizaram procedimento cirúrgico (angioplastia) e permaneceram por 48 horas em observação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HULW, retornando à Clínica Médica e permanecendo até a alta hospitalar; um caso foi internado na Clínica Médica por dez dias, sendo posteriormente transferido para Clínica Cirúrgica, onde realizou procedimento cirúrgico (drenagem de pseudocisto pancreático) e permaneceu por quinze dias até receber alta hospitalar; um caso foi a óbito, após cinco dias de internamento na Clínica Médica e doze na UTI; e, um caso, evadiu-se da Clínica Médica após dez dias de internamento. No decorrer dos internamentos foram realizadas visitas de acompanhamento dos pacientes em todos os casos da admissão até a alta hospitalar, mesmo havendo mudança de clínica durante o período de permanência do paciente no HULW/UFPB.

5.2.1 Estudos de Casos Clínicos

A seguir será exemplificado um Caso Clínico (CASO 1), como forma de ilustrar a implementação de todas as etapas do Processo de Enfermagem utilizados nesse estudo. Ressalta-se que os demais casos clínicos foram incluídos na análise dos dados como caso único e constam individualmente na íntegra no Apêndice E.

CASO 01

- **Histórico de Enfermagem**

No dia 18/09/2018, foi admitido na Clínica Médica do HULW/UFPB D.A.V., 43 anos, sexo masculino, católico, solteiro - mora só, ensino fundamental incompleto (5º ano), pedreiro. com queixa principal de prurido intenso e lesões descamativas no corpo todo, proveniente de Patos-PB. Paciente portador de Psoríase com diagnóstico há 6 anos, procurou o ambulatório de reumatologia do HULW referindo não suportar mais a presença de lesões com crostas amareladas, descamativas e pruriginosas disseminadas pelo corpo todo, além do surgimento recente de dores articulares. Relata que desde o diagnóstico faz uso irregular da medicação, porém há cerca de 1 ano parou todo o tratamento e acompanhamento por conta própria, pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Possui hipóteses de diagnósticos médicos: 1) Psoríase; 2) Hepatopatia crônica por álcool; 3) Eritrodermia descamativa; 4) Osteomielite?; 5) Infecção secundária. Ao exame físico: evolui em repouso no leito, referindo **dificuldade para deambular** em decorrência das **dores e limitações articulares** - faz uso de bengala, refere **sensação de exaustão física e mental, energia física insuficiente**; consciente e orientado, comunicativo, em respiração espontânea, Sat.: 98%, FR: 16mpm; **mucosas hipocoradas (+/4+)**, apresentando face ruborizada, **pele ressecada, turgor e elasticidade diminuídos, baixa ingesta hídrica** (não sabe mensurar); abdômen plano, flácido, **timpânico à percussão, doloroso à palpação** superficial em região do hipogástrio, ruídos hidroaéreos presentes, **fígado palpável**; apresenta **alimentação pobre em nutrientes**, alimentando-se nos bares com petiscos, raramente alimenta-se de uma refeição completa; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações, apresentando frequência de evacuação em média 4-6 vezes/semana, Peso atual:60kg, Altura:1m70cm, IMC:20,76kg/m² (normal); sono satisfatório; **não realiza atividade física** regular, **relata dores articulares à movimentação**,

paresia em membros inferiores e **amplitude limitada de movimento** das articulações dos membros superiores e inferiores; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (18/09), sem sinais flogísticos; **higiene corporal precária**, exalando **odor fétido**, **higiene oral precária**, apresentando falhas dentárias, cáries aparentes e halitose, apresenta **unhas grossas, sulcadas e descoladas**, com sujeira aparente; apresenta **pele seca com fissuras e escamas**, com **rompimento da pele em toda a extensão corporal** por **lesões infectadas** com exsudação amarelada e fétida, com bases eritematosas; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:80bpm, PA:130x90mmHg; T:36,8°C; não possui edemas; pulso radial periférico palpável, P:78bpm, perfusão periférica preservada e rede venosa periférica comprometida, em decorrência das lesões de pele; ausência de varizes e equimoses. Apresenta **pouca compreensão das orientações**, **não possui clareza de ideias**, principalmente com relação à gravidade do seu diagnóstico e do estágio atual da doença; **não segue o tratamento** para a manutenção de sua saúde. Possui **relacionamento familiar conflituoso**, refere que sua irmã (técnica de enfermagem) se acha superior às outras pessoas e não gosta de receber ajuda dela; já a irmã refere que o paciente é uma pessoa muito complicada, de difícil convivência e que já tentou ajudá-lo várias vezes, mas não obteve sucesso - durante a admissão houve discussão entre os dois. Relata **tristeza** desde o seu primeiro adoecimento (há 6 anos), diz que o diagnóstico de Psoríase **modificou muito sua aparência e suas relações amorosas** (possui muita dificuldade de iniciar e manter relacionamentos amorosos), pessoais e profissionais, gostaria de poder conviver socialmente sem passar por constrangimentos, refere **isolamento social**. Demonstra **preocupação** pelo seu estado de saúde (acredita que sua saúde não está boa, pela necessidade do internamento) e **medo da morte**. Apresenta exposição de material ortopédico em braço esquerdo - há 4 anos realizou cirurgia ortopédica por uma colisão de carro que sofreu. Quando consegue trabalhar, relata satisfação com sua renda mensal, sendo suficiente para as suas necessidades - no momento segue sem renda, pois está sem condições de trabalhar; recebe ajuda financeira da família. **Tabagista e etilista há 30 anos e usuário de drogas**. Escala de **Risco de Queda** de Morse: 85 (**alto risco**). Escala de Braden/**Risco de Lesão por pressão**: 14 (**risco moderado**). Nega alergia medicamentosa.

- **Planejamento da assistência de enfermagem**

No Quadro 5, evidencia-se o Planejamento da Assistência de Enfermagem, catalogadas por Necessidades Humanas Básicas e por ordem cronológica de identificação.

Quadro 5 - Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso um, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Hidratação	Hidratação da pele diminuída (18/09/2018) / Hidratação da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar meta de ingestão de líquidos, de acordo com a necessidade do paciente; • Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; • Orientar a utilização de cremes hidratantes.
	Risco de desidratação (18/09/2018) / Risco de desidratação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a pele diariamente; • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; • Monitorar sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, mucosas secas); • Monitorar sinais vitais.
Nutrição	Condição nutricional prejudicada (18/09/2018) / Condição nutricional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Monitorar aceitação alimentar; • Orientar sobre hábitos saudáveis alimentares, com refeições balanceadas; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Eliminação	Flatulência (18/09/2018) / Flatulência melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Avaliar distensão abdominal; • Estimular deambulação, sob supervisão; • Orientar a evitar alimentos que provoquem gases; • Orientar aumento do tempo de mastigação.
	Náusea (21/09/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; • Proporcionar alimentação satisfatória; • Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente; • Orientar sobre a ingestão de líquidos durante as refeições; • Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; • Manter o recipiente de eliminação

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		próximo ao paciente.
	Risco de constipação (24/09/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.
	Eliminação urinária espontânea (18/09/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Sono e repouso	Sono prejudicado (21/09/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
Atividade física	Intolerância à atividade física (18/09/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos da paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; • Proporcionar conforto ao paciente.
	Mobilidade física prejudicada (18/09/2018) / Mobilidade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar limitações atuais, considerando as atividades diárias do paciente; • Orientar quanto à importância da deambulação; • Auxiliar e/ou orientar o auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar na realização das atividades de higiene, se necessário; • Ensinar precauções de segurança ao paciente e/ou acompanhante; • Orientar sobre a prevenção de lesão por pressão.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Fadiga (21/09/2018) / Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga; • Ajudar o paciente a priorizar atividades; • Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; • Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); • Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.
Segurança física e do meio ambiente	Infecção (18/09/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
	Risco de queda (18/09/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
Cuidado corporal e ambiental	Capacidade de autocuidado prejudicada (18/09/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar; • Estimular as atividades de autocuidado; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		atividades de vida diária, se necessário; • Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; • Referir paciente ao serviço social.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (18/09/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	• Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Ferida infectada (18/09/2018) / Ferida infectada melhorada	• Avaliar hábitos de higiene pessoal; • Orientar quanto à importância de higiene corporal; • Encorajar a ingestão adequada de nutrientes e líquidos; • Avaliar a evolução das lesões; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
	Integridade da pele prejudicada (18/09/2018) / Integridade da pele melhorada	• Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
	Pele seca (18/09/2018) / Pele seca melhorada	• Avaliar parâmetros laboratoriais (ureia elevada); • Orientar quanto à hidratação da pele com produtos apropriados; • Monitorar as áreas ressecadas da pele; • Orientar quanto à ingestão adequada de nutrientes; • Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; • Orientar o paciente e/ou acompanhante a executar rotina de cuidados com a pele.
	Prurido (18/09/2018) / Prurido resolvido	• Identificar a causa do prurido; • Orientar que a fricção da pele seja

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<p>realizada com a polpa digital, se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto ao autocuidado com a pele; • Aplicar cremes ou óleos adequados sempre que necessário; • Realizar troca de lençóis sempre que necessário; • Verificar diariamente a pele do paciente.
	<p>Risco de lesão por pressão (18/09/2018) / Risco de lesão por pressão diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecionar a pele do paciente e avaliar as áreas de pressão; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar ingestão nutricional adequada; • Manter lençóis limpos, secos e esticados; • Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas e períodos de deambulação, quanto tolerado; • Proteger as proeminências ósseas a cada troca de posição corporal.
Regulação vascular	<p>Pressão arterial alterada (24/09/2018) / Pressão arterial controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar fatores relacionados à alteração da pressão arterial; • Monitorar a pressão arterial; • Monitorar queixas de tonturas e/ou cefaleia; • Desestimular consumo de sódio; • Orientar quanto à importância da redução do estresse e ansiedade.
Sensopercepção	<p>Dor musculoesquelética intensa (10/10) (18/09/2018) / Dor musculoesquelética melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
	<p>Dor em hipogástrio moderada (8/10) (18/09/2018) / Dor em hipogástrio melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		prescrição médica.
	Orientação no tempo e no espaço prejudicada (21/09/2018) / Orientação no tempo e no espaço melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações básicas (lugar, tempo e data), quando necessário; • Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia da semana, mês e ano; • Observar se o paciente tem noção do tempo decorrido no hospital; • Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento); • Perguntar sobre o lugar (nome do hospital, andar, cidade, endereço); • Solicitar a colaboração da família para ajudá-lo; • Usar uma abordagem calma com o paciente.
	Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo) (21/09/2018) / Sintoma de abstinência melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar sintoma de abstinência; • Monitorar abstinência; • Manter o ambiente seguro; • Manter vigilância contínua; • Monitorar sinais vitais.
	Alucinação (25/09/2018) / Alucinação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação de confiança com o paciente; • Manter o ambiente seguro; • Manter grades da cama elevadas à noite; • Manter vigilância contínua; • Referir paciente ao serviço de psicologia;
Terapêutica e de prevenção	Não adesão ao regime terapêutico (18/09/2018) / Não adesão ao regime terapêutico melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar barreiras para a não adesão ao regime terapêutico; • Adequar à utilização dos medicamentos de acordo com a rotina diária da paciente; • Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença; • Orientar o paciente acerca do regime terapêutico proposto.
	Falta de resposta ao tratamento (18/09/2018) / Falta de resposta ao tratamento melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar o paciente ao tratamento proposto; • Orientar sobre a necessidade de aderir ao tratamento; • Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença.
	Capacidade de gerenciar o regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do paciente sobre o regime terapêutico;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	prejudicada (18/09/2018) / Capacidade de gerenciar o regime terapêutico melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a condição social em que o paciente se encontra inserido; • Adaptar a orientação de acordo com seu nível de cognição; • Estimular a participação do paciente e da família no regime terapêutico.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Comunicação	Comunicação preservada (18/09/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Gregária	Isolamento social (18/09/2018) / Isolamento social melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a participação em atividades sociais, comunitárias ou grupos de apoio; • Orientar o paciente a envolver pessoas significativas em suas atividades sociais; • Encorajar maior envolvimento nas relações pessoais que forem estabelecidas; • Incentivar realização de atividades que promovam conforto emocional.
Segurança emocional	Medo (da morte) (18/09/2018) / Medo da morte melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Aproximar-se do paciente sem julgá-lo; • Identificar as causas desse sentimento; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente.
	Tristeza crônica (18/09/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Evitar comentário negativos; • Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
	Ansiedade da hospitalização (26/09/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
Amor e aceitação	Atitude familiar conflituosa (18/09/2018) / Atitude familiar conflituosa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Promover relação de confiança com a família; • Oportunizar à família para expressar os seus sentimentos e preocupações; • Aconselhar a família a entender os comportamentos do paciente; • Esclarecer atitudes de conflito da família; • Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos.
	Bem-estar prejudicado (18/09/2018) / Bem-estar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sentimento de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Oferecer apoio emocional; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Autoimagem negativa (18/09/2018) / Autoimagem negativa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que interferem na autoimagem; • Orientar o paciente quanto à importância de fazer a barba, cortar os cabelos, cortar as unhas; • Incentivar a aceitação da imagem corporal.
Liberdade e participação	Enfrentamento individual ineficaz (18/09/2018) / Enfrentamento individual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença; • Apoiar o paciente e avaliar a compreensão dele acerca do processo da doença; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.
	Processo familiar prejudicado (18/09/2018) / Processo familiar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar familiares quanto à doença e ao tratamento do paciente; • Orientar familiares quanto à importância do paciente conseguir aderir ao tratamento instituído; • Auxiliar os membros da família a implementar estratégias para normalização da situação de saúde do

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		paciente.
Educação para a saúde e aprendizagem	Manutenção da saúde prejudicada (18/09/2018) / Manutenção da saúde melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde; • Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.
<i>Necessidades Psicoespirituais</i>		
Religiosidade e espiritualidade	Angústia espiritual (18/09/2018) / Angústia espiritual melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a importância da espiritualidade na vida do paciente e no enfrentamento da doença; • Investigar o desejo de prática espiritual acessível durante o internamento; • Ouvir as necessidades espirituais do paciente; • Solicitar visitas de liderança religiosa, conforme aceitação do paciente.

- **Evoluções e avaliação de enfermagem**

Evolução (19/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; sono satisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (18/09); abdômen flácido, timpânico e doloroso à palpação em região do hipogástrio (4/10), fígado palpável, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações (SIC). Refere limitação e dor articular intensa (10/10) e astenia. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm, FC:80bpm, PA:130x90mmHg; T:35,6°C.

Evolução (20/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; AVP salinizado em membro superior esquerdo (MSE) pérvio (20/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, timpânico e doloroso; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações (SIC); sono satisfatório. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm, FC:78bpm, PA:130x90mmHg; T:36,5°C.

Evolução (21/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, refere tontura ao levantar-se; consciente e com quadro de desorientação, comunicativo; aceitou

pouco dieta hospitalar, referiu náusea antes de alimentar-se; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; sono insatisfatório, acordou várias vezes durante a noite com pesadelos e tremores, refere que a causa é por estar sem ingerir bebida alcoólica; AVP saliniza do em MSE pérvio (20/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, timpânico e doloroso; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações (SIC). Refere sensação de exaustão física e mental, energia insuficiente. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. Hemograma: Hb:13,4g/dL, Ht:40,8%. SSVV: FR:18mpm, FC:62bpm, PA:140x90mmHg; T:36,1°C.

Evolução (24/09/2018): Paciente evolui estável, agitado, deambulando com ajuda, refere tontura ao levantar-se; consciente e com quadro de desorientação; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (22/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, doloroso; eliminação vesical espontânea presente e sem alteração e intestinal endurecida (SIC). Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:16mpm, FC:72bpm, PA:180x110mmHg; T:36,6°C.

Evolução (25/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, refere melhora da tontura; consciente e com melhora da desorientação, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (24/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, doloroso; eliminação vesical espontânea presente e sem alteração e intestinal endurecida (SIC). Refere pesadelos e alucinações visuais (viu animais). Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm, FC:78bpm, PA:140x80mmHg; T:36,5°C.

Evolução (26/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda; consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (26/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor; eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Queixando-se de dor articular leve (2/10). Paciente impaciente, apresentando ansiedade por alta hospitalar. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:20mpm, FC:80bpm, PA:100x60mmHg; T:36,4°C.

Evolução (27/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda; consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (26/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor à palpação, fígado palpável; eliminações

fisiológicas sem alterações (SIC). Paciente bastante impaciente e agitado. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. Exame: USG de abdômen total: hepatomegalia associado à esteatose hepática grau I. SSVV: FR:20mpm, FC:80bpm, PA:120x70mmHg; T:36,4°C.

Avaliação (28/09/2018): Paciente recebeu ALTA HOSPITALAR. Durante o internamento apresentou receptividade as orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora significativa de sua queixa inicial. O paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e demonstrou interesse em aprender sobre sua doença e a necessidade de tomar todos os medicamentos prescritos, bem como as mudanças necessárias em seu estilo de vida. Foi orientado a procurar atendimento ambulatorial nutricional, psicológico e com grupo de apoio (para o álcool e outras drogas), pois entendeu a necessidade e limitações que o diagnóstico trará para sua vida se não for tratado do modo correto, bem como o risco de morte aumentado. O processo de enfermagem foi aplicado desde o momento do internamento até a alta hospitalar, evidenciando-se como uma ferramenta eficaz no que se refere ao acompanhamento, organização do pensamento, decisões e das ações realizadas, bem como no estabelecimento de confiança entre paciente e pesquisadora. Porém, o paciente apresenta grandes dificuldades sociais, emocionais e relacionadas ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, não sendo possível obter o resultado esperado na maior parte dos diagnósticos e intervenções traçadas, em decorrência também do curto período de internamento relacionado à grande complexidade da história do paciente. Desta forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, ocorreram dentro da possibilidade de realização pela pesquisadora.

5.2.1.1 Análise dos estudos de casos clínicos como caso único

A partir dos problemas de enfermagem identificados nos estudos de casos clínicos, observou-se que: nas Necessidades Psicobiológicas foram construídos 276 diagnósticos/resultados de enfermagem e elencadas 1.368 intervenções, perfazendo uma média de cinco intervenções por conceito; nas Necessidades Psicossociais foram construídos 85 diagnósticos/resultados de enfermagem e elencadas 387 intervenções, perfazendo uma média de quatro/cinco intervenções por conceito; e, nas Necessidades Psicoespirituais foram

construídos cinco diagnósticos/resultados de enfermagem e elencadas vinte intervenções, perfazendo uma média de quatro intervenções por conceito.

Na tabela 4, tem-se a distribuição dos 366 diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas: Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais.

Tabela 4 - Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB, por Necessidades Humanas Básicas: Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa, 2019.

Necessidades Humanas Básicas	Conceitos Diagnósticos	
	F	%
Necessidades Psicobiológicas	276	100
Oxigenação	16	6
Hidratação	12	4
Nutrição	31	11
Eliminação	42	15
Sono e repouso	13	5
Atividade física	18	7
Segurança física e do meio ambiente	33	12
Cuidado corporal e ambiental	20	7
Integridade física	43	16
Regulação vascular	11	4
Regulação térmica	03	1
Sensopercepção	26	9
Terapêutica e de prevenção	08	3
Necessidades Psicossociais	85	100
Comunicação	09	11
Gregária	01	1
Segurança Emocional	28	33
Amor e aceitação	10	12
Autoestima, Autoconfiança, Autorrespeito	07	8
Liberdade e Participação	06	7
Educação para a Saúde e Aprendizagem	24	28
Necessidades Psicoespirituais	05	100
Religiosidade e Espiritualidade	05	100

5.2.1.1.1 Necessidades Psicobiológicas

Nas Necessidades Psicobiológicas foram construídos 276 diagnósticos/resultados de enfermagem. Em seguida, foram agrupadas como estudo de caso único, sendo retiradas as repetições, obtendo como resultado: 69 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais: 36 (52%) encontram-se na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW, 30 (44%) na Nomenclatura das demais clínicas do HULW, e três (4%) foram construídos com base na CIPE® Versão 2017, a saber: Sono prejudicado, Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo) e Vertigem postural (tontura). Ressalta-se o total de 96% de conceitos de diagnósticos/ resultados de enfermagem identificados de acordo com a Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®.

Os 36 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW, foram: Alucinação, Apetite Prejudicado, Ascite, Capacidade de autocuidado prejudicada, Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada, Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada, Condição nutricional prejudicada, Constipação, Déficit de autocuidado para alimentar-se, Dispneia (especificar a intensidade), Disúria, Dor (especificar localização e intensidade), Edema (especificar localização e escala em cruzes), Fadiga, Falta de resposta ao tratamento, Febre, Infecção, Ingestão de alimentos insuficiente, Integridade da pele prejudicada, Intolerância à atividade física, Lesão por pressão (especificar localização e estágio), Marcha (caminhada) prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Não adesão ao regime terapêutico, Náusea, Pele seca, Pressão arterial alterada, Prurido, Risco de constipação, Risco de infecção, Risco de integridade da pele prejudicada, Sonolência, Tosse produtiva, Tosse seca, Visão prejudicada e Vômito.

Os 30 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem presentes na Nomenclatura das demais clínicas do HULW, foram: Acesso intravenoso prejudicado, Acesso intravenoso preservado, Capacidade para executar a higiene oral (ou bucal) prejudicada, Capaz de executar o autocuidado, Desnutrição, Dor cutânea, Dor musculoesquelética, Eliminação urinária espontânea, Eliminação urinária reduzida, Expectoração produtiva, Ferida infectada, Flatulência, Hidratação da pele diminuída, Ingestão de alimentos excessiva, Insônia, Mobilidade na cama prejudicada, Obesidade, Orientação no tempo e no espaço prejudicada, Peso corporal reduzido, Recuperação do estado de saúde esperado, Recuperação do estado de saúde retardado, Risco de desequilíbrio de eletrólitos, Risco de desequilíbrio de líquidos, Risco de desidratação, Risco de glicemia instável, Risco de lesão por pressão, Risco de queda, Risco de sangramento, Risco de volume de líquidos prejudicado e Sobrepeso. Ressalta-se que, os conceitos das demais clínicas que apresentaram maior frequência foram: Eliminação urinária espontânea, em vinte casos; Acesso intravenoso preservado, em dezoito casos; Capaz de executar o autocuidado, em doze casos; e Risco de queda, em dez casos. Os demais conceitos obtiveram frequência entre um e sete casos.

Para fins de cômputo, os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem: Dispneia leve e Dispneia moderada, foram considerados como Dispneia (especificar intensidade); Edema em MMSS e MMII e Edema em MMII, foram considerados como Edema (especificar localização e escala em cruzes); e Dor de cabeça leve, Dor epigástrica moderada, Dor na ferida cirúrgica leve, Dor em flanco esquerdo intensa, Dor em hipocôndrio direito leve, Dor em hipogástrico moderada, Dor precordial intensa, Dor torácica intensa, foram considerados como Dor (especificar localização e intensidade); Dor musculoesquelética

moderada e Dor musculoesquelética intensa, foram considerados como Dor musculoesquelética.

Apresenta-se na Tabela 5 a distribuição dos 276 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem dos estudos de casos clínicos realizados na Clínica Médica do HULW, por Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas.

Tabela 5 - Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas. João Pessoa, 2019.

Necessidades Humanas Básicas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	F
Oxigenação	Dispneia (especificar intensidade)	05
	Expectoração produtiva	03
	Tosse produtiva	03
	Tosse seca	05
Hidratação	Ascite	01
	Edema (especificar localização e escala em cruces)	03
	Hidratação da pele diminuída	03
	Risco de desequilíbrio de eletrólitos	01
	Risco de desequilíbrio de líquidos	01
	Risco de desidratação	02
	Risco de volume de líquidos prejudicado	01
Nutrição	Apetite prejudicado	10
	Condição nutricional prejudicada	03
	Déficit de autocuidado para alimentar-se	01
	Desnutrição	01
	Ingestão de alimentos excessiva	05
	Ingestão de alimentos insuficiente	02
	Obesidade	01
	Peso corporal reduzido	01
	Sobrepeso	07
Eliminação	Constipação	03
	Eliminação urinária espontânea	20
	Eliminação urinária reduzida	01
	Flatulência	03
	Náusea	06
	Risco de constipação	07
	Vômito	02
Sono e repouso	Insônia	01
	Sono prejudicado	09
	Sonolência	03
Atividade física	Fadiga	06
	Intolerância à atividade física	07
	Marcha (caminhada) prejudicada	01
	Mobilidade física prejudicada	03

Necessidades Humanas Básicas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	F
	Mobilidade na cama prejudicada	01
Segurança física e do meio ambiente	Infecção	07
	Risco de infecção	16
	Risco de queda	10
	Capacidade de autocuidado prejudicada	06
Cuidado corporal e ambiental	Capacidade para executar a higiene oral (ou bucal) prejudicada	01
	Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada	01
	Capaz de executar o autocuidado	12
Integridade física	Acesso intravenoso prejudicado	03
	Acesso intravenoso preservado	19
	Ferida infectada	01
	Integridade da pele prejudicada	09
	Lesão por pressão (especificar localização e estágio)	02
	Pele seca	02
	Prurido	02
	Risco de integridade da pele prejudicada	01
	Risco de lesão por pressão	04
Regulação vascular	Pressão arterial alterada	04
	Risco de glicemia instável	03
	Risco de sangramento	04
Regulação térmica	Febre	03
	Alucinação	01
	Disúria	01
Sensopercepção	Dor (especificar localização e intensidade)	12
	Dor musculoesquelética	05
	Dor cutânea	01
	Orientação no tempo e no espaço prejudicada	02
	Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo)	01
	Vertigem postural (tontura)	02
	Visão prejudicada	01
Terapêutica e de prevenção	Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada	01
	Falta de resposta ao tratamento	02
	Não adesão ao regime terapêutico	03
	Recuperação do estado de saúde esperado	01
	Recuperação do estado de saúde retardado	01

Foram construídos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem negativos, positivos e de risco e enunciados de intervenções de enfermagem para cada diagnóstico/resultado identificado nos estudos de casos clínicos realizados com pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB. Nas Necessidades Psicobiológicas foram elencados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em treze componentes: Oxigenação, Hidratação, Nutrição, Eliminação, Sono e repouso, Atividade física, Segurança física e do meio ambiente, Cuidado corporal e ambiental, Integridade física, Regulação vascular,

Regulação térmica, Sensopercepção, Terapêutica e de prevenção.

Na **Necessidade de Oxigenação**, foram identificados quatro conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais quatro negativos (Dispneia (especificar intensidade), Expectoração produtiva, Tosse produtiva, Tosse seca), sendo os mais frequentes: Dispneia (especificar intensidade) e Tosse seca, em cinco casos cada.

Os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem **Dispneia e Tosse seca**, foram elencados em 25% dos casos clínicos desse estudo. Na CIPE® Versão 2017, os conceitos Dispneia e Tosse estão definidos como Processo do Sistema Respiratório Prejudicado, sendo Dispneia o “Movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade” (GARCIA, 2018, p.76), e Tosse a “Expulsão súbita do ar dos pulmões para as vias aéreas” (GARCIA, 2018, p.119), tornando-se seca quando ocorre de forma irritativa, sem expectoração de muco e/ou secreção.

Na **Necessidade de Hidratação**, foram identificados sete conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo três negativos (Ascite, Edema (especificar localização e escala em cruzes) e Hidratação da pele diminuída) e quatro de risco (Risco de desequilíbrio de eletrólitos, Risco de desequilíbrio de líquidos, Risco de desidratação e Risco de volume de líquidos prejudicado), apresentando-se como mais frequentes: Edema (especificar o grau em cruzes e a localização) e Hidratação da pele diminuída.

Na manutenção do equilíbrio hídrico, os líquidos corporais são controlados por quatro pressões básicas: hidrostática capilar; hidrostática intersticial; osmótica; e osmótica intersticial. Ocorre o Edema quando este equilíbrio é alterado por permeabilidade capilar aumentada, obstrução linfática, pressão hidrostática aumentada, pressão osmótica plasmática diminuída ou dilatação dos esfíncteres pré-capilares (BAIKIE, 2006). Nesse estudo, o diagnóstico/resultado de enfermagem **Edema (especificar o grau em cruzes e a localização)** foi identificado em 15% dos casos clínicos, sendo elencado quando houve presença de um ou mais indicadores empíricos, como: tumefação do local, aumento da pressão hidrostática e da permeabilidade capilar, diminuição da concentração de proteínas no sangue, ganho de peso, oligúria, diminuição da flexibilidade dos locais edemaciados (turgescência), desconforto ou dor à deambulação, irritabilidade, dor à palpação (NÓBREGA et al., 2018).

A diminuição da hidratação cutânea é evidenciada quando a pele pinçada entre os dedos retorna lentamente à sua posição anterior - em até 30 segundos, e pode ser causada por desidratação ou depleção de volume com transferência de líquido intersticial para o compartimento vascular, com a finalidade de manter o volume sanguíneo circulante (BAIKIE,

2006). O diagnóstico/resultado de enfermagem **Hidratação da pele diminuída** foi identificado em 15% dos casos clínicos nesse estudo, sendo elencado quando houve presença de indicadores empíricos como: alterações no turgor e/ou na pigmentação da pele, epiderme áspera, escamosa ou descamativa, pouco úmida, com riscos de rachaduras (NÓBREGA et al., 2018).

Na **Necessidade de Nutrição**, foram identificados nove conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo os nove negativos (Apetite prejudicado, Condição nutricional prejudicada, Déficit de autocuidado para alimentar-se, Desnutrição, Ingestão de alimentos excessiva, Ingestão de alimentos insuficiente, Obesidade, Peso corporal reduzido, Sobrepeso), elencando-se com mais frequência: **Apetite prejudicado**, em dez casos.

As deficiências nutricionais no ambiente intra-hospitalar ocasionam a redução da imunidade, aumentando o risco de infecções e consequências como a hipoproteïnemia, o edema, o aumento do tempo na cicatrização de feridas, o aumento na permanência hospitalar, entre outras. Dentre os aspectos que interferem na aceitação da dieta durante a hospitalização, podem-se citar: inapetência, falta de paladar, inabilidade da ingestão de alimentos ou má-absorção e o próprio ambiente hospitalar (AGNIS et al., 2016). Nesse estudo, o diagnóstico/resultado de enfermagem **Apetite prejudicado** foi identificado em 50% dos casos clínicos.

Na **Necessidade de Eliminação**, foram identificados sete conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo cinco negativos (Constipação, Eliminação urinária reduzida, Flatulência, Náusea, e Vômito), um de risco (Risco de constipação) e um positivo (Eliminação urinária espontânea), apresentando-se como mais frequentes: Eliminação urinária espontânea, em vinte casos, e Risco de Constipação, em sete casos.

Nesse estudo, o diagnóstico/resultado de enfermagem **Risco de Constipação** foi evidenciado em 35% dos casos clínicos. De acordo com a NANDA-I (2018, p.355), **Risco de Constipação** é a “Suscetibilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes, que pode comprometer a saúde”. Alguns fatores podem interferir no trânsito gastrointestinal do alimento, ocasionando diminuição da peristalse e tornando-se um agente desencadeador de constipação, como o processo de hospitalização, a imobilidade no leito e o uso concomitante de diferentes medicamentos (HONORATO; CRUZ, 2019).

O diagnóstico de enfermagem **Eliminação urinária espontânea** foi evidenciado em 100% dos casos clínicos desse estudo, sendo definido como: “Excreção urinária por meio da micção de 4 a 6 vezes ao dia, sem necessidade de qualquer intervenção externa” (NÓBREGA et al., 2018, p.90). As infecções mais frequentes registradas em uma unidade de terapia

intensiva nos Estados Unidos foram pneumonia, infecção do trato urinário (ITU) e infecção da corrente sanguínea, estas últimas relacionadas a manipulação de cateter vesical e da punção venosa periférica, respectivamente (QUEIROS et al., 2011). No Brasil, a ITU ocorre de 35 a 45% das infecções adquiridas no ambiente hospitalar, e caracteriza-se como a segunda infecção mais frequente na população geral (MOURA et al., 2007; MENEGUETI et al., 2012). Posto isso, ressalta-se a importância do diagnóstico/resultado positivo de enfermagem **Eliminação urinária espontânea** na prevenção de ITU durante o processo da hospitalização.

Na **Necessidade de Sono e Repouso**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo os três negativos (Insônia, Sono prejudicado, Sonolência), elencando-se com mais frequência: Sono prejudicado, em nove casos.

O diagnóstico/resultado de enfermagem **Sono prejudicado** foi identificado em 45% dos casos clínicos desse estudo. De acordo com a NANDA-I (2015, p.202), **Sono prejudicado** são as “interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos”. E, a CIPE® Versão 2017 define como: “Incapacidade crônica para dormir ou para permanecer adormecido durante a noite ou período de sono planejado, apesar da posição confortável em um ambiente adequado; acordado, sem sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos, como estresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, distúrbio da função cerebral e abuso de drogas” (GARCIA, 2018, p.91).

A presença da dor, bem como o uso de alguns medicamentos analgésicos (opioides), pode interferir nos estágios do sono, reduzindo os benefícios provenientes do tempo de sono adequado, o que pode afetar a capacidade de lidar com a dor e ocasionar dificuldade para concentrar-se e comunicar-se de forma efetiva (KAZANOWSKI, 2005). Nesse estudo, os fatores externos relatados com maior frequência foram os ruídos no ambiente em decorrência da rotina hospitalar (manipulação da equipe de enfermagem na administração de medicamentos ou verificação de sinais vitais após o início do sono), ruídos provocados por acompanhantes e/ou pacientes que compõem a enfermagem com conversas paralelas, volume excessivo de aparelhos eletrônicos e iluminação inadequada; e os fatores individuais foram a modificação do seu ambiente habitual de sono ou em decorrência de outros aspectos como presença de dor, ansiedade, entre outros.

Na **Necessidade de Atividade Física**, foram identificados cinco conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo os cinco negativos (Fadiga, Intolerância à atividade física, Marcha (caminhada) prejudicada, Mobilidade física prejudicada e Mobilidade

na cama prejudicada), apresentando-se com mais frequência: Intolerância à atividade física, em sete casos.

Na CIPE® Versão 2017, Intolerância à atividade foi definido como: “Condição, Prejudicada: Falta de capacidade ou energia para resistir ou completar atividades” (GARCIA, 2018, p.91), sendo elencado o conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem **Intolerância à atividade física** em 35% dos casos clínicos desse estudo, de acordo com a identificação clínica ou relato do paciente de um ou mais indicadores empíricos, como: fadiga, desconforto respiratório, dispneia aos esforços, palpitações, dor torácica.

Na **Necessidade de Segurança Física e do Meio Ambiente**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo um negativo (Infecção) e dois de risco (Risco de infecção, Risco de quedas), elencando-se com mais frequência: Risco de infecção, em dezesseis casos e Risco de quedas, em dez casos.

Na CIPE® Versão 2017, Infecção foi definido como: “Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e se multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo” (GARCIA, 2018, p. 90), sendo o **Risco de infecção** definido como a susceptibilidade de desenvolver infecção, geralmente associada a fatores de risco como: internação hospitalar, evidência de contato com fontes de infecção, resposta imunológica inadequada, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica. Prevenir a ocorrência de infecções durante a hospitalização requer o envolvimento da equipe multidisciplinar de saúde, tendo o enfermeiro fundamental papel nesse controle com a implementação das ações de enfermagem abordando o risco potencial de infecção e executando medidas que possam reduzir complicações provenientes desse processo (BARROS, et al., 2016; NERE, et al., 2017).

De acordo com a NANDA-I (2018, p.799), **Risco de quedas** foi definido como: “Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.” O incidente de quedas em pacientes hospitalizados encontra-se entre os principais eventos adversos que podem ser prevenidos em instituições de saúde. As quedas ocorrem com alta incidência no ambiente hospitalar e podem ser categorizados em quatro fatores: biológicos, comportamentais, ambientais e/ou fatores socioeconômicos (WHO, 2010; PASA et al., 2017). Foi utilizado nesse estudo como parâmetro de avaliação a Escala de Risco de Quedas de Morse, sendo evidenciado o Risco de quedas em 50% dos casos clínicos. Ressalta-se a importância da avaliação criteriosa do paciente pelo enfermeiro, tornando-se fundamental o planejamento de suas ações e a execução de medidas que minimizem a suscetibilidade para quedas.

Na **Necessidade de Cuidado Corporal e Ambiental**, foram identificados quatro conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais três são negativos (Capacidade de autocuidado prejudicada, Capacidade para executar a higiene oral (ou bucal) prejudicada e Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada) e um positivo (Capaz de executar o autocuidado), sendo os mais frequentes: Capaz de executar o autocuidado, em doze casos, e, dentre os negativos, Capacidade de autocuidado prejudicada, em seis casos.

De acordo com Nóbrega et al. (2018, p.135), **Capaz de executar o autocuidado** foi definido como: “Capacidade de desenvolver atividades de autocuidado sem auxílio de terceiros, tratando do que é necessário para se manter e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária, como alimentação, transferência, higiene, banho, vestir-se, despir-se e arrumar-se”, sendo evidenciado em 60% dos casos clínicos desse estudo.

Capacidade de autocuidado prejudicada foi identificado em 30% dos casos clínicos desse estudo e definido como: Estado pelo qual o indivíduo apresenta comprometimento da capacidade de realizar por si só as atividades da vida diária, caracterizado pela dependência de terceiros para lidar com as necessidades básicas e individuais do autocuidado.

Na CIPE® Versão 2017, define-se o Autocuidado como: “Atividade Autoexecutável: Cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas, individuais e essenciais, e atividades da vida diária” (GARCIA, 2018, p.61). A atuação profissional de enfermagem na identificação do indivíduo com limitações no autocuidado ou de cuidados dependentes é de extrema importância, pois, a partir dessa constatação, podem-se planejar e implementar as ações de enfermagem de modo efetivo, com foco na recuperação total do autocuidado pelo indivíduo (HERNÁNDEZ, PACHECO; LARREYNAGA, 2017).

Na **Necessidade de Integridade Física**, foram identificados nove conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais seis são negativos (Acesso intravenoso prejudicado, Ferida infectada, Integridade da pele prejudicada, Lesão por pressão (especificar localização e estágio), Pele seca e Prurido), dois de risco (Risco de integridade da pele prejudicada e Risco de lesão por pressão) e um positivo (Acesso intravenoso preservado), sendo os mais frequentes: Acesso intravenoso preservado, em dezenove casos, e, dentre os negativos, Integridade da pele prejudicada, em nove casos.

De acordo com Nóbrega et al. (2018, p.133), **Acesso Intravenoso preservado** foi definido como: “Acesso com características específicas, dentro da veia, que permite a coleta de material venoso para exames laboratoriais, assim como, introdução de fluidos por via

endovenosa, com fluxo controlado, para fins terapêuticos”. De acordo com o estudo realizado por Inocêncio et al. (2017) desenvolvido com uma amostra de oitenta pacientes, a taxa de incidência de flebite apresentada foi de 31,4%. Entre os fatores para o seu desenvolvimento, estavam: o tempo de permanência do dispositivo maior que 72 horas (55,9%), o uso de antibiótico (54,4%), o local de punção na região do antebraço (50,0%), e o grau do cuidado de enfermagem insatisfatório (72,7%). No intuito de obter resposta adequada frente ao uso do cateter intravenoso durante a hospitalização, o diagnóstico/resultado positivo de enfermagem Acesso Intravenoso preservado foi elencado em 95% dos casos clínicos, buscando-se prover orientação ao paciente para a manutenção adequada do cateter intravenoso, além de conscientizá-lo da necessidade da troca conforme rotina da instituição, bem como, para alertá-lo sobre a identificação precoce de sinais flogísticos, como dor, vermelhidão ou endurecimento no local da punção venosa.

De acordo com a NANDA-I (2018, p.770), **Integridade da pele prejudicada** foi definida como “epiderme e/ou derme alterada”, possuindo características definidoras, como: alteração na integridade da pele, área da pele quente ao toque, hematoma, sangramento, vermelhidão, podendo ter fatores relacionados externos: agente químico lesivo, excreções e/ou secreções, alteração de temperatura corporal (hipertermia ou hipotermia), pressão sobre saliência óssea e alteração na umidade; e internos como: alteração no volume de líquidos, nutrição inadequada, entre outros. Nesse estudo, o diagnóstico/resultado de enfermagem Integridade da pele prejudicada foi evidenciado em 45% dos casos clínicos.

Na **Necessidade de Regulação Vascular**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais um é negativo (Pressão arterial alterada), e dois são de risco (Risco de glicemia instável e Risco de sangramento), sendo mais frequentes: Pressão arterial alterada e Risco de sangramento, em quatro casos.

O diagnóstico/resultado de enfermagem **Pressão arterial alterada** foi identificado em 20% dos casos clínicos desse estudo e definido como: Aumento ou diminuição da pressão arterial, com valores fora dos parâmetros aceitáveis instituídos, caracterizado por visão dupla ou turva, zumbido nos ouvidos, boca seca, cefaleia ou dor na nuca, vômito, mal-estar, sonolência, sensação de desmaio, podendo ser assintomática. A elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica (hipertensão) pode ocorrer de maneira súbita ou gradativa e possui dois tipos principais: hipertensão essencial (primária) e hipertensão secundária, que resulta de outra causa identificável, como a doença renal. A hipertensão é a principal causa de acidente vascular cerebral, doença cardíaca e insuficiência renal e acomete entre 22 a 44% da população adulta no Brasil, ressaltando-se um percentual de indivíduos que desconhecem ser

portadores de hipertensão. Já a diminuição da pressão arterial (hipotensão), geralmente está associada ao choque, mas também pode ser resultante de um distúrbio cardiovascular, respiratório, neurológico ou metabólico (BAIKIE, 2006). A identificação precoce da alteração da pressão arterial e o tratamento eficaz são de grande importância clínica, bem como, o uso de aparelhos calibrados e técnica precisa de verificação de pressão arterial (PREDROSA; DRAGER, 2017).

De acordo com a NANDA-I (2018, p.811), **Risco de sangramento** foi definido como: “Susceptibilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde”, sendo evidenciado em 20% dos casos clínicos nesse estudo, geralmente associado à realização de procedimentos cirúrgicos.

Na **Necessidade de Regulação Térmica**, foi identificado o conceito de diagnóstico/ resultado de enfermagem negativo **Febre** em três casos, o que corresponde a 15% dos casos clínicos desse estudo. Na CIPE® Versão 2017, Febre foi definido como:

“Elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a crise ou queda da febre é acompanhada de pele ruborizada e quente e sudorese” (GARCIA, 2018, p.83).

Na **Necessidade de Sensopercepção**, foram definidos nove conceitos de diagnósticos/ resultados de enfermagem, sendo os nove negativos (Alucinação, Disúria, Dor (especificar localização e intensidade), Dor cutânea, Dor musculoesquelética, Orientação no tempo e no espaço prejudicada, Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo), Vertigem postural (tontura), Visão prejudicada), apresentando-se mais frequente: Dor, em dezoito (90%) casos clínicos - considerando os conceitos: Dor (especificar localização e intensidade), em doze casos; Dor musculoesquelética, em cinco casos e Dor cutânea, em um caso).

Na CIPE® Versão 2017, o conceito **Dor** foi definido como Percepção Prejudicada: “Aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação e perda do apetite” (GARCIA, 2018, p.76).

De acordo com Nóbrega et al. (2018, p.194), define-se **Dor cutânea** como: “Sensação de dor originada pelo tecido cutâneo associada à infecção, queimadura, traumatismo e doença

da pele, sendo que a dor na pele é descrita como sensação aguda de picada intensa, formigante, cortante, que queima”. E, **Dor musculoesquelética** como:

Sensação de dor originada nos músculos (mialgia), ossos das articulações (artralgia) ou dentes; a sensação é descrita geralmente como profunda, pesada e dolorosa, referida como uma dor flutuante, intermitente, surda, aguda e latejante, ativada por movimentos de partes do corpo ou o corpo inteiro, estando presente também nos períodos de repouso. Dor artrítica proveniente de uma condição inflamatória de articulações edemaciadas (NÓBREGA et al., 2018, p.123).

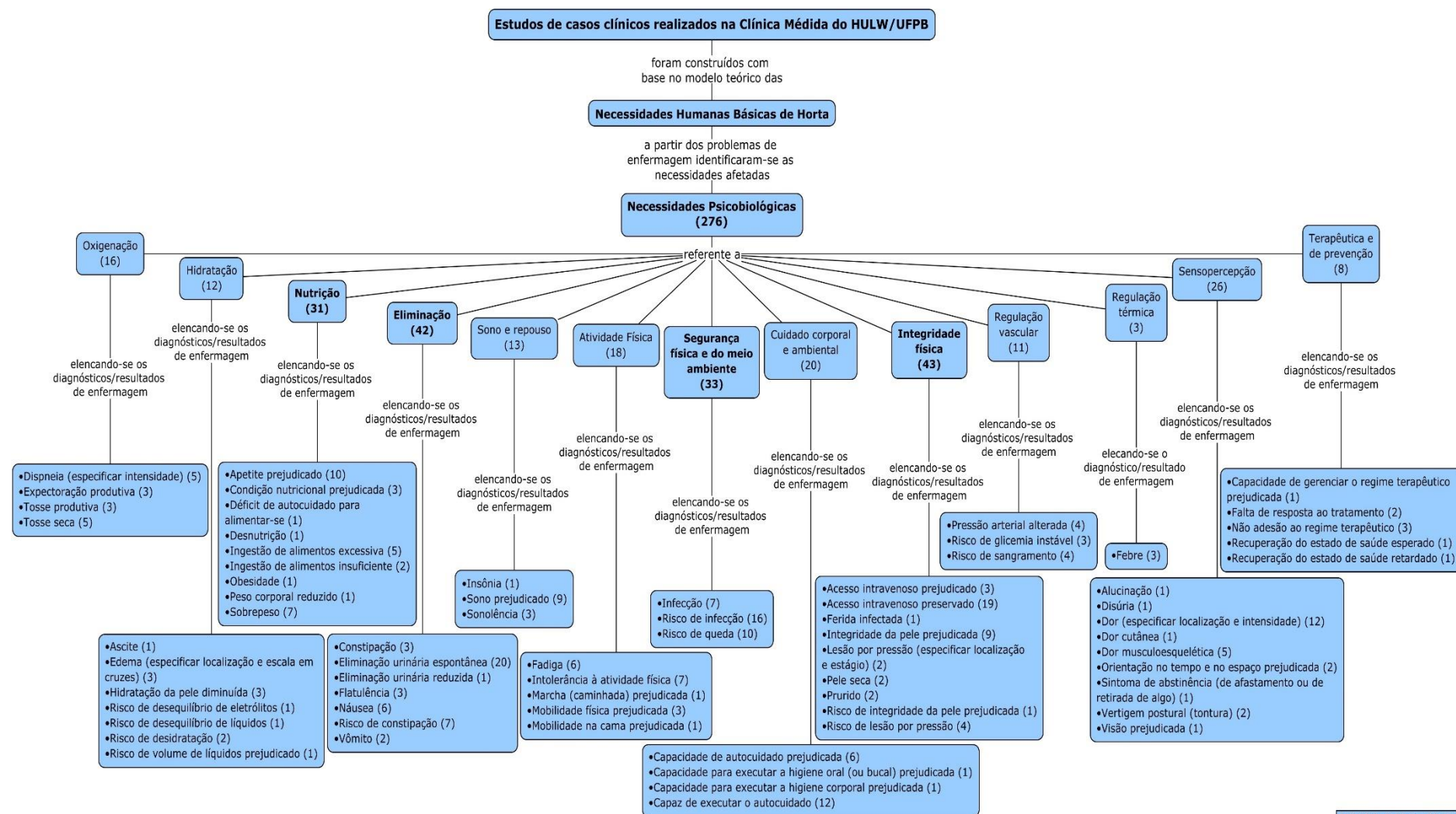
A dor é uma percepção subjetiva e individual, que pode apresentar-se de forma aguda ou crônica, com intensidade e tipo variáveis, sendo descrita frequentemente como: agonia, pressão, queimação, dor perfurante ou penetrante, entre outros, podendo coexistir mais de um tipo ou sensação. As causas da dor são variadas e podem estar relacionadas a traumatismos, cirurgias, estresse, inflamações, patologias, alterações hormonais, partos e isquemias. Outros fatores podem afetar a dor experimentada pelo indivíduo, como: ansiedade, medo, impotência, raiva, fadiga, distúrbios do sono e concepções culturais. Ressalta-se que a presença da dor não ocorre de modo independente ou dissociada do resto da vida do indivíduo, sendo relevante a avaliação criteriosa, de modo a evitar que outros fatores interfiram no tratamento da dor (KAZANOWSKI, 2005).

Na **Necessidade de Terapêutica e de Prevenção**, foram identificados cinco conceitos de diagnósticos/resultados, dos quais quatro são negativos (Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada, Falta de resposta ao tratamento, Não adesão ao regime terapêutico, Recuperação do estado de saúde retardado) e um positivo (Recuperação do estado de saúde esperado), sendo o mais frequente: Não adesão ao regime terapêutico, em três casos.

Características individuais do paciente e da doença em si, os medicamentos utilizados e a interação entre o paciente e o serviço de saúde, são alguns dos fatores relacionados a não adesão ao tratamento descritos pela literatura. Condições de saúde individuais do paciente podem apresentar-se como barreiras específicas para a não adesão ao tratamento, por exemplo: doenças assintomáticas como a hipertensão arterial sistêmica, que pela ausência de sintomas perceptíveis ao indivíduo ou falta de compreensão sobre o curso da doença, pode levar o paciente a ter dificuldades no uso regular dos medicamentos; regime medicamentoso complexo: uso concomitante de drogas, horários de administração diferentes ou dificuldades relacionadas à via de administração, também está associado à não adesão (TAVARES et al., 2016). Nesse estudo, **Não adesão ao regime terapêutico** foi identificado em 15% dos casos clínicos.

Na Figura 9, tem-se a síntese dos 276 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas, de Horta.

Figura 9 - Síntese dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidade Humanas Básicas - Psicobiológicas. João Pessoa, 2019.



Com relação às intervenções de enfermagem nas Necessidades Psicobiológicas, foram elencadas 326 para os 69 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, mantendo a média quatro/cinco intervenções por conceito. Para a construção das intervenções de enfermagem utilizou-se a “Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE[®]”, os conceitos primitivos e pré-coordenados de intervenções de enfermagem da CIPE[®] Versão 2017, e, em alguns casos, foram realizadas pequenas adaptações nos conceitos de intervenções da Nomenclatura ou da CIPE[®], de acordo com o raciocínio clínico das pesquisadoras, conforme a necessidade do estudo de caso clínico. Apresenta-se na Tabela 6 a distribuição das 325 intervenções de enfermagem por conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem e o percentual destas intervenções por Necessidade Humana Básica.

Tabela 6 - Distribuição das intervenções de enfermagem por conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem identificadas nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, e o percentual das intervenções por Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas. João Pessoa, 2019.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
<i>Necessidade Psicobiológica - Oxigenação</i>		19	6%
Dispneia (especificar grau)	Elevar cabeceira do leito;		
	Administrar oxigênio, se necessário;		
	Avaliar condição hemodinâmica;		
	Realizar gasometria, se necessário;		
	Monitorar sinais vitais.		
Expectoração produtiva	Orientar quanto a exercícios de expulsão do muco;		
	Monitorar a expectoração;		
	Avaliar coloração da expectoração.		
Tosse produtiva	Estimular a ingestão hídrica adequada;		
	Orientar sobre a necessidade de tossir e expectorar efetivamente;		
	Encorajar a tosse para expelir secreções;		
	Realizar ausculta respiratória.		
Tosse seca	Investigar as causas da tosse;		
	Orientar paciente a sentar-se com a cabeça levemente fletida, durante os acessos de tosse;		
	Elevar cabeceira do leito;		
	Administrar oxigênio, se necessário;		
	Proporcionar ambiente limpo e arejado;		
	Realizar ausculta respiratória;		
	Monitorar sinais vitais.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Hidratação</i>		28	7%
Ascite	Manter cabeceira elevada;		
	Observar distensão abdominal;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	Monitorar as condições da pele abdominal; Acompanhar resultados de exames laboratoriais (albuminemia, proteinúria, eletrólitos).		
Edema (especificar localização e escala em cruzes)	Avaliar o grau de edema periférico por meio da escala em cruzes; Registrar a evolução e a localização do edema; Avaliar pressão arterial; Orientar cuidados com a pele; Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; Monitorizar a resposta do paciente ao tratamento diurético pela regressão do edema e peso corporal.		
Hidratação da pele diminuída	Planejar meta de ingestão de líquidos, de acordo com a necessidade do paciente; Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; Orientar a utilização de cremes hidratantes.		
Risco de desequilíbrio de eletrólitos	Monitorar resultados laboratoriais (níveis de eletrólitos); Detectar a ocorrência de letargia, hipotensão e câimbras musculares.		
Risco de desequilíbrio de líquidos	Monitorar as alterações hídricas (edema, débito urinário, sangramento); Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; Monitorar sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, mucosas secas).		
Risco de desidratação	Avaliar a pele diariamente; Monitorar coloração, frequência e volume urinário; Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; Monitorar sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, mucosas secas); Monitorar sinais vitais.		
Risco de volume de líquidos prejudicado	Identificar fatores de risco; Avaliar o paciente diariamente (edema periférico); Desestimular consumo de sódio; Encorajar ingesta hídrica, conforme a necessidade do paciente; Verificar turgor da pele.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Nutrição</i>		34	11%
Apetite prejudicado	Identificar as causas de diminuição de apetite; Investigar preferências alimentares do paciente; Estabelecer relação de apoio ao paciente; Estimular a ingestão de alimentos; Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Condição nutricional prejudicada	Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; Monitorar aceitação alimentar; Orientar sobre hábitos saudáveis alimentares, com refeições		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	balanceadas;		
	Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Déficit de autocuidado para alimentar-se	Identificar fatores que interferem no autocuidado para alimentação;		
	Orientar o auxílio na alimentação;		
	Orientar o paciente e acompanhante a adotar um melhor posicionamento para a alimentação;		
	Orientar higiene da cavidade oral adequada.		
Desnutrição	Estimular a ingestão de refeições fracionadas, no intervalo de três em três horas;		
	Registrar a aceitação alimentar;		
	Orientar o paciente e acompanhante quanto a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde;		
	Orientar o paciente e acompanhante sobre a importância da adesão do paciente a dieta prescrita;		
	Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Ingestão de alimentos excessiva	Orientar o paciente sobre os riscos causados pela alimentação inadequada;		
	Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis;		
	Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária)	Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde;		
	Monitorar aceitação alimentar;		
	Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Obesidade	Orientar o paciente sobre os riscos causados pelo excesso de peso;		
	Incentivar à prática de atividade física regular, de acordo com tolerância;		
	Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis;		
	Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Peso corporal reduzido	Informar ao paciente quanto à importância da alimentação regular;		
	Referir paciente ao serviço de nutrição.		
Sobrepeso	Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional;		
	Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis;		
	Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Eliminação</i>		36	11%
Constipação	Identificar as causas da constipação;		
	Estimular a deambulação;		
	Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada;		
	Avaliar, em conjunto com a equipe médica e de nutrição, a		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	necessidade do uso de laxativos ou emolientes fecais; Auscultar ruídos hidroaéreos; Registrar as eliminações intestinais quanto à frequência, à consistência, ao volume e à cor.		
Eliminação urinária espontânea	Monitorar coloração, frequência e volume urinário; Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.		
Eliminação urinária reduzida	Monitorar coloração, frequência e volume urinário; Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; Orientar quanto ao preparo para a realização de exames, quando solicitado; Observar sinais e sintomas de infecção.		
Flatulência	Auscultar ruídos hidroaéreos; Avaliar distensão abdominal; Estimular deambulação, sob supervisão; Orientar a evitar alimentos que provoquem gases; Orientar aumento do tempo de mastigação.		
Náusea	Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; Proporcionar alimentação satisfatória; Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente; Orientar sobre a ingestão de líquidos durante as refeições; Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições; Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.		
Risco de constipação	Identificar padrão de eliminação do paciente; Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; Auscultar ruídos hidroaéreos; Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.		
Vômito	Identificar fatores ambientais ou biológicos capazes de estimular o vômito; Avaliar e registrar as características, a quantidade, a frequência e a duração do vômito; Estimular a ingestão hídrica adequada após episódio de vômito, se tolerado; Orientar higienização da cavidade oral após o vômito; Observar a pele e mucosa, quanto a sinais de desidratação.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Sono e repouso</i>		12	4%
Insônia	Registrar o padrão do sono e a quantidade de horas dormidas habitualmente;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono; Identificar no paciente, ansiedade, desconforto, tensão ou outros fatores que possam provocar a insônia.		
Sono prejudicado	Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.		
Sonolência	Avaliar nível de sonolência; Determinar os efeitos dos medicamentos sobre o sono; Orientar sobre o risco de queda; Orientar o acompanhante a fornecer auxílio à deambulação, se necessário; Monitorar sinais vitais.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Atividade física</i>		25	5%
Fadiga	Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga; Ajudar o paciente a priorizar atividades; Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.		
Intolerância à atividade física	Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; Avaliar nível de esforço durante as atividades; Observar relatos do paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; Proporcionar conforto ao paciente.		
Marcha (caminhada) prejudicada	Informar ao paciente quanto à importância da marcha/deambulação e encorajá-lo; Orientar a permanência por 5 minutos sentada no leito antes de iniciar marcha/deambulação; Estimular a marcha/deambulação com frequência progressiva; Encorajar a marcha/deambulação independente, dentro de limites seguros; Instruir paciente/família quanto às medidas de segurança necessárias ao paciente para deambulação; Observar as respostas emocionais/comportamentais do paciente/família e suas limitações da mobilidade; Avaliar o progresso do paciente na sua marcha/ deambulação; Supervisionar marcha/deambulação do paciente.		
Mobilidade física prejudicada	Avaliar limitações atuais, considerando as atividades diárias do paciente; Orientar quanto à importância da deambulação; Auxiliar e/ou orientar o auxílio na deambulação, se necessário; Auxiliar e/ou orientar na realização das atividades de higiene, se		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	necessário;		
	Ensinar precauções de segurança ao paciente e/ou acompanhante;		
	Orientar sobre a prevenção de lesão por pressão.		
Mobilidade na cama prejudicada	Orientar sobre a mudança de decúbito no leito a cada duas horas;		
	Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Segurança física e do meio ambiente</i>		21	8%
Infecção	Monitorar os sinais e sintomas de infecção;		
	Orientar sobre a importância da lavagem das mãos;		
	Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção;		
	Monitorar exames laboratoriais;		
	Monitorar sinais vitais.		
Risco de infecção	Avaliar susceptibilidade para infecção;		
	Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção;		
	Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção;		
	Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta;		
	Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção;		
	Monitorar sinais e sintomas de infecção.		
Risco de queda	Avaliar o risco de queda por meio de uma escala;		
	Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário;		
	Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário;		
	Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro;		
	Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes;		
	Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas;		
	Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário;		
	Elevar grades do leito, se necessário;		
	Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar;		
	Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Cuidado corporal e ambiental</i>		20	6%
Capacidade de autocuidado prejudicada	Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado;		
	Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar;		
	Estimular as atividades de autocuidado;		
	Auxiliar nas atividades de vida diária, se necessário;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; Referir paciente ao serviço social.		
Capacidade para executar a higiene oral (ou bucal) prejudicada	Identificar se o paciente dispõe de material de higiene oral; Providenciar material de higiene oral, caso necessário; Orientar higiene da cavidade oral adequada.		
Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada	Estimular o paciente a manter hábitos diários de higiene capilar, corporal e oral; Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal; Providenciar material de higiene, caso necessário; Orientar o paciente a troca de roupas após o banho; Orientar o paciente a cortar as unhas e mantê-las limpas; Orientar o paciente quanto à importância do autocuidado; Orientar troca da roupa de cama diariamente; Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.		
Capaz de executar o autocuidado	Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; Estimular as atividades de autocuidado; Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Integridade física</i>		45	14%
Acesso intravenoso prejudicado	Identificar padrões anormais no acesso intravenoso; Retirar acesso intravenoso; Puncionar novo acesso intravenoso; Monitorar os sinais e sintomas de complicações e/ou infecção no local da punção prejudicada.		
Acesso intravenoso preservado	Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.		
Ferida infectada	Avaliar hábitos de higiene pessoal; Orientar quanto à importância de higiene corporal; Encorajar a ingestão adequada de nutrientes e líquidos; Avaliar a evolução das lesões; Realizar curativo diário ou quando necessário.		
Integridade da pele prejudicada	Inspecionar a pele do paciente; Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; Realizar curativo diário ou quando necessário.		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
Lesão por pressão (especificar localização e estágio)	Avaliar a evolução da ferida;		
	Descrever as características da lesão por pressão, quanto ao tamanho, profundidade, estágio (I-IV), localização, granulação ou o tecido desvitalizado e a epiteliação;		
	Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência da lesão e áreas circunvizinhas;		
	Orientar a limpeza da pele em torno da lesão por pressão com sabão suave e água.		
Pele seca	Avaliar parâmetros laboratoriais (ureia elevada);		
	Orientar quanto à hidratação da pele com produtos apropriados;		
	Monitorar as áreas ressecadas da pele;		
	Orientar quanto à ingestão adequada de nutrientes;		
	Instruir quanto à ingestão hídrica adequada;		
	Orientar o paciente e/ou acompanhante a executar rotina de cuidados com a pele.		
Prurido	Identificar a causa do prurido;		
	Orientar que a fricção da pele seja realizada com a polpa digital, se necessário;		
	Orientar quanto ao autocuidado com a pele;		
	Aplicar cremes ou óleos adequados sempre que necessário;		
	Realizar troca de lençóis sempre que necessário;		
	Verificar diariamente a pele do paciente.		
Risco de integridade da pele prejudicada	Identificar fatores de risco;		
	Orientar ingestão nutricional adequada;		
	Instruir quanto à ingestão hídrica adequada;		
	Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada;		
	Orientar sobre a manutenção das mãos limpas e unhas cortadas.		
Risco de lesão por pressão	Inspecionar a pele do paciente e avaliar as áreas de pressão;		
	Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada;		
	Orientar ingestão nutricional adequada;		
	Manter lençóis limpos, secos e esticados;		
	Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas e períodos de deambulação, quanto tolerado;		
	Proteger as proeminências ósseas a cada troca de posição corporal.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação vascular</i>		16	5%
Pressão arterial alterada	Observar fatores relacionados à alteração da pressão arterial;		
	Monitorar a pressão arterial;		
	Monitorar queixas de tonturas e/ou cefaleia;		
	Desestimular consumo de sódio;		
	Orientar quanto à importância da redução do estresse e ansiedade.		
Risco de glicemia	Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
instável	Administrar glicose hipertônica 50% como prescrito, quando necessário;		
	Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar, observando o protocolo;		
	Avaliar as condições do acesso intravenoso periférico;		
	Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores);		
	Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores);		
	Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar.		
Risco de sangramento	Observar e registrar a presença de sangue, equimoses ou hematomas no corpo do paciente;		
	Orientar o paciente a manter o repouso no leito;		
	Atentar para queixas de tontura;		
	Monitorar sinais vitais.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Regulação térmica</i>		5	2%
Febre	Estimular a ingestão hídrica;		
	Aplicar compressa fria e/ou orientar banho frio;		
	Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico;		
	Verificar exames laboratoriais;		
	Monitorar sinais vitais.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Sensopercepção</i>		48	13%
Alucinação	Estabelecer relação de confiança com o paciente;		
	Manter o ambiente seguro;		
	Manter grades da cama elevadas à noite;		
	Manter vigilância contínua;		
	Referir paciente ao serviço de psicologia.		
Disúria	Monitorar coloração, frequência e volume urinário;		
	Estimular a ingestão hídrica adequada;		
	Orientar quanto à importância da higiene íntima após cada micção;		
	Evitar irritantes externos, como desodorante e limpadores vaginais;		
	Incentivar a micção frequente;		
	Orientar a esvaziar a bexiga por completo;		
	Orientar quanto ao preparo para a realização de exames, quando solicitado;		
	Monitorar os sinais e os sintomas de infecção urinária;		
	Monitorar exames laboratoriais.		
Dor (especificar localização e intensidade)	Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10;		
	Investigar os fatores que aumentam a dor;		
	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis;		
	Observar os sinais não verbais da dor;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	Administrar analgésico, conforme prescrição médica.		
Dor cutânea	Avaliar a eficácia do medicamento após a administração;		
	Identificar, junto com o paciente, fatores que aliviam a dor;		
	Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor;		
	Registrar as características da dor quanto à frequência, à localização e à duração;		
	Verificar sinais subjetivos da dor.		
Dor musculoesquelética	Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10;		
	Investigar os fatores que aumentam a dor;		
	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis;		
	Observar os sinais não verbais da dor;		
	Administrar analgésico, conforme prescrição médica.		
Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Fornecer informações básicas (lugar, tempo e data), quando necessário;		
	Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia da semana, mês e ano;		
	Observar se o paciente tem noção do tempo decorrido no hospital;		
	Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento);		
	Perguntar sobre o lugar (nome do hospital, andar, cidade, endereço);		
	Solicitar a colaboração da família para ajudá-lo;		
	Usar uma abordagem calma com o paciente.		
Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo)	Gerenciar sintoma de abstinência;		
	Monitorar abstinência;		
	Manter o ambiente seguro;		
	Manter vigilância contínua;		
	Monitorar sinais vitais.		
Vertigem postural (tontura)	Orientar sobre o risco de queda;		
	Orientar auxílio à deambulação, se necessário;		
	Monitorar queixas de tontura;		
	Monitorar sinais vitais.		
Visão prejudicada	Prover informações ao paciente sobre o impacto da perda parcial ou total da visão;		
	Incentivar o paciente a investigar as causas da alteração visual e tratá-la, de acordo com a necessidade;		
	Interagir com a equipe médica sobre a necessidade de uma avaliação oftalmológica.		
<i>Necessidade Psicobiológica - Terapêutica e de prevenção</i>		17	7%
Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada	Avaliar conhecimento do paciente sobre o regime terapêutico;		
	Conhecer a condição social em que o paciente se encontra inserido;		
	Adaptar a orientação de acordo com seu nível de cognição;		
	Estimular a participação do paciente e da família no regime		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	terapêutico.		
Falta de resposta ao tratamento	Integrar o paciente ao tratamento proposto;		
	Orientar sobre a necessidade de aderir ao tratamento;		
	Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença.		
Não adesão ao regime terapêutico	Avaliar barreiras para a não adesão ao regime terapêutico;		
	Adequar à utilização dos medicamentos de acordo com a rotina diária da paciente;		
	Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença;		
	Orientar o paciente acerca do regime terapêutico proposto.		
Recuperação do estado de saúde esperado	Elogiar o paciente sobre a evolução do estado de saúde;		
	Enfatizar quanto à participação do paciente no cuidado para recuperação e manutenção da saúde.		
Recuperação do estado de saúde retardado	Dar apoio e conforto ao paciente;		
	Enfatizar quanto à participação do paciente no cuidado para recuperação e manutenção da saúde;		
	Estabelecer metas junto com o paciente para melhorar sua saúde;		
	Informar ao paciente o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde.		

5.2.1.1.2 Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais

Nas Necessidades Psicossociais foram construídos 85 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem. Posteriormente, os conceitos foram agrupados como estudo de caso único, resultando em 23 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais: 18 (78%) estavam presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW e cinco (22%) na Nomenclatura das demais clínicas do HULW. Ressalta-se o total de 100% dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem encontram-se na nomenclatura Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®.

Os dezoito conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW, foram: Aceitação do estado de saúde, Atitude familiar conflituosa, Autoimagem negativa, Baixa autoestima, Baixa autoestima situacional (especificar), Comportamento de busca de saúde, Falta de conhecimento sobre doença, Falta de conhecimento sobre medicação, Manutenção da saúde prejudicada, Isolamento social, Enfrentamento familiar prejudicado, Enfrentamento individual ineficaz, Processo familiar prejudicado, Depressão, Desesperança, Medo (especificar), Negação e Tristeza crônica. Os

cinco conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem presentes na Nomenclatura das demais clínicas do HULW foram: Bem-estar prejudicado, Comunicação preservada, Ansiedade da hospitalização, Impotência e Tristeza. Ressaltam-se os conceitos das demais clínicas que apresentaram maior frequência: Ansiedade da hospitalização, em dez casos e Comunicação preservada, em nove casos. Os demais conceitos obtiveram frequência entre dois e três casos.

Nas Necessidades Psicoespirituais, foram construídos cinco conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem. Posteriormente, os conceitos foram agrupados como estudo de caso único, resultando em três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, dois quais: dois (67%) estavam presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW e um (33%) na Nomenclatura das demais clínicas do HULW. Ressalta-se que 100% dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem encontram-se na nomenclatura Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®.

Os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW foram: Risco de sofrimento espiritual e Sofrimento espiritual. O conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem presente na Nomenclatura das demais clínicas do HULW, foi: Angústia espiritual.

Os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem: Medo (da morte), Medo (de realizar a biópsia renal) e Medo (da convulsionar novamente), foram computados como Medo (especificar); Baixa autoestima situacional (desemprego e perda de peso), Baixa autoestima situacional (obesidade e divórcio), Baixa autoestima situacional (necessidade de emagrecer), Baixa autoestima situacional (perda de peso), Baixa autoestima situacional (presença de edema), foram computados como Baixa autoestima situacional (especificar). Apresenta-se na Tabela 7 a distribuição dos 85 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem das Necessidades Psicossociais e dos cinco conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem das Necessidades Psicoespirituais, referentes aos vinte estudos de casos clínicos realizados na Clínica Médica do HULW/UFPB.

Tabela 7 - Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa, 2019.

Necessidades Humanas Básicas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	F	%
<i>Necessidades Psicossociais</i>			
Comunicação	Comunicação preservada	09	11%
Gregária	Isolamento social	01	1%
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização	10	12%
	Depressão	01	1%
	Desesperança	03	4%
	Impotência	02	2%
	Medo (especificar)	04	5%
	Negação	01	1%
	Tristeza	02	2%
	Tristeza crônica	05	6%
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde	06	7%
	Atitude familiar conflituosa	01	1%
	Bem-estar prejudicado	03	4%
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Autoimagem negativa	01	1%
	Baixa autoestima	01	1%
	Baixa autoestima situacional (especificar)	05	6%
Liberdade e participação	Enfrentamento familiar prejudicado	01	1%
	Enfrentamento individual ineficaz	04	5%
	Processo familiar prejudicado	01	1%
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde	14	16%
	Falta de conhecimento sobre doença	04	5%
	Falta de conhecimento sobre medicação	01	1%
	Manutenção da saúde prejudicada	05	6%
<i>Necessidade Psicoespiritual</i>			
Religiosidade e espiritualidade	Angústia espiritual	01	20%
	Risco de sofrimento espiritual	03	60%
	Sofrimento espiritual	01	20%

Nas **Necessidades Psicossociais**, foram elencados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em sete componentes: Amor e aceitação; Autoestima, autoconfiança e autorrespeito; Comunicação; Educação para a saúde e aprendizagem; Gregária; Liberdade e participação; e Segurança emocional. E na Necessidade Psicoespiritual, em um componente: Religiosidade e espiritualidade.

Na **Necessidade de Comunicação**, foi identificado um conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem positivo (Comunicação preservada), em nove casos.

De acordo com Nóbrega et al. (2018, p.210), o diagnóstico/resultado de enfermagem **Comunicação preservada** foi definido como: “Troca de informações verbal ou não verbal, caracterizado pela presença da capacidade para transmitir ou receber pensamentos, ideias, desejos ou necessidades aos outros indivíduos, contato visual satisfatório, audição

preservada, verbalização adequada, ausência de problemas na fala, facilidade de expressar verbalmente”, sendo elencado em 45% dos casos clínicos desse estudo. Ressalta-se a comunicação como um instrumento importante entre os profissionais de enfermagem e o paciente, pois quanto mais eficaz for esta comunicação, mais real será a identificação das necessidades do indivíduo/família, gerando um cuidado direcionado e qualificado (BATISTA, 2018).

Na **Necessidade de Gregária**, foi identificado um conceito de diagnóstico/resultados de enfermagem negativo (Isolamento social), em um caso.

O diagnóstico/resultados de enfermagem **Isolamento social** foi identificado em 5% dos casos clínicos desse estudo e definido como: Estado em que o indivíduo deixa de participar de atividades sociais em grupo, de forma voluntária ou não, caracterizado pelo isolamento físico, social ou afetivo, falta de energia emocional, ausência de pessoas significativas, alteração na aparência física, transtornos psicossociais.

Na **Necessidade de Segurança emocional**, foram identificados sete conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem negativos (Ansiedade da hospitalização, Depressão, Desesperança, Impotência, Medo (especificar), Negação, Tristeza, Tristeza crônica), sendo mais frequente: Ansiedade da hospitalização, em dez casos.

O diagnóstico/resultados de enfermagem **Ansiedade da hospitalização** foi identificado em 50% dos casos clínicos e definido como:

“Fenômeno multidimensional caracterizado por aspectos biológicos e psicológicos desencadeados frente a um processo estressante e ameaçador de inserção em ambiente hospitalar, caracterizado por taquicardia, tremor, alterações do apetite, dispneia, insônia, medo, angústia, hiperatividade, impulsividade, agitação, insegurança, impaciência, sensação de culpa, dano corporal ou agressão, sensação de abandono/solidão, tensão, nervosismo, preocupação, irritabilidade, tristeza, choro e falta de concentração” (NÓBREGA et al., 2018, p.218).

Na **Necessidade de Amor e Aceitação**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo dois negativos (Atitude familiar conflituosa e Bem-estar prejudicado) e um positivo (Aceitação do estado de saúde), apresentando-se como mais frequentes: Aceitação do estado de saúde, em seis casos e, dentre os negativos, Bem-estar prejudicado, em três casos.

O diagnóstico/resultados de enfermagem **Aceitação do estado de saúde** foi evidenciado em 30% dos casos clínicos e definido nesse estudo como: Estado em que o indivíduo reconhece a sua condição no processo saúde e doença, caracterizado por controle,

redução ou eliminação, ao longo do tempo, de sentimentos de apreensão e tensão em relação ao seu estado de saúde.

De acordo com Nóbrega et al. (2018, p.224), o diagnóstico/resultados de enfermagem **Bem-estar prejudicado** foi definido como: “Estado emocional diminuído de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria, usualmente demonstrado por tranquilidade consigo próprio e abertura com outras pessoas [...]”, sendo elencado em 15% dos casos clínicos desse estudo.

Na **Necessidade de Autoestima, autoconfiança, autorrespeito**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem negativos (Autoimagem negativa, Baixa autoestima e Baixa autoestima situacional (especificar)), apresentando-se como mais frequente: Baixa autoestima situacional (especificar), em cinco casos.

O diagnóstico/resultados de enfermagem **Baixa autoestima situacional** foi evidenciado em 25% dos casos clínicos nesse estudo e definido como o “Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual” (NANDA-I, 2018, p.525), sendo elencado quando houve a verbalização do paciente de crenças negativas sobre si mesmo, de sentimentos de inutilidade e/ou de percepção negativa de suas capacidades em situação específica.

Na **Necessidade de Liberdade e participação**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem negativos (Enfrentamento familiar prejudicado, Enfrentamento individual ineficaz e Processo familiar prejudicado), sendo mais frequente: Enfrentamento individual ineficaz, em quatro casos.

Nesse estudo, o diagnóstico/resultados de enfermagem **Enfrentamento individual ineficaz** foi definido como: Comportamento individual ineficaz para enfrentamento da doença, caracterizado por ausência de gerenciamento de estresse, de senso de controle e de conforto psicológico, sendo elencado em 20% dos casos clínicos.

Na **Necessidade de Educação para a saúde e aprendizagem**, foram identificados quatro conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo três negativos (Falta de conhecimento sobre doença, Falta de conhecimento sobre medicação, Manutenção da saúde prejudicada) e um positivo (Comportamento de busca de saúde), sendo mais frequentes: Comportamento de busca de saúde, em quatorze casos e, dentre os negativos, Manutenção da saúde prejudicado.

O diagnóstico/resultados de enfermagem **Comportamento de busca de saúde** foi identificado em 70% desse estudo e definido como: Estado em que o indivíduo busca, ativamente, formas de alterar seus hábitos e/ou seu ambiente visando a atingir à manutenção

ou promoção de sua saúde, caracterizado pela elevação do bem-estar do indivíduo com saúde estável ou por sinais e sintomas de doença controlados, obedecendo a um curso não-agudo.

O diagnóstico/resultado de enfermagem **Manutenção da saúde prejudicado** foi definido nesse estudo como: Incapacidade para executar a manutenção da saúde e de comportamentos adaptativos em relação a práticas básicas de saúde, caracterizado por ausência ou períodos curtos com saúde e sustentação de práticas que promovam bem-estar, sendo elencado em 25% dos casos clínicos.

Nas **Necessidades Psicossociais**, foram elencados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em seu único componente: Religiosidade e espiritualidade.

Na **Necessidade de Religiosidade e espiritualidade**, foram identificados três conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo dois negativos (Angústia espiritual e Sofrimento espiritual) e um de risco (Risco de sofrimento espiritual), sendo o mais frequente: Risco de sofrimento espiritual.

Define-se o diagnóstico/resultado de enfermagem **Risco de sofrimento espiritual** como “Suscetibilidade à capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de conexões consigo mesmo, com a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2018, p.724), sendo identificado em 15% dos casos clínicos. A espiritualidade é uma característica exclusiva do ser humano que pode contribuir na superação de momentos de crise e sofrimento, estabelecendo-se como uma estratégia eficaz utilizada por pacientes. O entendimento do sofrimento do indivíduo no seu contexto de saúde/doença exige do enfermeiro compreensão do ser humano como único e total, colocando-o como centro de seu cuidado (BATISTA, 2018).

Verifica-se na Figura 10 a distribuição dos 26 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais.

Conclusivamente à esta etapa de validação clínica, observa-se que: nos vinte casos clínicos realizados nesse estudo, de acordo com as três Necessidades - Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais, foram traçados 95 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo 69 (72%) nas Necessidades Psicobiológicas, 23 (25%) nas Necessidades Psicossociais e três (3%) na Necessidade Psicoespiritual (Figura 11).

Observa-se maior frequência dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem nas Necessidades Psicobiológicas, o que nos leva à reflexão sobre os seus determinantes. Sabe-se que as Necessidades Psicobiológicas são aquelas relacionadas ao corpo físico do

indivíduo, evidenciando-se na alimentação, sono e repouso, higiene, entre outros, sendo, portanto, mais facilmente perceptíveis à equipe de saúde. Já as Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais, relacionam-se aos valores, crenças e à convivência do indivíduo com outros seres humanos, tornando a sua identificação mais subjetiva e condicionada, muitas vezes, à concretização da fala do indivíduo, família ou comunidade, o que pode não ocorrer, levando a ausência do registro do problema pelo enfermeiro.

Figura 10 - Distribuição dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa, 2019.

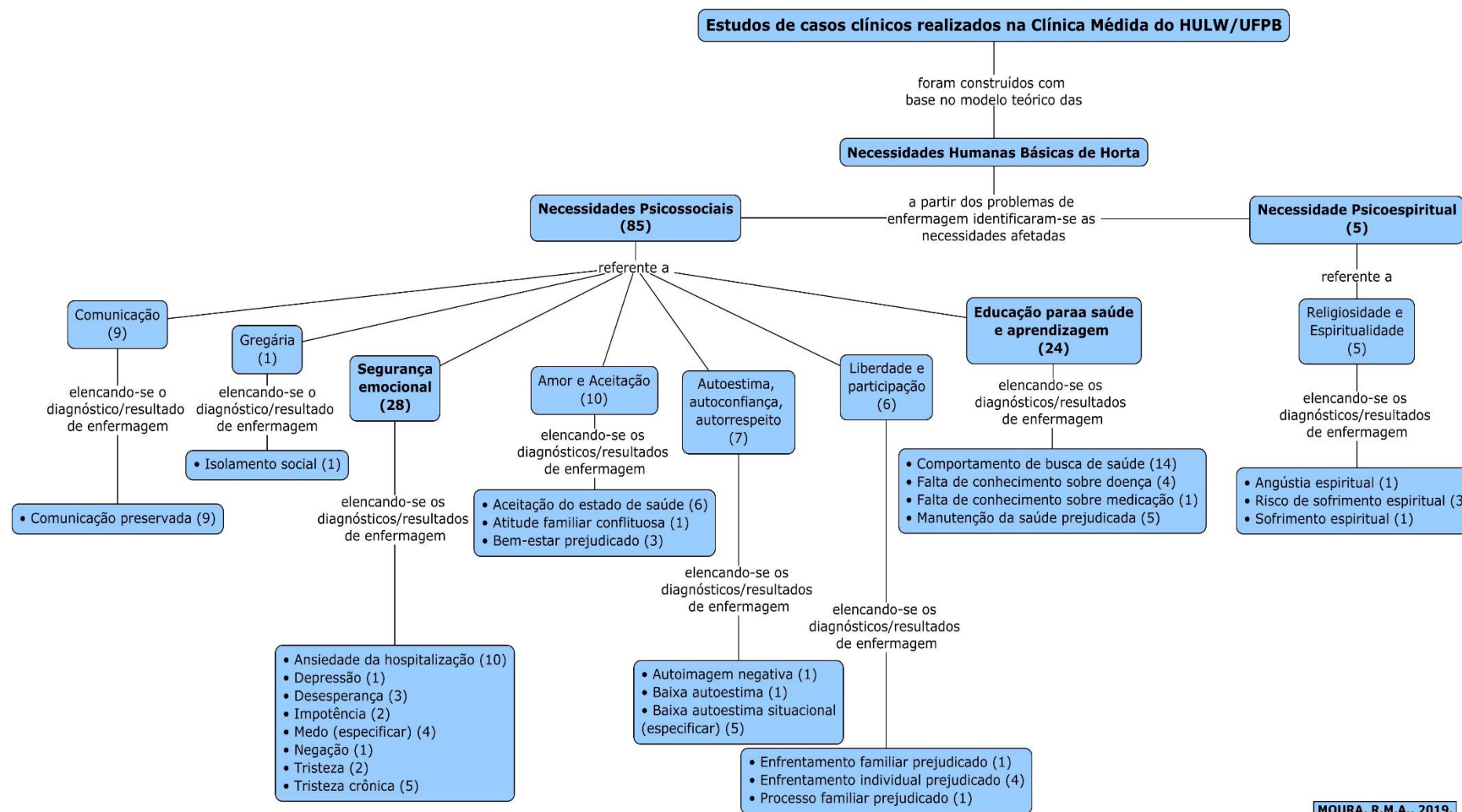
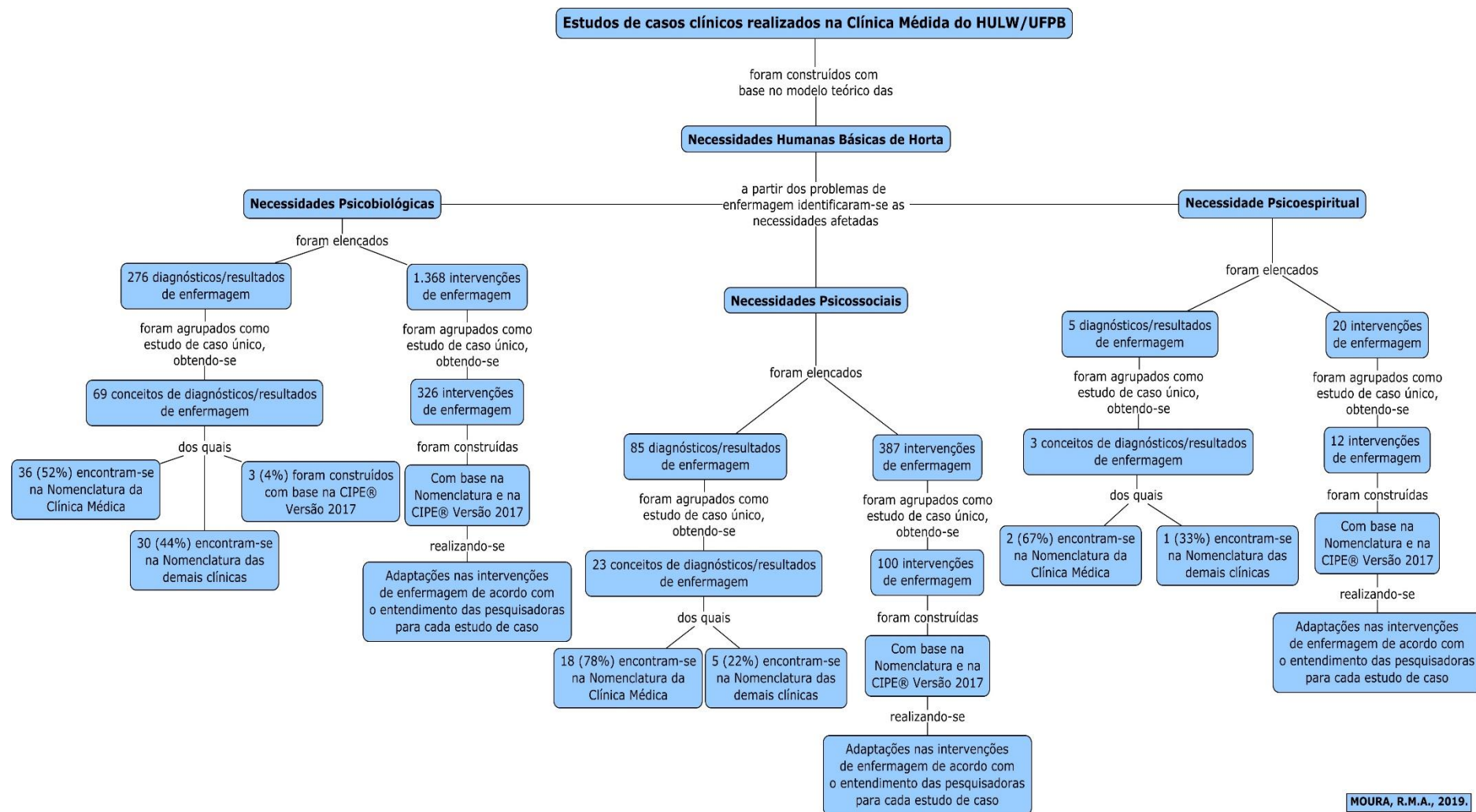


Figura 11 - Distribuição dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas - Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa, 2019.



Com relação às intervenções de enfermagem nas Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais, foram elencadas 112 para os 26 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, mantendo-se a média aproximada de quatro intervenções por conceito. Para a construção das intervenções de enfermagem utilizou-se a “Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE[®]”, os conceitos primitivos e pré-coordenados de intervenções de enfermagem da CIPE[®] Versão 2017, e, em alguns casos, foram realizadas pequenas adaptações nos conceitos de intervenções da Nomenclatura ou da CIPE[®], de acordo com o raciocínio clínico das pesquisadoras, conforme a necessidade do caso clínico. Apresenta-se na Tabela 8 a distribuição das 112 intervenções de enfermagem por conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem e o percentual destas intervenções por Necessidade Humana Básica.

Tabela 8 - Distribuição das intervenções de enfermagem por conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem identificadas nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, e o percentual das intervenções por Necessidades Humanas Básicas - Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa, 2019.

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
<i>Necessidade Psicossocial - Comunicação</i>		3	3%
Comunicação preservada	Elogiar a expressão dos sentimentos;		
	Estimular a comunicação;		
	Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.		
<i>Necessidade Psicossocial - Gregária</i>		4	4%
Isolamento social	Encorajar a participação em atividades sociais, comunitárias ou grupos de apoio;		
	Orientar o paciente a envolver pessoas significativas em suas atividades sociais;		
	Encorajar maior envolvimento nas relações pessoais que forem estabelecidas;		
	Incentivar realização de atividades que promovam conforto emocional.		
<i>Necessidade Psicossocial - Segurança emocional</i>		45	45%
Ansiedade da hospitalização	Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade;		
	Estabelecer relação de apoio ao paciente;		
	Estimular o diálogo;		
	Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos;		
	Ouvir atentamente o paciente;		
	Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro;		
	Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
Depressão	Atentar para o risco de suicídio;		
	Manter ambiente seguro;		
	Ouvir atentamente o paciente, promovendo relação de confiança;		
	Usar uma abordagem calma e segura;		
	Referir paciente ao serviço de psicologia.		
Desesperança	Ajudar o paciente a expressar os seus sentimentos;		
	Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida;		
	Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente;		
	Referir paciente ao serviço de psicologia.		
Impotência	Estabelecer vínculo de confiança;		
	Monitorar o estado emocional do paciente;		
	Conversar com o paciente sobre as dificuldades cotidianas enfrentadas;		
	Buscar junto ao paciente soluções para as dificuldades encontradas;		
	Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem-estar;		
	Sugerir acompanhamento psicológico após alta.		
Medo (especificar)	Estabelecer vínculo de confiança;		
	Aproximar-se do paciente sem julgá-lo;		
	Identificar as causas desse sentimento;		
	Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde;		
	Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente.		
Negação	Aproximar-se do paciente sem julgá-lo;		
	Estabelecer vínculo de confiança;		
	Identificar as causas desse sentimento;		
	Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação identificada.		
Tristeza	Estabelecer vínculo de confiança;		
	Estimular o diálogo;		
	Ouvir atentamente o paciente;		
	Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações;		
	Incentivar a visita de amigos e familiares;		
	Referir paciente ao serviço de psicologia.		
Tristeza crônica	Estabelecer vínculo de confiança;		
	Estabelecer relação de apoio ao paciente;		
	Estimular o diálogo;		
	Ouvir atentamente o paciente;		
	Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações;		
	Evitar comentário negativos;		
	Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	Referir paciente ao serviço de psicologia.		
Necessidade Psicossocial - Amor e Aceitação		13	13%
Aceitação do estado de saúde	Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente;		
	Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde;		
	Esclarecer as dúvidas do paciente;		
	Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.		
Atitude familiar conflituosa	Promover relação de confiança com a família;		
	Oportunizar à família para expressar os seus sentimentos e preocupações;		
	Aconselhar a família a entender os comportamentos do paciente;		
	Esclarecer atitudes de conflito da família;		
	Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos.		
Bem-estar prejudicado	Observar sentimento de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente;		
	Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos;		
	Oferecer apoio emocional;		
	Solicitar avaliação psicológica.		
Necessidade Psicossocial - Autoestima, autoconfiança, autorrespeito		11	11%
Autoimagem negativa	Identificar fatores que interferem na autoimagem;		
	Orientar o paciente quanto à importância de fazer a barba, cortar os cabelos, cortar as unhas;		
	Incentivar a aceitação da imagem corporal.		
Baixa Autoestima	Disponibilizar apoio emocional;		
	Evitar comentário negativos;		
	Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos;		
	Orientar o paciente sobre o seu estado de saúde e a possibilidade de melhora.		
Baixa autoestima situacional (especificar)	Disponibilizar apoio emocional;		
	Evitar comentário negativos;		
	Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos;		
	Incentivar o paciente a reassumir o controle de sua vida com atitudes positivas de cuidados com a sua saúde.		
Necessidade Psicossocial - Liberdade e participação		10	10%
Enfrentamento familiar prejudicado	Encorajar o paciente e acompanhante a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença;		
	Apoiar o paciente e acompanhante e avaliar a compreensão deles acerca do processo da doença;		
	Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.		
Enfrentamento individual ineficaz	Estabelecer vínculo de confiança;		
	Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença;		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	Apoiar o paciente e avaliar a compreensão dele acerca do processo da doença;		
	Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.		
Processo familiar prejudicado	Orientar familiares quanto à doença e ao tratamento do paciente;		
	Orientar familiares quanto à importância de o paciente conseguir aderir ao tratamento instituído;		
	Auxiliar os membros da família a implementar estratégias para normalização da situação de saúde do paciente.		
<i>Necessidade Psicossocial - Educação para a saúde e aprendizagem</i>		14	14%
Comportamento de busca da saúde	Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde;		
	Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde;		
	Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento;		
	Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.		
Falta de conhecimento sobre doença	Explicar os procedimentos a serem realizados;		
	Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente/acompanhante;		
	Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação;		
	Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente.		
Falta de conhecimento sobre medicação	Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente;		
	Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação;		
	Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente;		
	Explicar os medicamentos prescritos.		
Manutenção da saúde prejudicada	Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde;		
	Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.		
<i>Necessidade Psicoespiritual - Religiosidade e Espiritualidade</i>		12	100%
Angústia espiritual	Avaliar a importância da espiritualidade na vida do paciente e no enfrentamento da doença;		
	Investigar o desejo de prática espiritual acessível durante o internamento;		
	Ouvir as necessidades espirituais do paciente;		
	Solicitar visitas de liderança religiosa, conforme aceitação do paciente.		
Risco de sofrimento espiritual	Avaliar bem-estar espiritual do paciente;		
	Reconhecer a experiência espiritual do paciente;		
	Encorajar a participação em grupos de apoio;		
	Oferecer momento de privacidade para comportamento espiritual.		
Sofrimento espiritual	Avaliar bem-estar espiritual do paciente e da família;		
	Encorajar a participação em grupos de apoio;		
	Encorajar o paciente a revisar fatos passados de sua vida e a		

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	F	%
	focalizar os eventos e os relacionamentos que tenham oferecido força e apoio espirituais; Reconhecer a experiência espiritual do paciente.		

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do Processo de Enfermagem como método sistemático que organiza e direciona o cuidado assistencial, bem como, da padronização da linguagem profissional, possibilita ao enfermeiro integrar o conhecimento prático ao científico, tornando possível a existência da documentação de informações da Enfermagem. Utilizar os conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem existentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB, racionaliza tempo ao profissional e facilita a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, além de suscitar uma assistência de enfermagem individualizada, eficaz e qualificada, sem excluir a possibilidade de julgamento clínico do enfermeiro para outros diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que não tenham sido contemplados na referida Nomenclatura.

Com relação às Necessidades Humana Básicas de Horta, foi de grande relevância para esse estudo a sua utilização, de modo que, foi possível corroborar, dentre outros aspectos, a sua universalidade, tendo em vista que, apesar de ser comum a todos os seres humanos, a variação das Necessidades entre um indivíduo e outro deu-se de maneira individualizada nos estudos de casos clínicos, por meio da manifestação de cada componente (oxigenação, alimentação, nutrição, entre outros.) e no modo de satisfazê-lo, permitindo a reversão total ou parcial das necessidades do indivíduo de modo único.

Este estudo realizou o mapeamento cruzado dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB, a partir da “Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE[®]”, com os conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE[®] Versão 2017. A utilização do método de mapeamento cruzado permitiu a comparação dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem, obtendo o seguinte resultado: 69 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem foram considerados constantes na CIPE[®] e 28 foram considerados não constantes, evidenciando que 70% dos conceitos presentes na Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB constam na CIPE[®] Versão 2017, o que contribui para a implementação do sistema de classificação na referida clínica. A utilização da CIPE[®] como sistema de classificação dos elementos da prática profissional da Enfermagem, contribui para sistematizar a assistência, trazendo relevância e benefícios importantes para a profissão. Ressalta-se que os 30% de conceitos não constantes na terminologia, comprovam que existem situações específicas que ainda não

constam na CIPE[®], as quais necessitam ser incluídas na referida Terminologia, utilizando os critérios do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Após o mapeamento cruzado, realizou-se a construção e validação das definições operacionais dos 97 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB. Esta etapa promoveu a avaliação das definições operacionais por 37 profissionais com vasta experiência, tanto na assistência direta ao paciente, como na docência, ou até mesmo sob as duas óticas. O quantitativo de avaliadores também enriqueceu esta pesquisa, pois de modo bem diversificado os instrumentos foram avaliados e, desta forma, podem-se ter várias sugestões enriquecedoras, com olhares e experiências diversificadas. Como limitações dessa etapa, pode-se citar: o tamanho do instrumento de validação contendo oito páginas, tornando sua leitura densa e resultando, em sua grande maioria, no atraso da devolução pelos profissionais; a não devolução de doze instrumentos, sob alegação de indisponibilidade de tempo para responder, férias ou licença médica; e também, o quantitativo de instrumentos recebidos resultaram em 296 páginas que foram criteriosamente analisados, demandando tempo e compatibilidade de horário entre as pesquisadoras para este fim.

Para a fase de validação clínica, foram realizados vinte estudos de casos na Clínica Médica do HULW/UFPB, o que trouxe consideráveis contribuições para este estudo. Salienta-se a complexidade dos pacientes que se hospitalizam na referida clínica, tanto pela abrangência de várias especialidades médicas, como pela permanência hospitalar longa, tendo em vista o caráter crônico de alguns internamentos, bem como por ser um hospital de referência para a alta complexidade, recebendo pacientes que não tiveram resolutividade em outros serviços. Nos estudos de casos verifica-se o numeroso desenvolvimento de diagnósticos/resultados de enfermagem, justificado pela complexidade dos pacientes, mas principalmente, pela finalidade científica deste estudo de validação, não sendo aplicado o critério de elencar diagnósticos/ resultados de enfermagem prioritários. Como entraves dessa etapa, observou-se: os internamentos de longa permanência, o que pode restringir a heterogeneidade de casos; a mudança do paciente de clínica durante a hospitalização, dificultando o acompanhamento; a necessidade por parte da pesquisadora em limitar o quantitativo de pacientes, sendo de no máximo cinco por vez, tendo em vista o tempo despendido para realizar o acompanhamento (realizar as etapas do processo de enfermagem, analisar exames e interagir com a equipe multiprofissional); a recusa de alguns pacientes em colaborar com a pesquisa; e o caráter aleatório na realização dos estudos de casos, o que pode ter ocasionado a saturação de alguns diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Diante o exposto, corrobora-se a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB como uma ferramenta que contribuirá significativamente para a prática assistencial, tendo em vista que seu conteúdo apresenta os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados aos pacientes da referida clínica. Com a realização desse estudo, foi possível traçar o perfil dos conceitos que traduz a realidade do serviço, consolidando a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB como um instrumental tecnológico de grande relevância para a rotina dos enfermeiros. Ressalta-se a possibilidade de existir novos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que não estejam contempladas na referida Nomenclatura, pois as Necessidades Humanas são fluidas e estão em constante processo de mudança.

Acredita-se que, a construção da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB além de se constituir como uma ferramenta útil à prática clínica dos enfermeiros do serviço, apoiará o ensino e a pesquisa na Enfermagem, pois os alunos em processo de formação acadêmica poderão contar com um instrumento tecnológico que fortalece a linguagem universal e, ao mesmo tempo, verificar que a utilização de uma linguagem uniformizada da Enfermagem, gera um cuidado direcionado e efetivo, contribuindo para a redução no tempo de aplicação do processo de enfermagem, bem como, dar caráter científico à documentação da prática profissional. Além do mais, poderá servir como subsídio para outros estudos de validação.

Considera-se, portanto, que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados, obtendo como resultados: a elaboração e validação das definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/ UFPB; e a validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem constantes na referida Nomenclatura, identificados nos pacientes hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB. Os resultados deste estudo permitirão que os instrumentos utilizados pela Clínica Médica do HULW/UFPB sejam aperfeiçoados e, assim, torna-se um facilitador para a prática profissional e para o registro de suas ações assistenciais, valorizando a Enfermagem enquanto ciência do cuidar.

Por fim, ratifica-se a pretensão em dar continuidade a esta pesquisa, em nível de Doutorado, quando poderá ser estruturado um Subconjunto Terminológico da CIPE® para especialidades da clínica médica do HULW/UFPB. Essa proposta de subconjunto servirá como embasamento para uma abordagem sistematizada e especializada do cuidado profissional na Clínica Médica do HULW/UFPB, vislumbrando-se a necessidade de

prosseguir com este estudo, a fim de continuamente ampliar o corpo de conhecimentos da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGNIS, D. et al. Nutritional risk in hospitalized patients during hospital stay. **Rev. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v.36, ed.3, p.146-152, 2016. Available in: <https://revista.nutricion.org/PDF/duarte.pdf>. DOI: 10.12873/363duarte. Access in: 20 abr. 2019.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 4 jan. 19.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L.T. **Catálogo CIPE® para Pacientes Adultos em Processo de Neuroreabilitação**. 2018. 329f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BAIKIE, P.D. **Sinais e Sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARROS, K.M, LEMOS, I.C. Sistemas de Classificação em Enfermagem e as Classificações da NANDA-I, NOC e NIC. In: BARROS, K.M, LEMOS, I.C. **Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. cap. 8, p. 67-92.

BARROS, K.M., LEMOS, I.C., CARVALHO, D.V. Processo de Enfermagem. In: BARROS, K.M., LEMOS, I.C. **Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. cap. 1, p. 13-19.

BARROS, M.M.A. et al. **O Enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v.14, n.1, p.15-21, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/3411/3066>. Acesso em: 26 abr. 2019.

BATISTA, S.M.L.P. **Sofrimento na doença: influências da espiritualidade e personalidade na pessoa com doença crônica**. 2018. 332f. Tese (Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade de Porto, Portugal.

BESERRA, P.J.F. **Subconjunto Terminológico da CIPE para mulheres com HIV e Aids**. 2018. 311f. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução n.º 466/12**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 11 mar. 2017.

CARVALHO, E.C; CRUZ, D.A.L.M; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. vol. 66, ed. esp., Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

CARVALHO, M.W.A. **Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica**. 2016. 205f. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

CHIBANTE, C. L. P. et al. Fatores associados à internação hospitalar em clientes com doenças crônicas. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1491-1497, out./dez. 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24881>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CIE - CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE®**. Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2009. Tradução: CASTRO, H. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

CLARES, J.B.W, et al. Banco de termos para a prática clínica de enfermagem com idosos comunitários. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e. 1167, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37759>. Acesso em: 10 jan. 2018.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**, v. 79, p. 530-8, 2010. Disponível em: <http://www.intl.elsevierhealth.com/journals/ijmi>. Acesso em: 05 jan. 2018.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 11 mar. 2017.

CUNHA, A.C.R. **Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da UFPB**. 2017. 134f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

DANTAS, A.M. **Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da UFPB**. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

DICIO. **Dicionário online de Português**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em: 10 mar 2018.

FERREIRA, A.M., et al. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, pag. 285-93, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>. Acesso em: 9 jan. 2018.

GARCIA, T. R. (org). **Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE®)**: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GARCIA, T. R. **Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional**. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 5-6, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2017.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. (Org.). **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem**: subsídio para a sistematização de prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, edição Kindle.

GUIMARÃES, D.T. (org.). **Dicionário de Termos Médicos, de Enfermagem e de Radiologia**. 5. ed. São Paulo: Rideel, 2010.

HERNANDEZ, Y.N.; PACHECO, J.A.C.; LARREYNAGA, M.R. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Gaceta Médica Espirituana**, Sancti Spíritus, v.19, n.3, p.89-100, set./dic., 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&nrm=iso. Accedido en: 26 abr. 2019.

HONORATO, J.C.S.; CRUZ, I.C.F. Nursing evidence-based inteprofissional practice guidelines for Nursing Diagnosis on Intestinal Constipation Risk in ICU - Systematic Literature Review. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 11, n. 1, mar. 2019. ISSN 1983-4152. Available in: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3144/794>. Access in: 8 may 2019.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Pequeno Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. São Paulo: Moderna, 2015.

INFOPÉDIA. **Dicionários Porto Editora**. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios>. Acesso em: 10 mar. 2018.

INOCÊNCIO, J.S. et al. Flebite em acesso intravenoso periférico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.24, n.1, p.105-109, mar. 2017. ISSN 2318-3691. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/403>. Acesso em: 26 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.403>.

ISO - INTERNACIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health Informatics**: categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104:2014). Geneva: ISO, 2014.

KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M.S. **Dor**: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

LEOPARDI, M. T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LUCENA, A.F., BARROS, A.L.B.L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, pag. 82-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a11v18n1>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MEDEIROS, A.C.T. **Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a Pessoa Idosa**. 2014. 206f. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MEDEIROS, R.K.S et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.

MENEGUETI, M.G. et al. Infecção urinária em unidade de terapia intensiva: um indicador de processo para a prevenção. **Rev. Rene**, v.13, 3 ed., p.632-8, 2012.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues>. Acesso em: 10 mar 2018.

MORAIS, S.C.R.V., NÓBREGA, M.M.L., CARVALHO, E.C. Cross-mapping of results and Nursing Interventions: contribution to the practice. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1883-90, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0324>. Acesso em: 9 jan. 2019.

MOURA, M.E.B. et al. Nosocomial infection: study of prevalence at a public teaching hospital. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 416-421, 2007. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400011&lng=en&nrm=iso. Access in: 28 abr. 2019.

NANDA - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020/NANDA International**. Tradução: GARCEZ, R.M.; revisão técnica: BARROS, A.L.B.L. et al. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NERE, C.S. et al. A atuação da enfermagem no controle da infecção hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Ciência & Saberes: série científica, FACEMA**, v.3, n.3, p.630-635, jul./set. 2017. Disponível: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/192/135>. Acesso em: 26 abr. 2019.

NÓBREGA, M.M.L. (org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2011. 373p.

NÓBREGA, M.M.L. (org.). **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados nas unidades clínicas, utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2018. 254p.

NÓBREGA, M.M.L. et al. **Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 328p.

OLIVEIRA, A.R.S. et al. Validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: revisão narrativa de literatura. **Rev. de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6201/1/2013_art_agscosta1.pdf. Acesso em: 19 mar. 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos**. Genebra, 19 jan. 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839. Acesso em: 11 mar. 2017.

PASA, T.S. et al. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, 2017. Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2862.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>. Access in: 20 abr. 2019.

PASQUALI, L. Testes Referentes ao Constructo: Teoria e Modelo de Construção. In: PASQUALI, L. et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010. p.165-98.

PEDROSA, R.P.; DRAGER, L.F. Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev. MedicinaNet**, ago. 2017. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

POSSARI, J.F. **Glossário técnico: termos de A a Z da área da saúde**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo>. Acesso em: 10 mar. 2018.

QUEIROS, M.I. et al. Infecções urinárias e uso de cateter vesical de demora em unidade pediátrica. **Rev. Rene**, v. 12, 2 ed., p.295-301, 2011.

SANTOS, M.C.F. **Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para a Mulher Idosa com Vulnerabilidade Relacionada ao HIV/AIDS**. 2017. 151f. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L.; VIANA, D.L. **Compacto Dicionário Ilustrado da Saúde**. 1. ed. São Paulo: Yendis, 2010.

SMELTZER, S.C. et al. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. vol. 1, 2, 3 e 4.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 2 ed. 298p.

TAVARES, N.U.L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.50 (supl. 2), 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 4. ed. New York (NY): Springer Publishing Company, 2010.

WHO - World Health Organization. **WHO global report on falls prevention in older age**. WHO, 2010. Available in: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf. Access in: 20 abr. 2019.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2010. Disponível em: https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Validação por Especialistas)

Esta pesquisa intitula-se Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba e está sendo realizada por docente e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFPB. A finalidade da pesquisa é construir e validar as definições operacionais para os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para adultos hospitalizados na Clínica Médica do HULW/UFPB, como forma de clarificar o significado dos mesmos e a sua identificação, por meio dos indicadores empíricos e do raciocínio clínico, na prática de enfermagem.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração para essa etapa da pesquisa com o preenchimento do instrumento de avaliação das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem para a Clínica Médica. A sua participação na pesquisa é **voluntária** e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deverá ser assinado nas duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante do estudo. Solicitamos também sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que neste estudo pode haver riscos de origem psicológica e/ou emocional, que podem ser: constrangimento e/ou cansaço para responder o instrumento de avaliação das definições operacionais. Com a finalidade de minimizar ou tornar os danos inexistentes, será realizada a leitura do TCLE, além de proporcionar privacidade para responder o instrumento e garantir sigilo e anonimato. Como benefícios em decorrência da realização desse estudo, tem-se: o direcionamento para uma terminologia única na assistência de enfermagem aos pacientes da Clínica Médica do HULW/UFPB, e a colaboração com o Conselho Internacional de Enfermeiros com a disseminação da CIPE® na prática de enfermagem do HULW/UFPB. As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato da Pesquisadora Responsável:

Rafaela de Melo Araújo Moura. Endereço (Setor de Trabalho): Laboratório de Cuidar em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58059-900. Telefones: (83) 3216.7109 ou (83) 9985.3769.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB ☎ Fone (83) 32167302, FAX (083) 32167522. CNPJ: 24098477/007-05. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Paciente ou Responsável Legal)

Esta pesquisa intitula-se Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba e está sendo realizada por docente e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFPB. A finalidade da pesquisa é construir e validar as definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração para essa etapa da pesquisa na participação de um estudo de caso. Informamos que sua participação na pesquisa é **voluntária**, que você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante do estudo. Solicitamos também sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que neste estudo pode haver riscos de origem psicológica e/ou emocional; bem como riscos de ordem física e/ou orgânica; e/ou risco de queda. Com a finalidade de minimizar ou tornar os danos inexistentes, será realizada a leitura do TCLE, além de proporcionar privacidade ao responder o histórico de enfermagem; garantir sigilo e anonimato; e avaliar situações de vulnerabilidade do paciente para locomoção. Como benefícios em decorrência da realização desse estudo, tem-se: o direcionamento para uma terminologia única na assistência de enfermagem aos pacientes da Clínica Médica do HULW/UFPB; e a colaboração com o Conselho Internacional de Enfermeiros com a disseminação da CIPE® na prática de enfermagem do HULW/UFPB. As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Impressão dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato da Pesquisadora Responsável:

Rafaela de Melo Araújo Moura. Endereço (Setor de Trabalho): Laboratório de Cuidar em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58059-900. ☎ Fones: (83) 3216.7109 ou (83) 9985.3769.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB ☎ Fone (83) 32167302, FAX (83) 32167522. CNPJ: 24098477/007-05. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE C

RECORTE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS CONCEITOS DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA MÉDICA DO HULW/UFPB

Assinale na terceira e/ou quarta coluna se concorda ou não com a definição construída para cada diagnóstico de enfermagem, e acrescente sugestões para o aprimoramento das definições na quinta coluna, se for o caso.

Diagnósticos de enfermagem	Definição operacional	Concorda		Sugestões
		Sim	Não	
Necessidades Psicobiológicas - Oxigenação				
Dispneia (especificar grau)	Movimento forçado do ar para dentro e fora dos pulmões, caracterizado por respiração curta, insuficiência de oxigênio no sangue circulante, alteração da profundidade respiratória, aumento da frequência respiratória, utilização da musculatura acessória para respirar, sensação de opressão torácica, cansaço, agitação, batimento das asas do nariz, dificuldade na realização de atividades normais, como falar, locomover-se, alimentar-se, presença de ruídos adventícios como sibilos, estertores e roncos.			
Hipóxia por congestão	Déficit na oxigenação devido ao acúmulo excessivo de fluido corpóreo, muitas vezes de sangue em um determinado tecido, caracterizada por cianose, taquicardia, fadiga, vasoconstrição periférica, diminuição dos sons respiratórios, tontura, alterações no discernimento, raciocínio e tempo de reação.			
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Manutenção da passagem de ar da boca para os alvéolos pulmonares prejudicada, devido a incapacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório, caracterizando-se por sujidade, cianose, inquietação, dificuldade respiratória, mudança na frequência respiratória, quantidade excessiva de muco.			

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE:

a) Idade:

☐ 21 a 30 anos ☐ 31 a 40 anos ☐ 41 a 50 anos ☐ Mais de 51 anos

b) Sexo:

☐ feminino ☐ masculino

c) Nível de educação em Enfermagem:

☐ Graduação ☐ Especialista ☐ Mestre ☐ Doutor

Área: _____.

d) Anos de formação profissional:

☐ 3 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ 11 a 15 anos ☐ 16 a 20 ☐ 21 a 25 ☐ Mais de 26

e) Anos de experiência em Clínica Médica:

☐ menos de 2 anos ☐ mais de 2 anos

f) Posição na Enfermagem:

☐ Enfermeira(o) assistencial ☐ Enfermeira(o) docente ☐ Enfermeira(o) assistencial e docente

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
CLÍNICA MÉDICA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
Nome:			Idade:	Data:	
Gostaria de ser chamado por:			Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data de admissão:	/	/	Hora:	Enfermaria:	Leito:
Procedência:			Nº Prontuário:		Estado civil:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO (QUEIXA PRINCIPAL): _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - OXIGENAÇÃO

Respiração: ☐espontânea ☐cateter ☐máscara ☐traqueostomia. Uso de musculatura acessória: ☐não ☐sim. Especificar: ☐tiraagem subdiafragmática e intercostal ☐tiraagem de fúrcula ☐batimento de asa de nariz. Obstrução nasal? ☐não ☐sim. Oxigênio: ____ l/min. Saturação: ____ %. FR: ____ mpm. Ausculta pulmonar: MV: ☐presentes ☐diminuídos ☐ausentes. Localização: _____. Ruidos adventícios: ☐sem ruidos adventícios ☐estertores ☐roncos ☐sibilos ☐trito pleural. Tosse: ☐não ☐sim. Característica: ☐seca ☐produtiva ☐expectoração ☐aspiração. Aspecto e volume da secreção: _____. Coloração da pele: ☐corado ☐hipocorado (____/4+) ☐cianótico. Gasometria: ☐não ☐sim. Alterações? _____. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - HIDRATAÇÃO

Hidratação: ☐hidratado ☐desidratado. Especificar: ☐sede ☐lábios ressecados ☐língua seca ☐outros _____. Ingesta hídrica (24h): _____. Turgor e elasticidade da pele: ☐preservado ☐diminuído. Umidade das mucosas: ☐preservada ☐diminuída. Acúmulo anormal de líquido? ☐não ☐sim. Especificar (escala em cruzes/local): ☐MMSS(____/4+) ☐MMII(____/4+) ☐anasarca ☐outros _____. Controle de balanço hídrico? ☐não ☐sim. Ganhos: _____. Perdas: _____. Hemograma: _____. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - NUTRIÇÃO

Perda de peso? ☐não ☐sim. Peso anterior: ____ Kg. Peso atual: ____ Kg. Altura: ____ m. IMC: ____ Kg/m². CA: ____ cm. Alimenta-se sozinho: ☐não ☐sim. Aceitação Alimentar: ☐adequada ☐inadequada ☐inapetente. Se inadequada ou inapetente, motivo: ☐alteração no paladar ☐aversão ao alimento ☐lesão na cavidade oral ☐déficit na estrutura/função oral ☐déficit na estrutura/função faríngea ☐déficit na estrutura/função esofágica ☐outros _____. Tipo de dieta: _____. Via de administração: ☐oral ☐SNG ☐SNE ☐outros _____. Estado Nutricional: ☐normal ☐emagrecido ☐caquético ☐obeso. Desconfortos gástricos: ☐enjoo/mal-estar ☐sialorreia ☐expulsão de conteúdo gástrico ☐pirose ☐plenitude pós-prandial ☐refluxo ☐outros _____. Abdome: ☐plano ☐escavado ☐distendido ☐volumoso ☐outros _____. À palpação: ☐flácido ☐endurecido ☐doloroso ☐hérnia ☐massa. Localização: _____. RHA: ☐presentes ☐ausentes ☐diminuídos ☐aumentados. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - ELIMINAÇÃO

Eliminação urinária: ☐espontânea ☐SVD ☐dispositivo externo ☐outros _____. Relata: ☐perda involuntária de urina sob esforço e/ou relacionado à idade ☐gotejamento urinário ☐sensação de bexiga cheia ☐desconforto ao urinar ☐dor/ardência uretral ☐poliúria ☐oligúria ☐nictúria ☐outros _____. Aspectos da urina: _____. Eliminação intestinal: frequência: ____ vezes/semana. Relata: ☐perda involuntária de fezes ☐urgência para evacuar ☐fezes endurecidas/ressecadas ☐fezes liquefeitas/não moldadas. Perdas hidroeletrólíticas: ☐não ☐sim. Especificar: ☐sudorese excessiva ☐hemoptise ☐epistaxe ☐outros _____. Presença de drenos: ☐não ☐sim. Especificar (tipo e localização): _____. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - SONO E REPOUSO

Características do sono: ☐satisfatório ☐dificuldade para iniciar o sono ☐acorda várias vezes durante a noite ☐dorme durante o dia ☐dificuldade para acordar. Fatores: ☐ambientais ☐individuais. Especificar: _____. Relata: ☐sensação de noite mal dormida ☐indisposição para as atividades cotidianas ☐dificuldade de concentração e aprendizado. Auxiliar do sono: ☐não ☐sim. Qual: _____. Pesadelos? ☐sim ☐não. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - ATIVIDADE FÍSICA

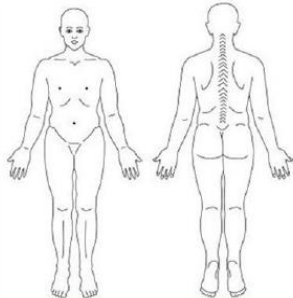
Deambulação: ☐independente ☐dependente ☐não deambula ☐restrito ao leito. Causas: _____. Auxílio na deambulação: ☐muletas ☐bengala ☐cadeira de rodas ☐outros _____. Amputações/traumas: ☐não ☐sim. Local: _____. Causa: _____. Usa prótese e/ou órtese para locomover-se: ☐sim ☐não. Deficiência física e/ou sensorial: ☐sim ☐não. Qual: _____. Atividade física regular: ☐não ☐sim. Tipo: _____. Frequência semanal: _____. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - SEGURANÇA FÍSICA E DO MEIO AMBIENTE

Alergias: ☐não ☐sim. Especificar: _____. Doença imunossupressora: ☐não ☐sim. Qual: _____. Tratamento imunossupressor: ☐não ☐sim. Especificar: _____. Cateter: ☐AVP ☐AVC ☐outros: _____. Data da inserção: _____. Aspecto: _____. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - CUIDADO CORPORAL E AMBIENTAL

Dependência para autocuidado: ☐total ☐parcial. Especificar: ☐alimentar-se ☐ir ao banheiro ☐tomar banho ☐vestir-se ☐despir-se. Higiene oral: ☐satisfatória ☐precária. Dentição: ☐cáries ☐falhas dentárias ☐prótese dentária. Característica da língua: _____. Higiene corporal: ☐satisfatória ☐precária. Odor: ☐sim ☐não. Frequência de banho: _____. Higiene dos cabelos: ☐satisfatória ☐precária; mãos/unhas: ☐satisfatória ☐precária; ouvidos: ☐satisfatória ☐precária; nariz: ☐satisfatória ☐precária; genital/área perineal: ☐satisfatória ☐precária. Outros: _____.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - INTEGRIDADE FÍSICA				
Presença de ferida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Tipo de ferida: <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> ostomia <input type="checkbox"/> fistula <input type="checkbox"/> vascular <input type="checkbox"/> queimaduras <input type="checkbox"/> pele íntegra com eritema que não embranquece <input type="checkbox"/> perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme <input type="checkbox"/> perda da pele em sua espessura total <input type="checkbox"/> perda da pele em sua espessura total e perda tissular <input type="checkbox"/> perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível <input type="checkbox"/> descoloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece <input type="checkbox"/> outros: _____ Características da ferida: <input type="checkbox"/> limpa e seca <input type="checkbox"/> com exsudação Exsudato: _____. Odor: _____. <input type="checkbox"/> sangrante <input type="checkbox"/> com deiscência. Leito: <input type="checkbox"/> oclusivo <input type="checkbox"/> granuloso <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> necrosado. Margem: <input type="checkbox"/> epiteliada <input type="checkbox"/> necrosada <input type="checkbox"/> isquêmica <input type="checkbox"/> hiperqueratinizada <input type="checkbox"/> macerada. Cobertura: _____. Mucosas: (conjuntivas oculares, labiobucal e gengivas): Coloração: <input type="checkbox"/> coradas <input type="checkbox"/> descoradas (/4+) <input type="checkbox"/> cianóticas (/4+) <input type="checkbox"/> ictéricas (/4+). Integridade: <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> prejudicada. Especificar: <input type="checkbox"/> fissura labial <input type="checkbox"/> placas esbranquiçadas (labiobucal) <input type="checkbox"/> sangramento gengival <input type="checkbox"/> alteração ocular. Especificar: _____. <input type="checkbox"/> Outros: _____				Marque a localização da lesão 
ESCALA DE BRADEN - RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO				
Percepção sensorial	1 Totalmente limitado	2 Muito limitado	3 Levemente limitado	4 Nenhuma limitação
Umidade	1 Complet. Molhada	2 Muito molhada	3 Ocasional. molhada	4 Raramente molhada
Atividade	1 Acamado	2 Confinado à cadeira	3 Anda ocasionalmente	4 Anda frequentemente
Nutrição	1 Muito pobre	2 Inadequado	3 Adequado	4 Excelente
Mobilidade	1 Totalmente imóvel	2 Bastante limitado	3 Levemente limitado	4 Não possui limitações
Fricção e cisalhamento	1 Problema (Pbma)	2 Pbma em potencial	3 Nenhum problema	TOTAL:
Altíssimo risco (6-9)	Alto risco (10-11)	Risco moderado (12-14)	Baixo risco (15-16)	Sem risco (>17)
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - REGULAÇÃO VASCULAR				
FC: ____ bpm PA: _____ mmHg P: ____ bpm. Ausculta cardíaca: bulhas: <input type="checkbox"/> normofonéticas <input type="checkbox"/> hipofonéticas <input type="checkbox"/> hiperfonéticas <input type="checkbox"/> sopros <input type="checkbox"/> batimentos acelerados <input type="checkbox"/> batimentos lentos. Ritmo cardíaco: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular. Perfusão periférica preservada: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Pulso periférico: <input type="checkbox"/> palpável <input type="checkbox"/> filiforme <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> impalpável. Distensão da veia jugular? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Preenchimento capilar: <input type="checkbox"/> > 3 segundos <input type="checkbox"/> < 3 segundos. Rede venosa periférica: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> comprometida. Presença de varizes <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Equimoses: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Especificar local (varizes/equimoses): _____. <input type="checkbox"/> Outros: _____				
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - REGULAÇÃO TÉRMICA				
Taxa: _____ °C. Temperatura da pele ao toque: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduzida <input type="checkbox"/> elevada. Características da pele: <input type="checkbox"/> avermelhada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> úmida <input type="checkbox"/> sem alterações. <input type="checkbox"/> Outros: _____				
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - REGULAÇÃO NEUROLÓGICA				
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> consciente <input type="checkbox"/> alerta <input type="checkbox"/> orientado <input type="checkbox"/> desorientado <input type="checkbox"/> letárgico <input type="checkbox"/> fala incoerente <input type="checkbox"/> torporoso <input type="checkbox"/> agitação psicomotora. Coordenação motora: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Pupilas: <input type="checkbox"/> isocóricas <input type="checkbox"/> mióticas <input type="checkbox"/> midríaticas <input type="checkbox"/> anisocóricas. <input type="checkbox"/> Outros: _____				
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - SENSOPERCEPÇÃO				
Alterações: <input type="checkbox"/> visão <input type="checkbox"/> audição <input type="checkbox"/> olfato <input type="checkbox"/> gustação. Qual? _____. Motricidade física: MMSS <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> parestesia <input type="checkbox"/> plegia <input type="checkbox"/> parestesia. MMII <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> parestesia <input type="checkbox"/> plegia <input type="checkbox"/> parestesia. <input type="checkbox"/> Movimentos lentos <input type="checkbox"/> Movimentos involuntários <input type="checkbox"/> Crise convulsiva. <input type="checkbox"/> Dor: Local(is): _____. Intensidade: medir de 0 a 10 [] <input type="checkbox"/> Dor a estimulação tátil <input type="checkbox"/> Relato verbal de dor <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Posição antálgica. <input type="checkbox"/> Outros: _____				
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS - TERAPÊUTICA E DE PREVENÇÃO				
Aceita/segue as orientações da equipe de saúde sobre o tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Toma os medicamentos conforme prescrição: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Modificou comportamentos nocivos à saúde? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Realiza atividade física regularmente? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Precisa de ajuda para o tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Especificar: _____. <input type="checkbox"/> Inapetência física <input type="checkbox"/> Inapetência mental. Recebe ajuda com o tratamento (nome e grau de parentesco): _____. Resposta clínica: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada ou ausente. Especificar: _____. <input type="checkbox"/> Outros: _____				
ESCALA DE RISCO DE QUEDAS DE MORSE				
1. Histórico de quedas	<input type="checkbox"/> Não [0] <input type="checkbox"/> Sim [25]			
2. Diagnóstico secundário	<input type="checkbox"/> Não [0] <input type="checkbox"/> Sim [25]			
3. Auxílio na deambulação	<input type="checkbox"/> Nenhum/acamado/auxiliado por profissional de saúde [0] <input type="checkbox"/> Muletas/bengala/andador [15] – <input type="checkbox"/> Mobiliário/parede [30]			
4. Dispositivo intravenoso salinizado ou heparinizado	<input type="checkbox"/> Não [0] <input type="checkbox"/> Sim [20]			
5. Marcha	<input type="checkbox"/> Normal/sem deambulação, acamado, cadeira de rodas [0] <input type="checkbox"/> Fraca [10] – <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante [20]			
6. Estado mental	<input type="checkbox"/> Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação [0] <input type="checkbox"/> Superestima capacidade/esquece limitações [15]			
Baixo risco (0-24) pontos	Risco moderado (25-44) pontos	Alto risco (≥45) pontos	TOTAL:	
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS - COMUNICAÇÃO				
Verbal: Lê: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Escreve: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Possui: <input type="checkbox"/> clareza nas ideias <input type="checkbox"/> compreensão prejudicada <input type="checkbox"/> respostas desconexas <input type="checkbox"/> barreira idiomática. Impedimentos à expressão verbal: <input type="checkbox"/> permanece em silêncio <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> gagueira <input type="checkbox"/> lesões cordas vocais <input type="checkbox"/> outros: _____. Não verbal: contato ocular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Fácies tranquila: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. <input type="checkbox"/> Outros: _____				
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS - GREGÁRIA				
Reside: <input type="checkbox"/> sozinho <input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> asilo <input type="checkbox"/> outros: _____. Participa de atividades na comunidade: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Quais: _____. Está acompanhado no hospital: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. De quem: _____. <input type="checkbox"/> Outros: _____				

APÊNDICE E

ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

CASO 02

Histórico de Enfermagem (15/10/2018): S.S.F., 62 anos, sexo masculino, católico, casado - reside com esposa e 02 filhos, analfabeto, vendedor ambulante de botijão de gás e água mineral, admitido na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 15/10/2018 com história de três episódios de cansaço respiratório em um período de 30 dias, vindo proveniente da UPA Valentina. Deu entrada na UPA há 04 dias, com dispneia súbita e necessidade de intubação, sendo extubado no outro dia. Ao exame físico: encontra-se no momento em repouso no leito, consciente, orientado, comunicativo; em respiração espontânea, **dispneico** aos mínimos esforços, referindo **tosse produtiva** com **expectoração amarelada**, em maior quantidade no horário da manhã (ao acordar), Sat.:95%, FR:20mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, **turgor e elasticidade levemente diminuídos**, ingesta hídrica de 2 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem dieta, alimenta-se sozinho por via oral, dieta hipossódica; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido e intestinal presente e de aspecto normal, apresentando frequência de evacuação em média 3 ou 4 vezes/semana, Peso:58kg, Altura:1m65cm, IMC:21,3kg/m² (normal); sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (15/10), sem sinais flogísticos; higiene corporal satisfatória; ausculta cardíaca irregular, bulhas hipofonéticas, presença de sopro, apresentando **distensão de veia jugular**, FC:72bpm, PA:100x60mmHg; pulso radial periférico palpável, P:70bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas; ausência de edemas, varizes e equimoses. Não realiza atividade física regular. Relata **alteração na visão** do olho direito (visão turva) há bastante tempo (não sabe especificar), motricidade física preservada. **Não apresenta boa compreensão** com relação à sintomatologia apresentada, mas refere vontade de seguir todas as orientações que tenham por finalidade a melhora do seu atual quadro de saúde, está acompanhado no hospital por sua esposa, que também demonstra interesse em receber as orientações. Relata insatisfação com sua renda mensal (dois salários mínimos), sendo **insuficiente para as necessidades de sua família**, o que gera grande **preocupação** durante o seu internamento, pois assim, sua renda ficará diminuída. Refere tabagismo: 30 cigarros/dia e alcoolismo: 2 litros/dia, até apresentar o primeiro episódio de dispneia (parou há cerca de dois meses). Escala de **Risco de Queda** de Morse: 35 (**risco moderado**). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso dois, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Oxigenação	Dispneia moderada (15/10/2018) / Dispneia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Avaliar condição hemodinâmica; • Realizar gasometria, se necessário; • Monitorar sinais vitais.
	Expectoração produtiva (15/10/2018) / Expectoração diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto a exercícios de expulsão do muco; • Monitorar a expectoração; • Avaliar coloração da expectoração.
	Tosse produtiva (15/10/2018) / Tosse produtiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingestão hídrica adequada; • Orientar sobre a necessidade de tossir e expectorar efetivamente; • Encorajar a tosse para expelir secreções; • Realizar ausculta respiratória.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (15/10/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de queda (15/10/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
	Risco de infecção (15/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Cuidado corporal e ambiental	Capacidade de autocuidado prejudicada (15/10/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar; • Estimular as atividades de autocuidado; • Auxiliar nas atividades de vida diária, se necessário; • Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; • Referir paciente ao serviço social.
Sono e repouso	Sono prejudicado (16/10/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
	Sonolência (25/10/2018) / Sonolência diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar nível de sonolência; • Determinar os efeitos dos medicamentos sobre o sono; • Orientar sobre o risco de queda; • Orientar o acompanhante a fornecer auxílio à deambulação, se necessário; • Monitorar sinais vitais.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (15/10/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Integridade da pele prejudicada (25/10/2018) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Regulação vascular	Risco de sangramento (25/10/2018) / Risco de sangramento diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e registrar a presença de sangue, equimoses ou hematomas no corpo do paciente; • Orientar o paciente a manter o repouso no leito; • Atentar para queixas de tontura; • Monitorar sinais vitais.
	Pressão arterial alterada (22/10/2018) / Pressão arterial controlada	<ul style="list-style-type: none"> • Observar fatores relacionados à alteração da pressão arterial; • Monitorar a pressão arterial; • Monitorar queixas de tonturas e/ou cefaleia; • Observar sinais de desidratação; • Monitorar sinais vitais.
Sensopercepção	Visão prejudicada (15/10/2018) / Visão melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Prover informações ao paciente sobre o impacto da perda parcial ou total da visão; • Incentivar o paciente a investigar as causas da alteração visual e tratá-la, de acordo com a necessidade; • Interagir com a equipe médica sobre a necessidade de uma avaliação oftalmológica.
	Vertigem postural (tontura) (22/10/2019) / Vertigem melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre o risco de queda; • Orientar auxílio à deambulação, se necessário; • Monitorar queixas de tontura; • Monitorar sinais vitais.
Necessidades Psicossociais		
Comunicação	Comunicação preservada (15/10/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Educação para a saúde e aprendizagem	Falta de conhecimento sobre doença (15/10/2018) / Falta de conhecimento sobre doença melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os procedimentos a serem realizados; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente/acompanhante; • Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação; • Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente.
	Falta de conhecimento sobre medicação (15/10/2018) / Falta de conhecimento sobre medicação resolvido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação; • Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente; • Explicar os medicamentos prescritos.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Comportamento de busca de saúde (15/10/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde (24/10/18) / Aceitação do estado de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde; • Esclarecer as dúvidas do paciente; • Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.

Evolução (16/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito; sono insatisfatório, em decorrência da rotina hospitalar; aceitando bem dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (15/10). Queixando-se de dispneia aos mínimos esforços e tosse produtiva com expectoração. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,2°C; P:58bpm; FR:17mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (17/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito; sono insatisfatório; aceitando bem dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (15/10). Queixando-se de dispneia aos mínimos esforços e tosse produtiva com expectoração. Resultado ecocardiograma: estenose aórtica e mitral importante; insuficiência tricúspide discreta, hipertensão arterial pulmonar; miocardiopatia dilatada. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,4°C; P:61bpm; FR:16mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (18/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito; sono insatisfatório; aceitando bem dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em membro superior esquerdo (MSE) pérvio (18/10). Mantendo queixas de dispneia aos mínimos esforços e tosse produtiva com expectoração. Refere tontura ao tentar deambular. Aguarda avaliação cardiológica. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,6°C; P:52bpm; FR:20mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (19/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito; sono insatisfatório; aceitando bem dieta; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (18/10). Queixando-se de dispneia leve de modo constante e tosse produtiva com expectoração. Aguarda cateterismo. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,8°C; P:48bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (22/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, mas com períodos maiores de deambulação acompanhado por fisioterapeuta; sono satisfatório, refere adaptação à rotina hospitalar; aceitando bem a dieta; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (22/10). Refere melhora da dispneia – apresentando apenas aos médios/grandes esforços, melhora da tosse produtiva e diminuição da expectoração. Queixando-se de tontura ao deambular. Aguarda cateterismo. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,6°C; P:63bpm; FR:18mpm; PA:80x60mmHg.

Evolução (23/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, não conseguiu deambular hoje por apresentar sonolência durante todo o dia; sono satisfatório; aceitando bem dieta; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (22/10). Refere melhora da dispneia – apresentando apenas aos médios/grandes esforços, melhora da tosse produtiva e diminuição da expectoração. Queixando-se de tontura ao deambular. Aguarda cateterismo. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36°C; P:60bpm; FR:16mpm; PA:70x40mmHg.

Evolução (24/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, com períodos de deambulação acompanhado por fisioterapeuta; sono satisfatório; aceitando bem dieta; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (22/10). Refere melhora significativa da

dispneia – apresentando apenas aos grandes esforços, melhora da tosse produtiva e diminuição da expectoração. Aguarda cateterismo. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,1°C; P:62bpm; FR:20mpm; PA:90x50mmHg.

Evolução (25/10/2018): Paciente evolui estável, bastante sonolento no momento. Realizou cateterismo pela manhã. A equipe do bloco cirúrgico relatou em prontuário que o paciente apresentou sangramento após a retirada do cateter, que demorou a ser controlado; AVP salinizado em MSD pérvio (25/10). Resultado do exame: insuficiência aórtica discreta; ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa (3+/4+). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,6°C; P:61bpm; FR:18mpm; PA:100x50mmHg.

Avaliação (26/10/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Durante o internamento apresentou receptividade as orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora significativa de suas queixas iniciais. O paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído e demonstrou interesse em aprender sobre sua doença e necessidade de tomar todos os medicamentos prescritos, o horário de cada um, bem como as mudanças necessárias em seu estilo de vida. Foi orientado a procurar atendimento ambulatorial para sua visão (já que não foi possível realizar a consulta durante o internamento), pois entendeu a necessidade e limitações que a perda total da visão significará. O processo de enfermagem realizado desde o momento do internamento até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no que se refere ao acompanhamento, organização do pensamento, decisões e das ações realizadas, bem como no estabelecimento de confiança entre a tríade paciente-família-pesquisadora. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, promoveram o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 03

Histórico de Enfermagem (16/10/2018): J.R.F.S, 36 anos, sexo masculino, católico, casado - reside com esposa e 02 filhas, ensino fundamental incompleto (6ª série), agricultor, admitido na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 16/10/2018 com história de dor abdominal há 5 meses, proveniente de Pilar-PB. Deu entrada no HULW com queixa principal de dor em flanco esquerdo irradiando para o dorso e dor epigástrica ao alimentar-se com qualquer tipo de alimento. Relata internamento em maio/2018 no Hospital General Edson Ramalho (HGER) por 22 dias para investigação e tratamento da dor abdominal e epigástrica, ocorrida pela primeira vez por ocasião do internamento no HGER. Porém, após alta hospitalar a dor permaneceu, aumentando gradativamente e atrapalhando sua rotina diária de trabalho e lazer com a família, motivo pelo qual procurou internamento no HULW. Ao exame físico: evolui consciente e orientado, pouco comunicativo; em repouso no leito, em respiração espontânea, Sat.:98%, FR:18mpm; **pele e mucosas hipocoradas (2+/4+)**, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 2/2,5 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, **doloroso à palpação superficial e profunda**, ruídos hidroaéreos presentes, **aceita pouco dieta** – por apresentar **dor ao alimentar-se**; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido e **intestinal** presente e de **coloração amarelada**, apresentando frequência de evacuação em média 1-2 vezes/semana, Peso anterior (há 5 meses):105 kg, Peso atual:62 kg – perda de 43 kg em 5 meses, Altura:1m65cm, IMC:22,8kg/m² (normal); sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (16/10/2018); higiene oral e corporal satisfatórias; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC:80bpm, PA:100x60mmHg; ; pulso radial periférico palpável, P:78bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas; motricidade física preservada; ausência de edemas, varizes e equimoses. Não realiza atividade física regular. Relata **dor intensa em flanco esquerdo** (10/10). Apresenta boa compreensão com relação à doença, referindo vontade de seguir todas as orientações que tenham por finalidade a melhora do seu atual quadro de saúde, está sem acompanhante por não haver indicação no momento. Relata **insatisfação com sua renda** mensal (um salário mínimo), sendo insuficiente para as necessidades de sua família. Demonstra **descontentamento** com o adoecimento, pois desde então, tem atrapalhado sua rotina de trabalho, fazendo com que sua esposa trabalhe como doméstica, já que em decorrência da dor ele não consegue trabalhar, o que gera sentimentos de **preocupação, tristeza e apreensão**. Faz planos

positivos para o futuro. Nega tabagismo e etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 20 (sem risco). Nega alergia medicamentosa. Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso três, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Nutrição	Apetite prejudicado (16/10/2018) / Appetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (16/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (16/10/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Sensopercepção	Dor em flanco esquerdo intensa (10/10) (16/10/2018) / Dor em flanco esquerdo melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
	Dor na ferida cirúrgica leve (4/10) (06/11/2018) / Dor na ferida cirúrgica resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (16/10/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Constipação (19/10/2018) / Constipação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas da constipação; • Estimular a deambulação; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Avaliar, em conjunto com a equipe médica e de nutrição, a necessidade do uso de laxativos ou emolientes fecais; • Auscultar ruídos hidroaéreos;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		Registrar as eliminações intestinais quanto à frequência, à consistência, ao volume e à cor.
Sono e Repouso	Sono prejudicado (06/11/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (16/10/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pérvio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Integridade da pele prejudicada (06/11/2018) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Regulação vascular	Risco de sangramento (06/11/2018) / Risco de sangramento diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e registrar a presença de sangue, equimoses ou hematomas no corpo do paciente; • Orientar o paciente a manter o repouso no leito; • Atentar para queixas de tontura; • Monitorar sinais vitais.
Necessidades Psicossociais		
Segurança emocional	Tristeza crônica (16/10/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Evitar comentário negativos; • Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
	Ansiedade da hospitalização (25/10/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Baixa autoestima situacional (desemprego e perda de peso) (16/10/2018) / Baixa autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar apoio emocional; • Evitar comentário negativos; • Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos; • Incentivar o paciente a reassumir o controle de sua vida com atitudes positivas de cuidados com a sua saúde.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (16/10/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (17/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; dieta zero para realização de USG de abdômen total; eliminação vesical espontânea presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (16/10). Refere melhora da dor (5/10) em flanco esquerdo, pois está em uso de analgésico de horário. Foi realizado grande período de orientação e escuta com o paciente, que permanece com os mesmos sentimentos em relação ao seu estado de saúde, estando no momento mais apreensivo, pois sua esposa está só na execução de todas as atribuições diárias, enquanto ele permanece internado. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:90bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (18/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando pouco dieta oferecida; eliminação vesical espontânea presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (16/10). Refere melhora da dor (5/10) em flanco esquerdo, em uso de analgesia em horário fixo. Aguarda realização de exames. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,9°C; FC:95bpm; FR:20mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (19/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando melhor a dieta oferecida; eliminação vesical espontânea presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (16/10). Refere melhora da dor (4/10) em flanco esquerdo, em uso de analgesia em horário fixo. Queixando-se de ausência de distensão abdominal e evacuação há 3 dias. Recebeu laudo da TC de abdômen, evidenciando aumento do volume da coleção peri-pancreática (de 275cm³ para 546cm³). HDM: pseudocisto pancreático. Conduta: transferir para clínica cirúrgica para realização de cirurgia. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,7°C; FC:89bpm; FR:19mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (22/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando melhor a dieta oferecida; eliminação vesical normal (SIC); AVP salinizado em membro superior esquerdo (MSE) pérvio (20/10). Refere melhora da dor (4/10) em flanco esquerdo, em uso de analgesia em horário fixo, RHA presentes. Apresentou ganho de peso de 1kg, melhorando sua autoestima. Aguarda transferência para clínica cirúrgica. Relata ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,6°C; FC:74bpm; FR:18mpm; PA:110x60mmHg.

Evolução (23/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando a dieta oferecida; eliminações fisiológicas presentes (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (20/10). Refere melhora da dor (4/10) em flanco esquerdo, em uso de analgesia em horário fixo e alimentação adequada, RHA presentes. Aguarda transferência para clínica cirúrgica. Relata ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36°C; FC:77bpm; FR:17mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (24/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta oferecida; eliminação vesical espontânea presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (20/10). Refere melhora da dor (4/10) em flanco esquerdo, em uso de analgesia em horário fixo e alimentação adequada. Aguarda transferência para clínica cirúrgica. Relata ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:84bpm; FR:21mpm; PA:120x60mmHg.

Evolução (25/10/2018): Paciente admitido da Clínica Cirúrgica do HULW em 24/10/2018 à tarde, evoluindo estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem dieta oferecida; eliminação vesical presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (25/10). Refere dor leve (2/10) à palpação em flanco esquerdo e ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36°C; FC:68bpm; FR:20mpm; PA:130x90 mmHg.

Evolução (26/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem dieta oferecida; eliminação vesical espontânea presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (25/10). Refere dor leve (2/10) à palpação em flanco esquerdo e ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Cirurgia programada para 05/11/2018. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,6°C; FC:80bpm; FR:20mpm; PA:110x80mmHg.

Evolução (29/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem dieta oferecida; eliminações fisiológicas presentes (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (25/10). Refere dor leve (2/10) à palpação em flanco esquerdo. Relata ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Cirurgia programada para 05/11/2018. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,2°C; P:90bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (30/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem dieta oferecida; eliminação vesical espontânea presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (30/10). Refere dor leve (2/10) à palpação em flanco esquerdo e ansiedade para realização do procedimento cirúrgico. Programação cirúrgica para 05/11/2018. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:83bpm; FR:18mpm; PA:120x60mmHg.

Evolução (31/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientado; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem dieta oferecida; eliminação vesical presente e normal (SIC); AVP salinizado em MSD pérvio (30/10). Refere dor leve (1/10) à palpação em flanco esquerdo e ansiedade moderada para realização do procedimento cirúrgico. Cirurgia programada para 05/11/2018. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,3°C; FC:73bpm; FR:18mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (05/11/2018): Não foi possível acompanhar o paciente hoje, pois o mesmo foi encaminhado ao bloco cirúrgico por volta das 16:00h, antes da visita da pesquisadora.

Evolução (06/11/2018): Paciente em 1º dia de pós-operatório de drenagem aberta de pseudocisto pancreático. Evolui em estado geral regular, consciente e orientado; dieta líquida por SNG; em repouso no leito; sono insatisfatório, em decorrência do desconforto da sonda nasogástrica, da sonda vesical de Fowler e dreno de sucção; diurese presente e normal por SVF; AVP salinizado em MSE pérvio (05/11). Queixando-se de dor leve (4/10) abdominal difusa nas proximidades da incisão cirúrgica. Apesar do desconforto do pós-operatório, paciente relata alívio, com fâcias de alegria, por ter realizado o procedimento cirúrgico e faz planos para retomar suas atividades diárias após sua recuperação. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36°C; FC:80bpm; FR:19mpm; PA:130x90mmHg.

Evolução (07/11/2018): Paciente em 2º dia de pós-operatório de drenagem aberta de pseudocisto pancreático. Evolui em estado geral regular, apresentando melhora com relação ao dia anterior; consciente e orientado; alternando momentos de repouso no leito e deambulação acompanhado por fisioterapeuta; dieta pastosa por via oral; sono satisfatório; eliminação vesical espontânea presente e eliminação intestinal ausente desde o procedimento cirúrgico. Permanece com dreno de sucção funcionante; AVP salinizado em MSE pérvio (05/11). Queixando-se de dor leve (2/10) abdominal difusa nas proximidades da incisão cirúrgica. Paciente encontra-se ansioso por alta hospitalar, comporta-se com alegria e satisfação por ter realizado o procedimento cirúrgico. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,6°C; FC:74bpm; FR:19mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (08/11/2018): Paciente em 3º dia de pós-operatório de drenagem aberta de pseudocisto pancreático. Evolui em estado geral regular, apresentando-se bem melhor com relação ao dia anterior; consciente e orientado; alternando momentos de repouso no leito e deambulação acompanhado por fisioterapeuta; dieta sólida de prova por via oral; sono satisfatório; eliminação vesical espontânea e

intestinal presentes e normais (SIC); AVP salinizado em MSE pérvio (05/11). Permanece com dreno de sucção funcionante. Paciente refere ansiedade por alta hospitalar. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,5°C; FC:96bpm; FR:18mpm; PA:120x90mmHg.

Avaliação (09/11/2018): Paciente evolui estável, receberá ALTA HOSPITALAR após o almoço. Durante o internamento apresentou receptividade as orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora gradativa de suas queixas iniciais. O paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e pretende realizar mudanças em seu estilo de vida com o intuito de permanecer o mais saudável possível. O processo de enfermagem realizado durante todo o internamento (mesmo havendo mudança de clínica) até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no estabelecimento de confiança entre o paciente e a pesquisadora, sendo possível realizar o acompanhamento, organizar o pensamento de modo contínuo e tomar decisões efetivas na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, promovendo gradativamente o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 04

Histórico de Enfermagem (17/10/2018): J.S.L., 31 anos, sexo feminino, evangélica atuante - ocupante cargo na igreja, divorciada - reside com dois filhos, ensino médio completo, cabeleireira, admitida admitido na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 17/10/2018 com história de dor precordial, proveniente da UPA Tibiri. Procurou a UPA Tibiri há quatro dias, com queixa principal de dor precordial irradiando para o membro superior esquerdo, pescoço e dorso, apresentando náusea e sudorese intensa. Após identificação de alteração das enzimas cardíacas, foi encaminhada ao HULW para internamento. Ao exame físico: evolui consciente e orientada, bastante comunicativa; em repouso no leito, em respiração espontânea, Sat.: 97%, FR:17mpm; pele e **mucosas hipocoradas (+/4+)**, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 2 litros/dia em média; abdômen semi-globoso, flácido, **doloroso à palpação superficial em hipocôndrio esquerdo (3/10)**, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, aceita bem dieta caseira, refere ingestão de frituras e massas em excesso; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações, apresentando frequência de evacuação em média 5 vezes/semana, Peso:90kg, Altura:1m65cm, **IMC:33,1kg/m² (obesidade)**; sono insatisfatório, em decorrência da dor; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pérvio (17/10), sem sinais flogísticos; higiene oral e corporal satisfatória; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas hipofonéticas, FC:118bpm, PA:130x90mmHg; pulso radial periférico palpável, P:108bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas; ausência de edemas, varizes e equimoses. Não realiza atividade física regular. Queixando-se de **dor precordial intensa (10/10) irradiando para o membro superior esquerdo, pescoço e dorso**, apresentando mal-estar inespecífico e **náusea**. Apresenta boa compreensão com relação à sintomatologia apresentada, refere vontade de seguir as orientações com a finalidade de melhorar e retornar à sua residência. Relata satisfação com sua renda mensal (três salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família. Demonstra **tristeza e impotência** com relação ao seu relacionamento que terminou há aproximadamente 10 dias, modificando moradia e a rotina dela e dos filhos. Nega tabagismo e etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa. Enzimas cardíacas alteradas: CK total: 6.990 U/L; CK MB: 2.966 U/L.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Sono e repouso	Sono prejudicado (17/10/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<p>horas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (17/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Sensopercepção	Dor precordial intensa (10/10) (17/10/2018) / Dor precordial resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
	Dor em hipocôndrio direito leve (3/10) (17/10/2018) / Dor em hipocôndrio direito melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (17/10/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (17/10/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Eliminação	Náusea (17/10/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; • Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, mastigando bem os alimentos; • Orientar o paciente para diminuir ou não ingerir líquidos durante as refeições; • Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; • Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.
	Eliminação urinária espontânea (17/10/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Nutrição	Apetite prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	(18/10/2018) / Appetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Obesidade (17/10/2018) / Obesidade diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre os riscos causados pelo excesso de peso; • Incentivar à prática de atividade física regular, de acordo com tolerância; • Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Oxigenação	Tosse produtiva (19/10/2018) / Tosse produtiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingestão hídrica adequada; • Orientar sobre a necessidade de tossir e expectorar efetivamente; • Encorajar a tosse para expelir secreções; • Realizar ausculta respiratória.
	Expectoração produtiva (19/10/2018) / Expectoração diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto a exercícios de expulsão do muco; • Monitorar a expectoração; • Avaliar coloração da expectoração.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Segurança emocional	Impotência (17/10/2018) / Impotência diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Monitorar o estado emocional do paciente; • Conversar com o paciente sobre as dificuldades cotidianas enfrentadas; • Buscar junto ao paciente soluções para as dificuldades encontradas; • Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem-estar; • Sugerir acompanhamento psicológico após alta.
	Tristeza (17/10/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Incentivar a visita de amigos e familiares; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
Amor e aceitação	Bem-estar prejudicado (18/09/2018) / Bem-estar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sentimento de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Oferecer apoio emocional; • Solicitar avaliação psicológica.
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Baixa autoestima situacional (obesidade e divórcio) (18/10/2018) / Baixa autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar apoio emocional; • Evitar comentário negativos; • Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos; • Incentivar o paciente a reassumir o controle de sua vida com atitudes positivas de cuidados com a sua saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Manutenção da saúde prejudicada (18/10/2018) / Manutenção da saúde melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde; • Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidade Psicoespiritual		
Religiosidade e espiritualidade	Risco de sofrimento espiritual (18/10/2018) / Risco de sofrimento espiritual diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar bem-estar espiritual do paciente; • Reconhecer a experiência espiritual do paciente; • Encorajar a participação em grupos de apoio; • Oferecer momento de privacidade para comportamento espiritual.

Evolução (18/10/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito; sono insatisfatório, por ter apresentado dor precordial intensa (8/10), irradiando para o dorso, com duração de aproximadamente 25 minutos, passando após administração de medicação analgésica; aceitando pouco (quase nada) da dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); AVP em MSE pérvio (17/10). Refere ansiedade para alta hospitalar, por preocupar-se com seus filhos, mas entende a necessidade de sua permanência. Relata tristeza e impotência pelo término do relacionamento (decisão tomada pelo ex-marido, não informa a causa), mas pretende conversar com seu ex-marido após alta, pois possui sentimentos fortes ainda por ele. Relata baixa autoestima e reconhece a necessidade de se cuidar mais, pois anulou-se como mulher após a maternidade, verbalizando que precisa perder alguns quilos, porém apresenta dificuldade para mudar hábitos alimentares e realizar de atividade física. Sem novas queixas no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:86bpm; FR:19mpm; PA:120x70mmHg.

Avaliação (19/10/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR, pois obteve diminuição significativa nos exames laboratoriais: Creatina quinase, CK total: 290 U/L; CK MB: 19 U/L. Encontra-se deambulando; sono insatisfatório, apresentou tosse produtiva após as 22:00h, com saída de secreção esbranquiçada; aceitando pouco (quase nada) da dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Durante o internamento apresentou-se receptiva às orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora de sua queixa inicial, mas sem tempo hábil para melhora de queixas posteriores ao seu internamento, como a tosse produtiva. A paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído, apesar da recusa em alimentar-se, por achar a comida hospitalar “sem sabor”. Reafirmou a necessidade e dificuldade de modificar seu estilo de vida. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, apesar do pouco tempo de acompanhamento da paciente. Foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas, mas, de forma diminuída, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, promoveram o alcance de alguns dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 05

Histórico de Enfermagem (18/10/2018): J.F.C., 57 anos, sexo masculino, cristão, casado – reside com esposa e filhos, ensino médio completo, motorista, admitido na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 18/10/2018 com história de cansaço respiratório aos moderados esforços (subir escada), proveniente do ambulatório de cardiologia do HULW. Paciente relata que faz acompanhamento cardiológico há quatro anos, quando iniciou quadro de cansaço respiratório aos grandes esforços (jogando bola). Nessa época iniciou uso de medicação e modificou alguns hábitos de vida nocivos à sua condição de saúde. Há seis meses refere que “relaxou com os cuidados com sua saúde” e voltou a sentir cansaço respiratório, buscando consulta médica para verificar seus sintomas. Foi solicitado e marcado para o HULW um ecocardiograma, na realização do exame foi identificado alteração da válvula bicúspide, sendo encaminhado neste serviço para realização de cateterismo, evidenciando artéria coronariana direita com 70% de lesão nos terços proximal e médio e artéria descendente anterior com lesão de 95% no terço proximal. Após identificado alteração em cateterismo, paciente foi encaminhado à Clínica Médica para internamento, aguardando vaga de UTI para realização de procedimento de Angioplastia. Relata que ao longo dos quatro anos de acompanhamento já realizou quatro cateterismos. Ao exame físico: evolui estável, alternando períodos de deambulação de curta duração e repouso no leito, consciente e orientado,

comunicativo; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, Sat.:98%, FR:17mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, extremidades livres de edema, ingesta hídrica de 1,5 litros/dia em média; abdômen semi-globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem dieta caseira, porém alimenta-se de modo inadequado, ingerindo alimentos ricos em gorduras, massas brancas e frituras; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações, apresentando frequência de evacuação em média 4 vezes/semana, Peso:83kg, Altura:1m70cm, **IMC:28,7kg/m² (sobrepeso)**; sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pérvio (18/10), sem sinais flogísticos; higiene corporal satisfatória; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros, FC:60bpm, PA:120x80mmHg, pulso radial periférico palpável, P:58bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Há seis meses não pratica atividade física, relatando também resistência pessoal à mudança alimentar (alimentos livres de gorduras e frituras). No momento sem queixas físicas, demonstrando **preocupação, tensão, impaciência e angústia** com relação à hospitalização, bem como pela realização do procedimento cirúrgico que será submetido. Apresenta boa compreensão das orientações que recebe e clareza nas ideias com relação à sintomatologia apresentada e modificações que precisa realizar em sua rotina. Refere vontade e necessidade de voltar seguir as orientações multiprofissionais, para obter tempo e qualidade de vida. Relata satisfação com sua renda mensal (quatro salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família no momento. Nega tabagismo e etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Ingestão de alimentos excessiva (18/10/2018) / Ingestão de alimentos excessiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre os riscos causados pela alimentação inadequada; • Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (18/10/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização (18/10/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (18/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; <ul style="list-style-type: none"> • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (18/10/2018)/ Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (18/10/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Regulação vascular	Risco de sangramento (24/10/2018) / Risco de sangramento diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e registrar a presença de sangue, equimoses ou hematomas no corpo do paciente; • Orientar o paciente a manter o repouso no leito; • Atentar para queixas de tontura; • Monitorar sinais vitais.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (18/10/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Risco de constipação (24/10/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.
Necessidades Psicossociais		
Comunicação	Comunicação preservada (18/10/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Educação para a saúde e aprendizagem	Manutenção da saúde prejudicada (18/10/2018)/ Manutenção da saúde melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde; • Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.
	Comportamento de busca de saúde (26/10/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (19/10/2018): Paciente estável, evolui consciente e orientando, sono satisfatório; abdômen flácido, indolor à palpação, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em MSE pervio (18/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Demonstra inquietação e irritabilidade pela permanência no hospital e pela realização do procedimento de angioplastia. Aguarda

vaga na UTI. Sem novas queixas no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:57bpm; FR:18mpm; PA:150x90mmHg.

Evolução (22/10/2018): Paciente estável, evolui consciente e orientando, sono satisfatório; abdômen flácido, indolor à palpação, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em membro superior direito (MSD) pérvio (22/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Permanece apreensivo e ansioso pela permanência no hospital e com medo da realização do procedimento de angioplastia. Aguarda vaga na UTI. Sem novas queixas no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,7°C; FC:55bpm; FR:18mpm; PA:130x80mmHg.

Evolução (23/10/2018): Paciente estável, evolui consciente e orientando, sono satisfatório; abdômen flácido, indolor à palpação, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em MSD pérvio (22/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Permanece apreensivo e ansioso pela permanência no hospital e com medo da realização do procedimento de angioplastia. Aguarda vaga na UTI. Sem queixas no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,3°C; FC:56bpm; FR:19mpm; PA:140x80mmHg.

Evolução (24/10/2018): Paciente estável, em leito de UTI, em PO de angioplastia, evolui consciente e orientando; sono satisfatório; abdômen flácido, indolor à palpação, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em MSE pérvio (24/10); diurese espontânea presente e normal e intestinal ausente hoje (SIC); com curativo oclusivo limpo em região inguinal direita. Demonstra diminuição da apreensão e ansiedade. Sem novas queixas no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:58bpm; FR:18mpm; PA:150x80mmHg.

Evolução (25/10/2018): Paciente estável, em leito de clínica médica, em 1º DPO de angioplastia, evolui consciente e orientando; sono satisfatório; abdômen flácido, indolor à palpação, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em MSE pérvio (24/10); diurese espontânea presente e normal e intestinal ausente há dois dias (SIC). Demonstra diminuição da apreensão e ansiedade. Sem novas queixas no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36°C; FC:56bpm; FR:18mpm; PA:130x80mmHg.

Avaliação (26/10/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se deambulando; sono satisfatório; aceitando dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Durante o internamento o paciente apresentou-se receptivo às orientações e ações estabelecidas, seguindo o tratamento terapêutico instituído e obtendo melhora de sua queixa inicial. Reafirmou o entendimento da necessidade de modificar seus hábitos alimentares e retornar à realização de atividade física diária, a fim de obter expectativa e qualidade de vida. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, sendo possível traçar os diagnósticos de enfermagem e executar as intervenções de enfermagem elencadas - dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora, obtendo o alcance dos resultados esperados.

CASO 06

Histórico de Enfermagem (19/10/2018): L.N.S., 21 anos, sexo feminino, católica, solteira - reside com sua mãe, está acompanhada no hospital por sua avó, ensino médio completo, cuidadora de crianças, admitida no HULW em 19/10/2018 com história de dor epigástrica, diminuição do apetite, náuseas e vômitos intensos há oito dias, proveniente do Hospital General Edson Ramalho (HGER). Paciente relata que há oito dias apresentou vômitos intensos, deu várias entradas na UPA Cruz das Armas, onde foi atendida e liberada para sua residência. Posteriormente evoluiu com dor pélvica, dor epigástrica, diminuição do apetite, náuseas e vômitos, procurando o HGER para atendimento, onde ficou hospitalizada. Realizaram exames para investigação, sendo identificado quadro compatível de Insuficiência Renal Aguda por consequência de Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva, apresentando alteração da pressão arterial, edema de extremidades, hematúria e acidose metabólica. Resultados de exames: USG de abdômen total: presença de líquido livre em pelve; USG dos rins e das

vias urinárias: achados ecográficos sugestivos de nefropatia parenquimatosa aguda; sumário de urina infeccioso. Paciente transferida ao HULW para investigação da etiologia da doença, sendo admitida na Clínica Médica. Ao exame físico: evolui estável, deambulando, consciente e orientada, pouco comunicativa; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, Sat.:97%, FR:18mpm; **pele e mucosas hipocoradas (2+/4+)**, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, **extremidade (MMII) com edema (2+/4+)**, ingesta hídrica de 2 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, aceita pouco dieta caseira (diz ser seu padrão alimentar), porém no momento encontra-se com **diminuição do apetite**; **diurese** presente por **sonda vesical de Fowler** com aspecto normal e intestinal presente e normal, apresentando frequência de evacuação em média 4 vezes/semana, Peso anterior:39kg, Peso atual:42,4kg, Altura:1m52cm, **IMC:18,4kg/m² (abaixo do peso)**; sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo em 17/10; higiene corporal satisfatória, **higiene oral prejudicada** (aparelho ortodôntico com resíduos de alimentos); ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros, FC:72bpm, **PA:160x90mmHg**, pulso radial periférico palpável, P:70bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Não pratica atividade física. Queixando-se de **dor epigástrica moderada (8/10)**, **diminuição do apetite**, **náuseas**, **vômitos** e **mal-estar inespecífico**, relatando **apreensão** com relação à hospitalização (tempo de internamento, diagnóstico e tratamento). Apresenta boa compreensão das orientações que foram dadas por esta pesquisadora, porém ainda não possui clareza nas ideias com relação à sintomatologia apresentada, refere não ter tido explicações até o momento. Relata satisfação com sua renda mensal (dois salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família. Nega tabagismo e etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de lesão por pressão: 21 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso seis, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnóstico/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Hidratação	Risco de volume de líquidos prejudicado (19/10/2018) / Risco diminuído de volume de líquidos prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores de risco; • Avaliar o paciente diariamente (edema periférico); • Desestimular consumo de sódio; • Encorajar ingesta hídrica, conforme a necessidade do paciente; • Verificar turgor da pele.
	Edema em MMII (2+/4+) (19/10/2018) / Edema em MMII melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de edema periférico por meio da escala em cruzes; • Registrar a evolução e a localização do edema; • Avaliar pressão arterial; • Orientar cuidados com a pele; • Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; • Monitorizar a resposta do paciente ao tratamento diurético pela regressão do edema e peso corporal.
Nutrição	Apetite prejudicado (19/10/2018) / Appetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Peso corporal reduzido (19/10/2018) / Peso corporal melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Informar ao paciente quanto à importância da alimentação regular; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Cuidado corporal e	Capacidade para executar a higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se o paciente dispõe de material de higiene oral;

Necessidades Afetadas	Diagnóstico/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
ambiental	(ou bucal) prejudicada (19/10/2018) / Capacidade para executar a higiene oral (ou bucal) melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar material de higiene oral, caso necessário; • Orientar higiene da cavidade oral adequada.
	Capaz de executar o autocuidado (19/10/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Regulação vascular	Pressão arterial alterada (19/10/2018) / Pressão arterial melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a pressão arterial; • Registrar alterações da pressão arterial; • Desestimular consumo de sódio; • Monitorar queixas de tonturas e cefaleia; • Orientar quanto à importância da redução do estresse e ansiedade.
Sensopercepção	Dor epigástrica moderada (8/10) (19/10/2018) / Dor epigástrica melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (19/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Eliminação	Náusea (19/10/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; • Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, mastigando bem os alimentos; • Orientar o paciente para diminuir ou não ingerir líquidos durante as refeições; • Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; • Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.
	Vômito (19/10/2018) / Vômito resolvido	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores ambientais ou biológicos capazes de estimular o vômito; • Avaliar e registrar as características, a quantidade, a frequência e a duração do vômito; • Estimular a ingestão hídrica adequada após episódio de vômito, se tolerado; • Orientar higienização da cavidade oral após o vômito; • Observar a pele e mucosa, quanto a sinais de desidratação.
	Risco de constipação (25/10/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos;

Necessidades Afetadas	Diagnóstico/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.
	Eliminação urinária espontânea (22/10/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (19/10/2018)/ Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Integridade de pele prejudicada (06/11/2018)/ Integridade de pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente a manter a pele limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Terapêutica e de prevenção	Recuperação do estado de saúde esperado (01/11/2018) / Recuperação do estado de saúde esperado mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre a evolução do estado de saúde; • Enfatizar quanto à participação do paciente no cuidado para recuperação e manutenção da saúde.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Segurança emocional	Medo (de realizar a biópsia renal) (24/10/2018) / Medo diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Aproximar-se do paciente sem julgá-lo; • Identificar as causas desse sentimento; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente.
	Ansiedade da hospitalização (26/10/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
Educação para a saúde e aprendizagem	Falta de conhecimento sobre doença (19/10/2018) / Falta de conhecimento sobre doença melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os procedimentos a serem realizados; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente/acompanhante; • Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação; • Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente.
	Comportamento de busca de saúde (07/11/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento;

Necessidades Afetadas	Diagnóstico/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (22/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene oral prejudicada; dieta zero para realização de USG de abdômen total; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); abdômen flácido, indolor; AVP salinizado em MSD pérvio (22/10); diurese espontânea e eliminação intestinal presentes e normais (SIC); edema em MMII (2+/4+). Refere ausência de episódio de vômito há 24 horas. Queixando-se de dor epigástrica (8/10), náuseas, mal-estar inespecífico. Demonstrando apreensão. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:72bpm; FR:20mpm; PA:140x90mmHg.

Evolução (23/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene oral melhorada; aceitando pouco dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), AVP salinizado em MSD pérvio (22/10); abdômen flácido, indolor; edema em MMII (2+/4+), diurese espontânea presente e normal, eliminação intestinal ausente (SIC). Queixando-se de diminuição do apetite, dor epigástrica intensa (8/10), náuseas e mal-estar inespecífico. Demonstrando apreensão. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:84bpm; FR:19mpm; PA:160x90mmHg.

Evolução (24/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; sono satisfatório; higiene corporal e oral satisfatória; aceitando pouco dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), AVP salinizado em MSD pérvio (22/10); abdômen flácido, indolor; edema em MMII (2+/4+), diurese espontânea sem alteração, eliminação intestinal ausente (SIC). Queixando-se de diminuição do apetite, dor epigástrica moderada (6/10), náuseas e mal-estar inespecífico. Relata medo pela possibilidade de realizar biópsia renal. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:35,8°C; FC:81bpm; FR:18mpm; PA:130x90mmHg.

Evolução (25/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); AVP salinizado em MSD pérvio (22/10); abdômen flácido, indolor; edema em MMII (2+/4+); diurese espontânea presente e normal, eliminação intestinal ausente (SIC). Administrado 01 concentrado de hemácias. Queixando-se dor epigástrica (6/10), náuseas e mal-estar inespecífico. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:85bpm; FR:19mpm; PA:130x80mmHg.

Evolução (26/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); AVP salinizado em MSE pérvio (26/10); abdômen flácido, indolor; edema em MMII (+/4+); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Queixando-se de dor epigástrica (6/10) e mal-estar inespecífico. Biópsia renal agendada para 01/11. Demonstrando medo pela marcação da data da biópsia e ansiedade por alta hospitalar. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,6°C; FC:87bpm; FR:18mpm; PA:110x80mmHg.

Evolução (29/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); AVP salinizado em MSE pérvio (26/10); abdômen flácido, indolor; edema em MMII (+/4+); diurese espontânea e eliminação intestinal presentes e normais (SIC). Queixando-se de dor epigástrica (4/10) e mal-estar inespecífico. Relata ansiedade para realizar a biópsia. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:35,9°C; FC:82bpm; FR:17mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (30/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); AVP salinizado em MSE pérvio (26/10); abdômen doloroso à palpação (4/10); edema em MMII (+/4+); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Queixando-se de dor epigástrica (4/10). Aguarda biópsia. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:90bpm; FR:18mpm; PA:110x80mmHg.

Evolução (31/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); AVP salinizado em MSE pérvio (31/10); abdômen flácido, indolor; diurese espontânea presente e normal, eliminação intestinal ausente (SIC). Queixando-se de desconforto epigástrico. Relata ansiedade. Aguarda biópsia. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:98bpm; FR:19mpm; PA:110x80mmHg.

Evolução (01/11/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas normocoradas; AVP salinizado em MSE pérvio (31/10); abdômen flácido, indolor; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Biópsia renal desmarcada em decorrência de uma urgência dialítica em outra paciente. Paciente demonstra irritação pela não realização do procedimento. Exames laboratoriais normalizados. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:100bpm; FR:22mpm; PA:120x90mmHg.

Evolução (02/11/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas normocoradas; AVP salinizado em MSE pérvio (31/10); abdômen flácido, indolor; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Aguarda biópsia, remarcada para 06/11. Relata ansiedade por alta hospitalar, pois está se sentindo muito bem. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,5°C; FC:88bpm; FR:18mpm; PA:120x80mmHg.

Evolução (05/11/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas normocoradas; AVP salinizado em MSD pérvio (05/11); abdômen flácido, indolor; diurese espontânea e eliminação intestinal presentes e normais (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:82bpm; FR:20mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (06/11/2018): Paciente estável, evolui consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; higiene satisfatória; aceitando dieta hospitalar; pele e mucosas normocoradas; AVP salinizado em MSD pérvio (05/11); abdômen indolor à palpação; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Paciente será encaminhada à tarde para realização da biópsia renal. Relata ansiedade por alta hospitalar. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:113bpm; FR:20mpm; PA:110x60mmHg.

Avaliação (07/11/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se consciente e orientanda; deambulando; sono satisfatório; aceitando dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Realizou biópsia renal e vai aguardar o resultado em casa, já que está sem queixas no momento e com exames laboratoriais controlados. Durante o internamento a paciente apresentou-se receptiva às orientações e ações estabelecidas, seguindo o tratamento terapêutico instituído e obtendo melhora de sua queixa inicial. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, sendo possível traçar os diagnósticos de enfermagem e executar as intervenções de enfermagem elencadas - dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora, obtendo o alcance dos resultados esperados. Paciente encaminhada para acompanhamento médico ambulatorial na nefrologia do ambulatório do HULW.

CASO 07

Histórico de Enfermagem (23/10/2018): C.V.S., 28 anos, sexo feminino, evangélica, casada - reside com esposo e um filho, ensino médio incompleto (2º ano), do lar, admitida na Clínica Médica do HULW em 22/10/2018 as 21:00horas, após apresentar episódio de convulsão generalizada. Paciente relata que estava acompanhando seu esposo no bloco cirúrgico (aguardando na URPA), quando perdeu a consciência e apresentou crise convulsiva (relatado a ela por duas enfermeiras da URPA). Paciente encaminhada à Clínica Médica para internamento, para realizar investigação do ocorrido. Relata não ter apresentado episódio de crise convulsiva ao longo de sua vida, porém recorda-se de perda da consciência na infância e durante gestação anterior. Refere que no momento da síncope de ontem estava apreensiva e ansiosa em decorrência do procedimento cirúrgico que o marido estava sendo submetido. Ao exame físico: evolui estável, deambulando, consciente e orientada, pouco

comunicativa; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, Sat.:99%, FR:16mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, extremidades livres de edema, ingesta hídrica de 1 litro/dia em média; abdômen semi-globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem dieta caseira, porém alimenta-se de modo inadequado, ingerindo alimentos gordurosos, massas brancas e frituras; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais, apresentando frequência de evacuação em média 3 vezes/semana, Peso:63kg, Altura:1m54cm, **IMC:26,6kg/m² (sobrepeso)**; sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior direito (22/10) pérvio, sem sinais flogísticos; higiene oral e corporal satisfatória; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros, FC:76bpm, PA:120x80mmHg, pulso radial periférico palpável, P:72bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Não pratica atividade física regular, relatando dificuldade pessoal à mudança alimentar, principalmente após gravidez. No momento sem queixas físicas, demonstrando **preocupação, tensão e angústia** com relação à hospitalização (seu filho está sendo cuidado por sua cunhada), bem como pela realização do procedimento cirúrgico do esposo (por estar impossibilitada de acompanhá-lo). Apresenta boa compreensão e clareza nas ideias com relação às orientações recebidas. Refere vontade de modificar seu estilo de vida, cuidando de sua alimentação e realizando atividade física. Demonstra **insatisfação** com sua **aparência**, gostaria de modificá-la perdendo peso. Relata insatisfação com sua renda mensal (um salário mínimo), sendo suficiente para as necessidades de sua família no momento, recebendo, muitas vezes, ajuda financeira de sua família. Nega tabagismo e etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de lesão por pressão: 21 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso sete, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Ingestão de alimentos excessiva (23/10/2018) / Ingestão de alimentos excessiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre os riscos causados pela alimentação inadequada; • Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (23/10/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (23/10/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (23/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	<p>Risco de queda (23/10/2018) / Risco de queda diminuído</p>	<p>locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção. <p>• Avaliar o risco de queda por meio de uma escala;</p> <p>• Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário;</p> <p>• Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário;</p> <p>• Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro;</p> <p>• Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes;</p> <p>• Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas;</p> <p>• Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário;</p> <p>• Elevar grades do leito, se necessário;</p> <p>• Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar;</p> <p>• Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.</p>
Integridade física	<p>Acesso intravenoso preservado (23/10/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pérvio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Cuidado corporal e ambiental	<p>Capaz de executar o autocuidado (23/10/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Regulação vascular	<p>Pressão arterial alterada (24/10/2018) / Pressão arterial controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar fatores relacionados à alteração da pressão arterial; • Monitorar a pressão arterial; • Monitorar queixas de tonturas e/ou cefaleia; • Desestimular consumo de sódio; • Orientar quanto à importância da redução do estresse e ansiedade.
Necessidades Psicossociais		
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	<p>Baixa autoestima situacional (necessidade de emagrecer) (23/10/2018) / Baixa autoestima melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar apoio emocional; • Evitar comentário negativos; • Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos; • Incentivar o paciente a reassumir o controle de sua vida com atitudes positivas de cuidados com a sua saúde.
Segurança emocional	<p>Ansiedade da hospitalização (23/10/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Medo (de convulsionar novamente) (24/10/2018) / Medo diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Aproximar-se do paciente sem julgá-lo; • Identificar as causas desse sentimento; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (26/10/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (24/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; abdômen flácido, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em MSD pérvio (22/10); diurese espontânea presente e normal e intestinal ausente (SIC). Relata medo de convulsionar novamente e alteração da pressão hoje. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:78bpm; FR:18mpm; PA:150x80mmHg.

Evolução (25/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; sono satisfatório; abdômen flácido, indolor, RHA presentes, aceitando dieta hospitalar; AVP salinizado em membro superior esquerdo (MSE) pérvio (24/10); diurese espontânea presente e normal e intestinal ausente há dois dias (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:76bpm; FR:17mpm; PA:130x80mmHg.

Avaliação (26/10/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se deambulando; sono satisfatório; aceitando dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Durante o internamento o paciente apresentou-se receptiva às orientações e ações estabelecidas, seguindo o tratamento terapêutico instituído. Reafirmou a necessidade de modificar seus hábitos alimentares e realizar atividade física regular. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, apesar do pouco tempo de acompanhamento da paciente. Foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas, porém, de modo reduzido, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, promoveram o alcance de alguns dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 08

Histórico de Enfermagem (23/10/2018): I.A.B., 50 anos, sexo masculino, não possui religião, mas possui crença em Deus, casado - reside com esposa, ensino médio completo (9º ano), repositor em frigorífico, admitido na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 23/10/2018, com história de cansaço respiratório aos moderados esforços (subir escadas), fraqueza muscular, tontura ao deambular e edema em MMII. Refere tratamento no HULW para diabetes mellitus, tipo II (desenvolveu há 10 anos) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Paciente relata que há duas semanas iniciou quadro de edema em extremidades (MMII) e cansaço respiratório, aumentando gradativamente. Hoje, por não aguentar mais, procurou seu médico pneumologista no HULW, sendo encaminhado à Clínica Médica para internamento. Ao exame físico: evolui em estado geral regular, consciente e orientado, comunicativo; alternando períodos de deambulação de curta duração e repouso no leito; apresentando-se sonolento; em respiração espontânea, **dispneia leve**, murmúrios vesiculares reduzidos em base esquerda, **sibilos**, **tosse seca**, Sat.:95%, FR:20mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, extremidades (MMII) com **edema (3+/4+)**, ingesta hídrica de 4 litros/dia em média; abdômen semi-globoso, flácido, indolor à

palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem dieta caseira, porém alimenta-se de modo inadequado, ingerindo alimentos doces, massas brancas, frituras - relata que come qualquer alimento que sinta vontade e possa comprar; eliminação vesical espontânea com aspecto espumoso, amarelo escuro, com odor fétido e intestinal presente e normal, apresentando frequência de evacuação em média 5 vezes/semana, Peso anterior: 80kg, Peso atual: 67kg, perda de 13kg em três meses, Altura: 1m54cm, **IMC: 27,2kg/m² (sobrepeso)**; sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pérvio (23/10), sem sinais flogísticos; **higiene oral e corporal insatisfatórias**; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros, FC: 84bpm, PA: 100x60mmHg, pulso radial periférico palpável, P: 82bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Não pratica atividade física regular. Apresenta boa compreensão e clareza nas ideias com relação às doenças pré-existentes e à sintomatologia apresentada no momento, porém, apresenta-se resistente a seguir às orientações recebidas, tendo frequentemente hospitalizações (terceiro internamento do ano de 2018) em decorrência da **não adesão ao regime terapêutico**. Relata satisfação com sua renda mensal (dois salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família. Nega etilismo. Tabagista por 30 anos (20 cigarros/dia), parou ao desenvolver DPOC. Queixando-se de **dor moderada em MMII (6/10)**, principalmente ao deambular, **sonolência, tontura ao deambular, cansaço físico, falta de energia, cansaço respiratório**. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso oito, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Ingestão de alimentos excessiva (23/10/2018) / Ingestão de alimentos diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre os riscos causados pela alimentação inadequada; • Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (23/10/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
	Apetite prejudicado (24/10/2018) / Apetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Oxigenação	Dispneia leve (23/10/2018) / Dispneia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Avaliar condição hemodinâmica; • Realizar gasometria, se necessário; • Monitorar sinais vitais.
	Tosse seca (23/10/2018) / Tosse seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as causas da tosse; • Orientar paciente a sentar-se com a cabeça levemente fletida, durante os acessos de tosse; • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Proporcionar ambiente limpo e arejado; • Realizar ausculta respiratória;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais vitais.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (23/10/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Cuidado corporal e ambiental	Capacidade para executar a higiene corporal prejudicada (23/10/2018) / Capacidade para executar a higiene corporal melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o paciente a manter hábitos diários de higiene capilar, corporal e oral; • Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal; • Providenciar material de higiene, caso necessário; • Orientar o paciente a troca de roupas após o banho; • Orientar o paciente a cortar as unhas e mantê-las limpas; • Orientar o paciente quanto à importância do autocuidado; • Orientar troca da roupa de cama diariamente; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Sono e repouso	Sonolência (23/10/2018) / Sonolência diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar nível de sonolência; • Determinar os efeitos dos medicamentos sobre o sono; • Orientar sobre o risco de queda; • Orientar o acompanhante a fornecer auxílio à deambulação, se necessário; • Monitorar sinais vitais.
Atividade física	Intolerância à atividade física (23/10/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos do paciente sobre cansaço físico, dor ou dificuldade para realização de tarefas.
	Fadiga (23/10/2018) / Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga; • Ajudar o paciente a priorizar atividades; • Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; • Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); • Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (23/10/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Infecção (24/10/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (23/10/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Hidratação	Edema em MMII (3+/4+) (23/10/2018) / Edema em MMII melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de edema periférico por meio da escala em cruzes; • Registrar a evolução e a localização do edema; • Avaliar pressão arterial; • Orientar cuidados com a pele; • Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; • Monitorizar a resposta do paciente ao tratamento diurético pela regressão do edema e peso corporal.
Sensopercepção	Vertigem postural (tontura) (23/10/2019) / Vertigem melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre o risco de queda; • Orientar auxílio à deambulação, se necessário; • Monitorar queixas de tontura; • Monitorar sinais vitais.
Terapêutica e de prevenção	Não adesão ao regime terapêutico (23/10/2018) / Não adesão ao regime terapêutico melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar barreiras para a não adesão ao regime terapêutico; • Adequar à utilização dos medicamentos de acordo com a rotina diária do paciente; • Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença; • Orientar o paciente acerca do regime terapêutico proposto.
	Recuperação do estado de saúde retardado (30/10/2018) / Recuperação do estado de saúde esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Dar apoio e conforto ao paciente; • Enfatizar quanto à participação do paciente no cuidado para recuperação e manutenção da saúde; • Estabelecer metas junto com o paciente para melhorar sua saúde; • Informar ao paciente o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde.
Regulação vascular	Risco de glicemia instável (23/10/2018) / Risco de glicemia instável diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço; • Administrar glicose hipertônica 50% como prescrito, quando necessário; • Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar, observando o protocolo; • Avaliar as condições do acesso intravenoso periférico; • Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); • Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); • Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar.
Necessidades Psicossociais		
Comunicação	Comunicação preservada (18/09/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		equipe de profissionais e familiares.
Educação para a saúde e aprendizagem	Manutenção da saúde prejudicada (23/10/2018) / Manutenção da saúde melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde; • Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.
Liberdade e participação	Enfrentamento individual ineficaz (23/10/2018) / Enfrentamento individual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença; • Apoiar o paciente e avaliar a compreensão dele acerca do processo da doença; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.

Evolução (24/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientando, sono exacerbado; dispneico (+/4+); abdômen flácido, indolor, sem aceitação da dieta hospitalar; AVP salinizado em MSE pérvio (23/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); edema em MMII (3+/4+). Demonstra irritabilidade pela rotina hospitalar. Mantendo queixas da admissão. Recebido hemograma e sumário de urina infecciosos. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,3°C; FC:88bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg, GC:537mg/dl (AC).

Evolução (25/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientando, sono exacerbado; dispneico (+/4+); abdômen flácido, indolor, sem aceitação da dieta hospitalar; AVP salinizado em MSE pérvio (23/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); edema em MMII (3+/4+). Demonstra irritabilidade pela rotina hospitalar. Mantendo queixas da admissão. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,5°C; FC:90bpm; FR:19mpm; PA:100x60mmHg, GC:287mg/dl (AC).

Evolução (26/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientando, sono exacerbado; dispneico (+/4+); abdômen flácido, indolor, sem aceitação da dieta hospitalar; AVP salinizado em MSE pérvio (23/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); edema em MMII (3+/4+). Demonstra irritabilidade pela rotina hospitalar. Mantendo queixas da admissão. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:82bpm; FR:17mpm; PA:100x60mmHg, GC:104mg/dl (AC).

Evolução (29/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientando, sono satisfatório; dispneico (+/4+); abdômen flácido, indolor, sem aceitação da dieta hospitalar; AVP salinizado em MSD pérvio (28/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); edema em MMII (2+/4+). Demonstra irritabilidade pela rotina hospitalar. Mantendo boa parte das queixas da admissão. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,4°C; FC:87bpm; FR:18mpm; PA:110x70mmHg, GC:189mg/dl (AC).

Evolução (30/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientando, sono satisfatório; abdômen flácido, indolor, sem aceitação da dieta hospitalar; AVP salinizado em MSD pérvio (28/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); edema em MMII (2+/4+). Demonstra irritabilidade pela rotina hospitalar. Mantendo boa parte das queixas da admissão. Marcado biópsia renal para 01/11/2018. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:36,6°C; FC:85bpm; FR:17mpm; PA:100x60mmHg, GC:198mg/dl (AC).

Evolução (31/10/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientando; sono satisfatório; abdômen flácido, indolor, sem aceitação da dieta hospitalar; AVP salinizado em MSD pérvio (28/10); eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC); edema em MMII (+/4+). Demonstra irritabilidade pela rotina hospitalar. Mantendo boa parte das queixas da admissão. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: T:35,9°C; FC:75bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg, GC:269mg/dl (AC).

Avaliação (01/11/2018): Paciente EVADIU-SE. Como a biópsia foi cancelada, em decorrência de uma urgência dialítica de outra paciente, o paciente afirmou que não iria esperar mais, solicitando sua alta, como não houve autorização médica, paciente evadiu-se. Durante o internamento o paciente

apresentou-se receptivo às orientações e ações estabelecidas, seguindo muito pouco do tratamento terapêutico instituído e obtendo pouca melhora de suas queixas iniciais, sendo perceptível a regressão do edema dos MMII, da tosse seca, melhora da dispneia e reestabelecimento do sono. Em todas as visitas de acompanhamento o paciente permaneceu com muitas reclamações sobre a rotina hospitalar, sempre irritado, alegando: horário das medicações inconvenientes, glicemia capilar sem necessidade, dieta hospitalar sem condições de ser ingerida, demora na realização da biópsia, etc.). O processo de enfermagem não foi evidenciado em sua totalidade como uma ferramenta eficaz, pois o paciente não aceitava e não cumpria as orientações e ações estabelecidas.

CASO 09

Histórico de Enfermagem (24/10/2018): G.J.P.N., 66 anos, sexo masculino, católico, casado - reside com esposa, duas filhas e duas netas, ensino fundamental incompleto (6º ano), vendedor aposentado, admitido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 17/10/2018 proveniente da UPA Oceania, com história de dor precordial. Procurou a UPA com queixa principal de dor precordial irradiando para o membro superior esquerdo e dorso, vômito, sudorese intensa e palidez cutânea, por volta das 09:00horas (17/10/2018), fez alguns exames e após identificação de alteração laboratorial e no eletrocardiograma, foi encaminhado para o HULW para realização cateterismo, realizando posteriormente Angioplastia. Permaneceu na UTI por 48h para vigilância hemodinâmica e foi encaminhado para a Clínica Médica dia 19/10/2018. No dia de sua alta hospitalar (22/10/2019) apresentou os mesmos sintomas: dor precordial irradiando para o membro superior esquerdo e dorso, vômito, sudorese intensa e palidez cutânea, sendo encaminhando para novo cateterismo, onde acabou por realizar novo procedimento de Angioplastia, pois havia evoluído com trombose de STENT. Após 48h de vigilância hemodinâmica na UTI, foi readmitido na Clínica Médica em 24/10/2018. Doença pré-existente: Artrite Reumatoide (AR). Ao exame físico: evolui estável, consciente e orientado, comunicativo; intercala períodos de deambulação e repouso no leito, acompanhado por sua esposa; em respiração espontânea, Sat.:99%, FR:16mpm; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas, turgor e elasticidade levemente diminuídos, ingesta hídrica de 1,5 litros/dia em média, extremidades livres de edemas; abdômen semi-globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem dieta caseira, com alimentos ricos em gordura (frituras e carnes gordas) e excesso de massa branca; eliminação vesical espontânea presente e normal **intestinal ausente há um dia**, apresentando frequência de evacuação em média 4 vezes/semana, Peso:83kg, Altura:1m70cm, **IMC:28,7 (sobrepeso)**; sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (24/10), sem sinais flogísticos; higiene corporal e oral satisfatória; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:100bpm, PA:110x60 mmHg, pulso radial periférico palpável, P:92bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Não pratica atividade física regular, pois diz-se incapaz em decorrência da AR. Relata **ansiedade** para alta hospitalar. Apresenta boa compreensão das orientações, refere vontade de seguir o regime terapêutico e modificar hábitos alimentares, a fim de prolongar sua expectativa de vida e viver longos anos com sua família. Relata satisfação com sua renda mensal (três salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família. Relata tabagismo por 30 anos (média de 20 cigarros/dia), parando de fumar há 10 anos e refere etilismo social em finais de semana geralmente alternados aos domingos (média 06 latinhas de cerveja). Escala de **Risco de Queda** de Morse: 35 (risco **moderado**). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 19 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso nove, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Ingestão de alimentos excessiva (24/10/2018) /	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre os riscos causados pela

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Ingestão de alimentos diminuída	alimentação inadequada; <ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (24/10/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
Eliminação	Risco de constipação (24/10/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.
	Eliminação urinária espontânea (24/10/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (24/10/2018) / Risco diminuído de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
	Risco de queda (24/10/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (24/10/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Integridade	Acesso intravenoso	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
física	preservado (24/10/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	manutenção do acesso intravenoso; <ul style="list-style-type: none"> • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pérvio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Integridade da pele prejudicada (24/10/2018) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Necessidades Psicossociais		
Comunicação	Comunicação preservada (18/09/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização (24/10/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (24/10/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde (26/10/2018) / Aceitação do estado de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde; • Esclarecer as dúvidas do paciente; • Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.

Evolução (25/10/2018): Paciente evolui estável, deambulando com apoio de sua esposa; consciente e orientado, comunicativo; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hiporcoradas (+/4+); abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais; sono satisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (24/10). Refere ansiedade por alta hospitalar. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: Sat.:98%, FR:18mpm, P:96bpm, PA:110x60mmHg; T:37°C.

Avaliação (26/10/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se deambulando; sono satisfatório; aceitando dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Durante o internamento o paciente apresentou-se receptivo às orientações e ações estabelecidas, seguindo o tratamento terapêutico instituído. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, apesar do pouco tempo de acompanhamento do paciente, foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas. Os diagnósticos de enfermagem foram traçados e as

intervenções de enfermagem elencadas, promovendo o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 10

Histórico de Enfermagem (29/10/2018): A.B.M., 69 anos, sexo feminino, católica, solteira - mora com a irmã desde a piora do seu estado de saúde há dois meses, analfabeta, doméstica aposentada, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 29/10/2018 com queixa principal de cansaço respiratório em decorrência do aumento do volume abdominal (ascite volumosa) e episódio de vômito e fezes com sangue há 3 dias, proveniente de Caaporã-PB. Acompanhante (irmã) relata que há dois anos é acompanhada pelo ambulatório de gastroenterologia do HULW quando recebeu o diagnóstico de esquistossomose. Relata que há dez meses apresentou piora do quadro, apresentando aumento do volume abdominal, empachamento após alimentar-se com qualquer alimento, causando-lhe inapetência e perda de peso, episódios de diarreia com duração de 3-4 dias, de 2-3 vezes por mês. Doenças pré-existentes: asma, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico: evolui em estado geral comprometido, consciente e orientada, pouco comunicativa, em decorrência do desconforto respiratório; em respiração espontânea, apresentando **dispneia leve**, utilização de musculatura acessória para respirar (**tiragem intercostal**), presença de **sibilos** à ausculta, Sat.:92%, **FR:20mpm**; **pele e mucosas hipocoradas (2+/4+)**, **pele ressecada, turgor e elasticidade diminuídos, baixa ingesta hídrica** (não sabe mensurar); abdômen globoso (ascite volumosa), flácido, **timpânico à percussão**, indolor à palpação superficial, ruídos hidroaéreos hiperativos; **dieta zero** no momento para realização de endoscopia, porém raramente alimenta-se de uma refeição completa há dois meses; eliminação vesical espontânea em quantidade reduzida (oligúria) de coloração acastanhada e intestinal presente com presença de sangue há 3 dias, apresentando frequência de evacuação em média 2-3 vezes/semana, Peso anterior:52kg, Peso atual:38kg, **perda de 14kg em dois meses**, Altura: 1m60cm, **IMC: 14,8kg/m² (abaixo do peso)**; **sono insatisfatório**, não consegue dormir bem (dando pequenos cochilos intermitentes) há dois meses em decorrência do aumento do volume abdominal e desconforto respiratório; **nunca realizou atividade física** regular; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (29/10), sem sinais flogísticos; apresenta **dependência total para o autocuidado** (alimentar-se, ir ao banheiro, tomar banho, vestir-se, despir-se), higiene corporal satisfatória e oral prejudicada, com falhas dentárias e sujidade aparente; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:102bpm, PA:100x60mmHg; T:36,8°C; pulso radial periférico palpável, P:94bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses; apresenta **edema em membros inferiores (MMII) (2+/4+)**. Não pratica atividade física regular. Apresenta pouca compreensão com relação a gravidade do estágio atual da doença. Possui relacionamento familiar harmonioso, sua irmã refere que a paciente é uma pessoa maravilhosa, muito amada por toda a família – nesse momento a irmã começa a chorar, pois diz que o médico conversou com ela há pouco tempo sobre a gravidade do estado de saúde e que a família começasse a se preparar emocionalmente, pois sua irmã pode não receber alta hospitalar para casa. Paciente demonstra muita **tristeza** desde a piora do seu estado e **medo da morte**. Relata insatisfação com sua renda mensal, pois tem sido insuficiente para as suas necessidades atuais. **Tabagista por 30 anos** (média de 25 cigarros/dia), parou há 18 anos. Nega etilismo. Queixando-se de **falta de energia para realização das atividades diárias**, passando maior parte do tempo deitada, **cansaço físico e respiratório**, dificuldade para pronunciar palavras, mal-estar inespecífico, **inapetência**, empachamento pós-prandial, **flatulência**, **ânsia de vômito**, **insônia**. Refere que em dois meses realizou cinco paracenteses de alívio. Escala de **Risco de Queda** de Morse: 55 (**alto risco**). Escala de Braden/**Risco de Lesão por pressão: 11 (alto risco)**. Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso dez, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
-----------------------	---------------------------------------	----------------------------

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Oxigenação	Dispneia leve (29/10/2018) / Dispneia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Avaliar condição hemodinâmica; • Realizar gasometria, se necessário; • Monitorar sinais vitais.
Hidratação	Ascite (29/10/2018) / Ascite melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Manter cabeceira elevada; • Observar distensão abdominal; • Monitorar as condições da pele abdominal; • Acompanhar resultados de exames laboratoriais (albuminemia, proteinúria, eletrólitos).
	Hidratação da pele diminuída (29/10/2018) / Hidratação da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar meta de ingestão de líquidos, de acordo com a necessidade do paciente; • Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; • Orientar a utilização de cremes hidratantes.
	Risco de desidratação (29/10/2018) / Risco de desidratação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a pele diariamente; • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; • Monitorar sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, mucosas secas); • Monitorar sinais vitais.
	Risco de desequilíbrio de líquidos (29/10/2018) / Risco diminuído de desequilíbrio de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as alterações hídricas (edema, débito urinário, sangramento); • Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; • Monitorar sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, mucosas secas).
	Risco de desequilíbrio de eletrólitos (29/10/2018) / Risco diminuído de desequilíbrio de eletrólitos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar resultados laboratoriais (níveis de eletrólitos); • Detectar a ocorrência de letargia, hipotensão e câimbras musculares.
Nutrição	Apetite prejudicado (29/10/2018) / Appetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Condição nutricional prejudicada (29/10/2018)/ Condição nutricional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Monitorar aceitação alimentar; • Orientar sobre hábitos saudáveis alimentares, com refeições balanceadas; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Desnutrição (29/10/2018)/ Desnutrição diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingestão de refeições fracionadas, no intervalo de três em três horas; • Registrar a aceitação alimentar; • Orientar o paciente e acompanhante quanto a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Orientar o paciente e acompanhante sobre a importância da adesão do paciente a dieta prescrita; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Déficit de autocuidado para alimentar-se (29/10/2018) / Déficit de autocuidado para	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que interferem no autocuidado para alimentação; • Orientar o auxílio na alimentação;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	alimentar-se melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e acompanhante a adotar um melhor posicionamento para a alimentação; • Orientar higiene da cavidade oral adequada.
Eliminação	Flatulência (29/10/2018)/ Flatulência melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Avaliar distensão abdominal; • Estimular deambulação, sob supervisão; • Orientar a evitar alimentos que provoquem gases; • Orientar aumento do tempo de mastigação.
	Náusea (29/10/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; • Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, mastigando bem os alimentos; • Orientar o paciente para diminuir ou não ingerir líquidos durante as refeições; • Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; • Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.
	Eliminação urinária espontânea (29/10/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Eliminação urinária reduzida (29/10/2018) / Eliminação urinária melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; • Orientar quanto ao preparo para a realização de exames, quando solicitado; • Observar sinais e sintomas de infecção.
Sono e repouso	Insônia (29/10/2018) / Insônia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar o padrão do sono e a quantidade de horas dormidas habitualmente; • Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono; • Identificar no paciente, ansiedade, desconforto, tensão ou outros fatores que possam provocar a insônia.
Atividade física	Intolerância à atividade física (29/10/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos do paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; • Proporcionar conforto ao paciente.
	Mobilidade física prejudicada (29/10/2018)/ Mobilidade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar limitações atuais, considerando as atividades diárias do paciente; • Orientar quanto à importância da deambulação; • Auxiliar e/ou orientar o auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar na realização das atividades de higiene, se necessário; • Ensinar precauções de segurança ao paciente e/ou acompanhante; • Orientar sobre a prevenção de lesão por pressão.
	Mobilidade na cama prejudicada (29/10/2018)/ Mobilidade na cama melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a mudança de decúbito no leito a cada duas horas; • Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade.
	Fadiga (29/10/2018) /	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a priorizar atividades; • Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; • Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); • Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.
Segurança física e do meio ambiente	Infecção (29/10/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
	Risco de queda (29/10/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
Cuidado corporal e ambiental	Capacidade de autocuidado prejudicada (29/10/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar; • Estimular as atividades de autocuidado; • Auxiliar nas atividades de vida diária, se necessário; • Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; • Referir paciente ao serviço social.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (29/10/2018)/ Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Risco de integridade da pele prejudicada (29/10/2018) / Risco de integridade da pele diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores de risco; • Orientar ingestão nutricional adequada; • Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar sobre a manutenção das mãos limpas e unhas cortadas.
	Pele seca (29/10/2018) / Pele seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar parâmetros laboratoriais (ureia elevada); • Orientar quanto à hidratação da pele com produtos apropriados; • Monitorar as áreas ressecadas da pele; • Orientar quanto à ingestão adequada de nutrientes; • Instruir quanto à ingestão hídrica adequada; • Orientar o paciente e/ou acompanhante a executar rotina de

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Risco de lesão por pressão (29/10/2018) / Risco de lesão por pressão diminuído	<p>cuidados com a pele.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspecionar a pele do paciente e avaliar as áreas de pressão; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar ingestão nutricional adequada; • Manter lençóis limpos, secos e esticados; • Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas e períodos de deambulação, quanto tolerado; • Proteger as proeminências ósseas a cada troca de posição corporal.
Regulação vascular	Risco de glicemia instável (29/10/2018) / Risco de glicemia instável diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço; • Administrar glicose hipertônica 50% como prescrito, quando necessário; • Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar, observando o protocolo; • Avaliar as condições do acesso intravenoso periférico; • Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); • Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); • Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar.
Sensopercepção	Orientação no tempo e no espaço prejudicada (01/11/2018) / Orientação no tempo e no espaço melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações básicas (lugar, tempo e data), quando necessário; • Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia da semana, mês e ano; • Observar se o paciente tem noção do tempo decorrido no hospital; • Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento); • Perguntar sobre o lugar (nome do hospital, andar, cidade, endereço); • Solicitar a colaboração da família para ajudá-lo; • Usar uma abordagem calma com o paciente.
Necessidades Psicossociais		
Segurança emocional	Medo (da morte) (29/10/2018) / Medo da morte melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Aproximar-se do paciente sem julgá-lo; • Identificar as causas desse sentimento; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente;
	Tristeza crônica (29/10/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Evitar comentário negativos; • Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
	Desesperança (29/10/2018) / Desesperança diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a expressar os seus sentimentos; • Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida; • Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Referir paciente ao serviço de psicologia.
Amor e Aceitação	Bem-estar prejudicado (29/10/2018) / Bem-estar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sentimento de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Oferecer apoio emocional; • Solicitar avaliação psicológica.
Liberdade e participação	Enfrentamento familiar prejudicado (29/10/2018)/ Enfrentamento familiar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o paciente e acompanhante a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença; • Apoiar o paciente e acompanhante e avaliar a compreensão deles acerca do processo da doença; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.
Necessidade Psicoespiritual		
Religiosidade e espiritualidade	Sofrimento espiritual (29/10/2018) / Sofrimento espiritual diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar bem-estar espiritual do paciente e da família; • Encorajar a participação em grupos de apoio; • Encorajar o paciente a revisar fatos passados de sua vida e a focalizar os eventos e os relacionamentos que tenham oferecido força e apoio espirituais; • Reconhecer a experiência espiritual do paciente.

Evolução (30/10/2018): Paciente evolui em estado geral comprometido, restrita ao leito, consciente e orientada, pouco comunicativa; dieta zero; em respiração espontânea, dispneica (leve); pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), pele ressecada; abdômen ascítico, timpânico; eliminação vesical presente (não conseguiu coletar a urina para medir débito urinário) e intestinal ausente há um dia (SIC); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (29/10); edema em MMII (2+/4+). Permanece com as mesmas queixas da admissão. Sem novas queixas. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: FR:18mpm; P: 92bpm; PA:90x50mmHg; T:37°C, GC:137 mg/dl (AC).

Evolução (31/10/2018): Paciente encaminhada para realização de endoscopia no HULW, não sendo possível realizar visita de acompanhamento do seu estado de saúde, pela pesquisadora.

Evolução (01/11/2018): Paciente evolui em estado geral comprometido, restrita ao leito, consciente e algo desorientada, fala incoerente; dieta zero; em uso de máscara de Venturi a 27% (6l/m), dispneia moderada; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), pele ressecada; abdômen ascítico, timpânico; eliminação vesical presente (não conseguiu coletar a urina para medir débito urinário) e intestinal ausente há três dias (SIC); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (29/10); edema em MMII (2+/4+). Não foi possível realizar endoscopia em decorrência do agravamento do quadro, sendo remarcado. Paciente com agravamento do seu estado de saúde, solicitado vaga de UTI. SSVV: FR:18mpm; P:89bpm; PA:100x50mmHg; T:37°C; GC:168 mg/dl (AC).

Avaliação (14/11/2018): Paciente evolui em estado geral gravíssimo, segue aos cuidados da UTI. Realizado visita para acompanhar o estado de saúde da paciente, porém por se tratar de uma paciente de evolução gravíssima, a irmã solicitou a esta pesquisadora que suspendesse o exame físico da paciente, pois já estava sendo realizado muitos procedimentos, a fim de poupar mais sofrimento físico a ela. Compreendendo esse momento de dor dos familiares, continuei realizando as visitas, porém sem entrar em contato direto com a paciente. Nos dias 05,06,07,08,09,12, e 13/11/2018 foi realizado visita de acompanhamento, sendo evidenciado o estado de saúde da paciente cada dia mais grave, em uso de respirador, drogas vasoativas, diminuição gradativa da função renal (passou a realizar hemodiálise). Paciente foi a ÓBITO em 14/11/2018, não sendo possível realizar as intervenções propostas para o caso. No entanto, apesar da dificuldade encontrada, esse estudo clínico foi relevante por permitir que essa pesquisadora prestasse apoio emocional aos familiares durante todo o período do internamento.

CASO 11

Histórico de Enfermagem (19/11/2018): R.C.L., 42 anos, sexo masculino, católico, casado - reside com esposa e uma filha, ensino médio incompleto (2º ano), motorista, admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 17/11/2018 com história de dor precordial, proveniente do Hospital e Maternidade Flávio Ribeiro Coutinho (HMFRC). Procurou o HMFRC com queixa principal de dor precordial irradiando para o membro superior esquerdo e dorso, apresentando ânsia de vômito e sudorese intensa na madrugada de sexta para sábado (17/11/2018), fez alguns exames e após identificação de alteração laboratorial e no eletrocardiograma, foi encaminhado para o HULW para realização de angioplastia com implante de STENT. Realizou cateterismo no sábado, ficou hospitalizado na UTI por 48h para vigilância hemodinâmica e foi encaminhado para a Clínica Médica dia 19/11/2018. Ao exame físico: evolui estável, consciente e orientado, pouco comunicativo; intercala pequenos períodos de deambulação com repouso no leito, acompanhado por sua esposa; em respiração espontânea, Sat.:98%, FR:18mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 3 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem dieta caseira, porém alimenta-se com frituras todos os dias; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações, apresentando frequência de evacuação em média 7 vezes/semana, Peso:75kg, Altura:1m63cm, **IMC:28,2kg/m² (sobrepeso)**; sono satisfatório; encontra-se sem acesso venoso periférico, fazendo uso de medicações por via oral; higiene corporal e oral satisfatória; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:62bpm, PA:120x80 mmHg; pulso radial periférico palpável, P:60bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de edema, varizes e equimoses. Não pratica atividade física regular. Relata **ansiedade** para alta hospitalar, pois sua filha de 19 anos encontra-se sozinha em casa e não sabe realizar os afazeres domésticos. Apresenta boa compreensão das orientações, refere vontade de seguir o regime terapêutico para que possa ter muitos anos de vida ao lado da sua família. Relata satisfação com sua renda mensal (três salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família. Lamenta com fáceis de **tristeza** a história familiar de doença cardíaca, com quatro óbitos na família (pai e três irmãos). Nega tabagismo e refere etilismo aos domingos (em média 12 latinhas de cerveja). Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso onze, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Ingestão de alimentos excessiva (19/11/2018) / Ingestão de alimentos excessiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre os riscos causados pela alimentação inadequada; • Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (19/11/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (19/11/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (19/11/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Integridade física	Integridade da pele prejudicada (19/11/2018)/ Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (19/11/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Necessidades Psicossociais		
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização (19/11/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
	Tristeza (19/11/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Incentivar a visita de amigos e familiares; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (20/11/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Avaliação (20/11/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se deambulando; sono satisfatório; aceitando dieta hospitalar; eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Durante o internamento o paciente apresentou-se receptivo às orientações e ações estabelecidas, seguindo o tratamento terapêutico instituído. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, apesar do pouco tempo de acompanhamento do paciente, foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas. Os diagnósticos de enfermagem foram traçados e as

intervenções de enfermagem elencadas, promovendo o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 12

Histórico de Enfermagem (21/11/2019): C.L.S, 24 anos, sexo feminino, católica, solteira, dona de casa, ensino médio completo, procedente de Caaporã, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 21/11/2018, com queixa principal de dor e edema em articulações, sendo mais intensas em joelhos e tornozelos. Paciente relata que veio para consulta no ambulatório de reumatologia do HULW com quadro de lesões pruriginosas em membros inferiores (MMII) há cerca de um ano e que há 4 meses iniciou úlcera de estase em membro inferior esquerdo com exsudato amarelado e fétido no momento, apresentando febre intermitente. Ao exame físico: evolui consciente e orientada, **deambula com ajuda da acompanhante** em decorrência de dor, **pouco comunicativa**; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, Sat.:96%, FR:16mpm; **pele e mucosas hipocoradas (2+/4+)**, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 1,5 l/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, não aceita bem a dieta, devido **inapetência e aversão aos alimentos**; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido, **eliminação intestinal ausente há dois dias, com frequência de 2 vezes/semana em média**, apresenta **fezes ressecadas**; Peso anterior:47 kg, Peso atual:33 kg, Altura:1m57cm, com **perda de 14kg em seis meses, IMC:17,4kg/m² (baixo peso)**; **sono insatisfatório**, refere dificuldade para iniciar o sono e que acorda várias vezes durante a noite; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pérvio (21/11), sem sinais flogísticos, higiene corporal e oral satisfatória, motricidade física preservada, apresenta **lesões pruriginosas em MMII e lesão em MIE (grau III)**, apresentando tecido necrosado, exsudato amarelado e odor fétido; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC:104bpm, PA:110x60mmHg; pulso radial periférico palpável, P:94bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses; temperatura da pele ao toque normal, T:36,5°C. Não pratica atividade física regular. Encontra-se **emagrecida** e com **alopecia moderada**. Apresenta **expressão facial e relato de dor moderada (8/10) em MMII (articulações)**. Relata **pouca compreensão com relação à doença**, reconhece o caráter crônico e mostrou-se com **humor deprimido e sem esperança**. Acredita que pode melhorar sua situação de saúde adquirindo hábitos saudáveis. Relata insatisfação com sua renda mensal (até dois salários mínimos), sendo insuficientes para as necessidades de sua família. Não faz planos positivos para o futuro. Nega tabagismo, etilismo. **Escala de Risco de Queda de Morse: 55 (alto risco)**. Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso doze, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Apetite prejudicado (21/11/2018) / Appetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Condição nutricional prejudicada (21/11/2018)/ Condição nutricional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Monitorar aceitação alimentar; • Orientar sobre hábitos saudáveis alimentares, com refeições balanceadas;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Sono e Repouso	Sono prejudicado (21/11/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Referir paciente ao serviço de nutrição. • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
	Infecção (21/11/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de queda (21/11/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
	Eliminação urinária espontânea (21/11/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Eliminação	Constipação (21/11/2018) / Constipação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas da constipação; • Estimular a deambulação, com uso de máscara; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Avaliar, em conjunto com a equipe médica e de nutrição, a necessidade do uso de laxativos ou emolientes fecais; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Registrar as eliminações intestinais quanto à frequência, à consistência, ao volume e à cor.
	Integridade da pele prejudicada (21/11/2018)/ Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (21/11/2018)/ Acesso intravenoso	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	preservado mantido	cateter intravenoso e data da punção; <ul style="list-style-type: none"> • Manter acesso intravenoso pérvio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Prurido (22/11/2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a causa do prurido; • Orientar que a fricção da pele seja realizada com a polpa digital, se necessário; • Orientar quanto ao autocuidado com a pele; • Aplicar cremes ou óleos adequados sempre que necessário; • Realizar troca de lençóis sempre que necessário; • Verificar diariamente a pele do paciente.
Atividade física	Intolerância à atividade física (21/11/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos do paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; • Proporcionar conforto ao paciente.
	Marcha (caminhada) prejudicada (21/11/2018)/ Marcha (caminhada) melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Informar ao paciente quanto à importância da marcha/deambulação e encorajá-lo; • Orientar a permanência por 5 minutos sentada no leito antes de iniciar marcha/deambulação; • Estimular a marcha/deambulação com frequência progressiva; • Encorajar a marcha/deambulação independente, dentro de limites seguros; • Instruir paciente/família quanto às medidas de segurança necessárias ao paciente para deambulação; • Observar as respostas emocionais/comportamentais do paciente/família e suas limitações da mobilidade; • Avaliar o progresso do paciente na sua marcha/deambulação; • Supervisionar marcha/deambulação do paciente.
	Fadiga (22/11/2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga; • Ajudar o paciente a priorizar atividades; • Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; • Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); • Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.
Cuidado corporal e ambiental	Capacidade de autocuidado prejudicada (21/11/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar; • Estimular as atividades de autocuidado; • Auxiliar nas atividades de vida diária, se necessário; • Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; • Referir paciente ao serviço social.
Sensopercepção	Dor musculoesquelética moderada (8/10) (21/11/2018) / Dor musculoesquelética melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
	Dor cutânea (lesão em MIE) intensa (9/10) / Dor na lesão em MIE melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a eficácia do medicamento após a administração; • Identificar, junto com o paciente, fatores que aliviam a dor; • Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar as características da dor quanto à frequência, à localização e à duração; • Verificar sinais subjetivos da dor
Regulação térmica	Febre (12/12/2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingestão hídrica; • Aplicar compressa fria e/ou orientar banho frio; • Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico; • Verificar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Segurança emocional	Tristeza crônica (21/11/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Evitar comentário negativos; • Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
	Desesperança (21/11/2018) / Desesperança melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a expressar os seus sentimentos; • Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida; • Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Baixa autoestima situacional (perda de peso) (21/11/2018) / Baixa autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar apoio emocional; • Evitar comentário negativos; • Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos; • Incentivar o paciente a reassumir o controle de sua vida com atitudes positivas de cuidados com a sua saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Falta de Conhecimento sobre doença (21/11/2018) / Falta de conhecimento sobre doença melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os procedimentos a serem realizados; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente/acompanhante; • Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação; • Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente.
<i>Necessidade Psicoespiritual</i>		
Religiosidade e espiritualidade	Risco de sofrimento espiritual (21/11/2018) / Risco de sofrimento espiritual diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar bem-estar espiritual do paciente; • Reconhecer a experiência espiritual do paciente; • Encorajar a participação em grupos de apoio; • Oferecer momento de privacidade para comportamento espiritual.

Evolução (22/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitando pouco dieta hospitalar por via oral; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); sono insatisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (21/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há três dias (SIC). Queixa-se de falta de disposição e energia, prurido em lesões púrpuras de membros inferiores. Realizado curativo em lesão (grau III) de MIE, apresentando tecido necrosado, exsudato amarelado, utilizado Kolagenase® e Kerlix® e ocluído. Deverá ser feita troca do curativo secundário diariamente e completo a cada 48 horas. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:95%; FR:18 mpm; FC:84bpm; PA:120x80mmHg; T:36,2°C.

Evolução (23/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; referiu ter aceitando melhor dieta hospitalar via oral; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); sono mais satisfatório hoje; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (22/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presente e sem alterações. Realizado troca do curativo secundário. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:20mpm; FC:88bpm; PA:120x70mmHg; T:36°C.

Evolução (26/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitando parcialmente dieta hospitalar via oral; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono melhorado; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado curativo em lesão (grau III) de MIE, apresentando tecido necrosado, exsudato amarelado, utilizado Kolagenase® e Kerlix® e ocluído. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:20mpm; FC:86bpm; PA:130x90mmHg; T:36,4°C.

Evolução (27/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitando parcialmente dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Realizado troca do curativo secundário. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:98%; FR:20mpm; FC:84bpm; PA:130x100mmHg; T:36,3°C.

Evolução (28/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitando parcialmente dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Realizado curativo em lesão (grau III) de MIE, apresentando tecido necrosado, exsudato amarelado, utilizado Kolagenase® e Kerlix® e ocluído. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:98%; FR:20mpm; FC:90bpm; PA:130x90mmHg; T:36,5°C.

Evolução (29/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou 100% da dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Realizado troca do curativo secundário. Marcado para amanhã o desbridamento cirúrgico em lesão de MIE. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat: 97%; FR:20mpm; FC:88bpm; PA:120x70mmHg; T:36,7°C.

Evolução (30/11/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; em dieta zero para procedimento cirúrgico; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (30/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Aguarda desbridamento cirúrgico em úlcera de MIE. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat: 99%; FR: 20 mpm; FC:79bpm; PA: 130x90mmHg; T: 36°C.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitando bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (30/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Referiu dor intensa (9/10) na lesão em MIE durante a realização do curativo, após desbridamento está sendo feito com ácidos graxos essenciais (AGE) + Kolagenase® em poucas áreas que ainda contém fibrina. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat: 97%; FR: 18 mpm; FC:77bpm; PA: 140x90mmHg; T: 36,8°C.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambulação melhorada (sem ajuda); consciente e orientada; aceitando bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (30/11); abdômen flácido,

indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Referiu dor intensa (9/10) durante a realização do curativo em MIE, feito com Kolagenase® + Kerlix® e ocluído. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:98%; FR: 20mpm; FC: 106bpm; PA: 140x80mmHg; T: 36°C.

Evolução (05/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambulando; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (05/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Realizado troca do curativo secundário. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat: 99%; FR: 20mpm; FC: 85bpm; PA: 140x100mmHg; T: 36,4°C.

Evolução (06/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambulando; consciente e orientada; aceitou pouco a dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (05/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Referiu dor intensa (9/10) durante a realização do curativo em MIE, realizado com Kolagenase® + Kerlix® e ocluído. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem. SSVV: Sat:97%; FR:18mpm; FC:78bpm; PA:150x100mmHg; T:36,8°C.

Evolução (07/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambulando; consciente e orientada; aceitando bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (05/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Realizado troca do curativo secundário. Foi encaminhada ao Hospital Napoleão Laureano para abertura de prontuário para administração de ciclofosfamida, no entanto, por falta de documentação não foi possível. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:20mpm; FC:80bpm; PA:130x70mmHg; T:36,5°C.

Evolução (10/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambulando; consciente e orientada; aceitou pouco a dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (10/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação fisiológicas sem alterações. Referiu dor intensa (9/10) durante a realização do curativo em MIE, usado Kolagenase® + Kerlix® e ocluído. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem. SSVV: Sat:97%; FR:18mpm; FC:90bpm; PA:140x100mmHg; T:37°C.

Evolução (11/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambulando; consciente e orientada; aceitando pouco dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (10/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical presente e intestinal ausente hoje. Realizado troca do curativo secundário. Aguarda agendamento de infusão de Ciclofosfamida no Hospital Napoleão Laureano. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:20mpm; FC:84bpm; PA:140x100mmHg; T:36,9°C.

Evolução (12/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (10/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminações fisiológicas sem alterações. Referiu dor intensa (9/10) durante a realização do curativo em MIE, usado Kolagenase® + Kerlix® e ocluído. Apresenta elevação de temperatura no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:99%; FR:20 mpm; FC:94bpm; PA:140x90mmHg; T:38°C.

Evolução (13/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (10/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. Realizado troca de curativo secundário. Não apresentou alterações de exames laboratoriais que sugerissem infecção. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat: 97%; FR:18mpm; FC:74bpm; PA:150x100mmHg; T:36,7°C.

Evolução (14/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (14/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical presente e intestinal ausente hoje. Referiu dor moderada (7/10) durante a realização do curativo em MIE, usado Kolagenase® + Kerlix® e ocluído. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:99%; FR:20mpm; FC:93bpm; PA:150x90mmHg; T:36°C.

Evolução (17/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (14/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical presente e intestinal ausente há 2 dias. Realizado troca de curativo secundário. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat: 98%; FR:20mpm; FC:93bpm; PA:140x100mmHg; T:36,6°C.

Evolução (18/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (18/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. O curativo foi realizado pela comissão de pele. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:99%; FR:20mpm; FC:79bpm; PA:150x90mmHg; T:36,5°C.

Evolução (19/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (18/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. O curativo foi realizado pela comissão de pele. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:99%; FR:20mpm; FC:97bpm; PA:140x100mmHg; T:36,7°C.

Evolução (20/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (20/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical e intestinal presentes e sem alterações. O curativo foi realizado pela comissão de pele. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:99%; FR:18mpm; FC:85bpm; PA:150x90mmHg; T:36°C.

Evolução (21/12/2018): Paciente evolui em estado geral regular, deambula com ajuda do acompanhante; consciente e orientada; aceitou bem dieta hospitalar; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD pérvio (20/12); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical presente e intestinal ausente hoje. O curativo foi realizado pela comissão de pele, porém foi registrado em prontuário boa evolução da lesão, apresentando tecido de granulação, usado AGE. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:19mpm; FC:82bpm; PA:150x90mmHg; T:36,2°C

Avaliação (24/12/2018): Paciente evolui estável, receberá ALTA HOSPITALAR após o almoço. Permanecerá em acompanhamento ambulatorial da ferida em MIE (em granulação) e também com a reumatologia. Durante o internamento a paciente e acompanhante apresentaram receptividade às orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora gradativa de suas queixas iniciais. A paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e pretende realizar mudanças em seu estilo de vida com o intuito de permanecer o mais saudável possível. O processo de enfermagem realizado durante todo o internamento até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no estabelecimento de confiança entre a paciente, acompanhante e pesquisadora, sendo possível realizar o acompanhamento, organizar o pensamento de modo contínuo e tomar decisões efetivas na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, promovendo gradativamente o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 13

Histórico de Enfermagem (22/11/2018): R.F.P.S., 37 anos, sexo feminino, evangélica, solteira - reside com um pastor (sem vínculo familiar), trabalha prestando cuidados domiciliares ao pastor acometido por tuberculose desde julho/2018, ensino fundamental incompleto (6ª série), admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 22/11/2018 com queixa principal de tosse produtiva, febre e dor precordial, proveniente de Salgado de São Félix-PB. Paciente relata que há cerca de dois meses apresentou tosse produtiva (com expectoração ora amarelada, ora esbranquiçada), febre intermitente (não aferida e sem horário definido), inapetência (com perda de 8kg nesse período) fadiga e astenia. Diante do quadro, foi encaminhada à Clínica Médica B para internamento e investigação. Realizou exames prévios: PPD:15mm (04/10/2018), teste rápido molecular para TB: não reagente (11/09/2018). Paciente em isolamento respiratório. Ao exame físico: evolui consciente e orientada, comunicativa; em repouso no leito, alternando com poucos momentos de deambulação - só para ir ao banheiro, está acompanhada por sua vizinha, pois possui laudo médico solicitando acompanhamento durante a hospitalização, devido a quadro depressivo anterior e pânico de ficar isolada na enfermaria; em respiração espontânea, Sat.:98%, FR:19mpm; murmúrios vesiculares presentes, estertores bolhosos discretos em base; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), pele ressecada, turgor e elasticidade levemente diminuídos, ingesta hídrica de 1,5/2 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes; aceita pouco dieta caseira, referindo **diminuição do apetite**; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais, apresentando frequência de evacuação em média 3 vezes/semana, Peso anterior:58kg, Peso atual:50kg, perda de peso 8kg em dois meses, Altura: 1m63cm, IMC:18,8kg/m² (normal); **sono insatisfatório**, acorda várias vezes durante a noite com episódios de tosse; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pérvio (22/11); higiene corporal satisfatória; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:121bpm, PA:100x80 mmHg; pulso radial periférico palpável, P:115bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas; ausência de varizes e equimoses; extremidades livres de edema; temperatura da pele ao toque normal, T:36°C. Relata perfuração de membranas timpânicas há 10 anos com episódios esporádicos de inflamação nos ouvidos (último há mais de 1 ano), o que ocasionou diminuição da função auditiva. Não pratica atividade física regular. Encontra-se com **linfonodo cervical à direita palpável**. Apresenta compreensão acerca do processo de doença instalado. Demonstra preocupação com sua renda mensal (desde o seu adocimento deixou de trabalhar), recebendo ajuda financeira de amigos e familiares. Verbaliza **negativismo, sentimentos de incapacidade/inutilidade; insatisfação com sua aparência atual** (gostaria de modificar sua aparência retornando ao seu peso anterior), sentimento de **tristeza profunda; não faz planos para o futuro** no momento. Queixando-se de **dispneia leve** aos mínimos esforços, **tosse produtiva com expectoração amarelada**, acordando várias vezes durante a noite com episódios de tosse produtiva; **falta de energia e disposição; cansaço físico e respiratório; falta de apetite** (refere que os alimentos estão sem sabor). Nega tabagismo, ex-etilista (não bebe há 5 anos). Escala de **Risco de Queda de Morse: 30 (risco moderado)**. Escala de Braden/Risco de Lesão por pressão: 16 (baixo risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso treze, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Oxigenação	Dispneia leve (22/11/2018) / Dispneia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Avaliar condição hemodinâmica; • Realizar gasometria, se necessário; • Monitorar sinais vitais.
	Tosse produtiva (22/11/2018) / Tosse	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingestão hídrica adequada; • Orientar sobre a necessidade de tossir e expectorar

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	produtiva melhorada	efetivamente; <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a tosse para expelir secreções; • Realizar ausculta respiratória.
	Expectoração produtiva (22/11/2018) / Expectoração diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto a exercícios de expulsão do muco; • Monitorar a expectoração; • Avaliar coloração da expectoração.
Hidratação	Hidratação da pele diminuída (22/11/2018) / Hidratação da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar meta de ingestão de líquidos, de acordo com a necessidade do paciente; • Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos; • Orientar a utilização de cremes hidratantes.
Nutrição	Apetite prejudicado (22/11/2018) / Apetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (22/11/2018)/ Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (22/11/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Risco de constipação (27/11/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.
	Constipação (29/11/2018)/ Constipação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas da constipação; • Estimular a deambulação, com uso de máscara; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Avaliar, em conjunto com a equipe médica e de nutrição, a necessidade do uso de laxativos ou emolientes fecais; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Registrar as eliminações intestinais quanto à frequência, à consistência, ao volume e à cor.
Sono e repouso	Sono prejudicado (22/11/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
	Sonolência (29/11/2018)/ cia diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar nível de sonolência; • Determinar os efeitos dos medicamentos sobre o sono; • Orientar sobre o risco de queda; • Orientar o acompanhante a fornecer auxílio à deambulação, se necessário;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Atividade física	Intolerância à atividade física (22/11/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais vitais. • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos do paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; • Proporcionar conforto ao paciente.
	Fadiga (22/11/2018) / Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga; • Ajudar o paciente a priorizar atividades; • Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; • Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); • Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de queda (22/11/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
	Risco de infecção (22/11/2018) / Risco diminuído de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
	Infecção (28/11/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (23/11/2018)/ Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Acesso intravenoso	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrões anormais no acesso intravenoso;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	prejudicado (28/11/2018)/ Acesso intravenoso preservado	<ul style="list-style-type: none"> Retirar acesso intravenoso; Puncionar novo acesso intravenoso; Monitorar os sinais e sintomas de complicações e/ou infecção no local da punção prejudicada.
	Integridade da pele prejudicada (28/11/2018)/ Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Inspecionar a pele do paciente; Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; Realizar curativo diário ou quando necessário.
Regulação térmica	Febre (28/11/2018) / Febre resolvida	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a ingestão hídrica; Aplicar compressa fria e/ou orientar banho frio; Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico; Verificar exames laboratoriais; Monitorar sinais vitais.
Sensopercepção	Dor torácica intensa (10/10) (23/11/2018) / Dor torácica melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; Investigar os fatores que aumentam a dor; Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; Observar os sinais não verbais da dor; Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Segurança emocional	Depressão (22/11/2018) / Depressão melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Atentar para o risco de suicídio; Manter ambiente seguro; Ouvir atentamente o paciente, promovendo relação de confiança; Usar uma abordagem calma e segura; Referir paciente ao serviço de psicologia.
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Baixa autoestima (22/11/2018) / Baixa autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar apoio emocional; Evitar comentário negativos; Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos; Orientar o paciente sobre o seu estado de saúde e a possibilidade de melhora.
<i>Necessidade Psicoespiritual</i>		
Religiosidade e espiritualidade	Risco de sofrimento espiritual (22/10/2018) / Risco de sofrimento espiritual diminuído	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar bem-estar espiritual do paciente; Reconhecer a experiência espiritual do paciente; Encorajar a participação em grupos de apoio; Oferecer momento de privacidade para comportamento espiritual.

Evolução (23/11/2018): Paciente evolui estável, deambulando; consciente e orientada, comunicativa; sem aceitação da dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), pele ressecada; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (22/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais (SIC). Demonstra humor deprimido e medo de ficar desacompanhada no hospital. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat.:96%; FR:20mpm; FC:105bpm; PA:100x60mmHg; T:36°C.

Evolução (26/11/2018): Paciente intercorreu na madrugada de 25/11, referindo dor torácica intensa (10/10) e dispneia leve; no momento encontra-se estável, deambulando; consciente e orientada, pouco comunicativa; sem aceitação da dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), pele hidratada; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal

ausente há um dia (SIC). Encontra-se mais tranquila com a permissão de permanência no HULW da acompanhante. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat.:95%; FR:24mpm; FC:120bpm; PA: 110x70mmHg; T:36,7°C.

Evolução (27/11/2018): Paciente evoluiu estável, deambulando; consciente e orientada, comunicativa; sem aceitação da dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há dois (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat.:94%; FR:44mpm; FC:130bpm; PA:110x70mmHg; T:37,4°C.

Evolução (28/11/2018): Paciente evoluiu estável, deambulando apenas para realização dos cuidados diários; consciente e orientada, comunicativa; aceitando pouco dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE com dor à palpação local (25/11); abdômen flácido, indolor, RHA presentes, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há três dias (SIC). Encontra-se com elevação de temperatura no momento. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:95%; FR:36mpm; FC:120bpm; PA:120x80mmHg; T:38,2°C.

Evolução (29/11/2018): Paciente evoluiu sonolenta, em pós-operatório de exérese de linfonodo cervical e broncoscopia; consciente; dieta zero; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (28/11); abdômen timpânico, endurecido, indolor, RHA hiperativos, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há quatro dias (SIC). Não apresentou alterações de exames laboratoriais que sugerissem infecção. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:20mpm; FC:100bpm; PA:100x60mmHg; T:37,5°C.

Evolução (30/11/2018): Paciente evoluiu estável; consciente e orientada; aceitando pouco dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (28/11); abdômen flácido, indolor, RHA hiperativos, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há cinco dias (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:96%; FR:18mpm; FC:96bpm; PA:100x60mmHg; T:37,2°C.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui estável, deambulando; consciente e orientada; com aceitação parcial da dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (28/11); abdômen flácido, indolor, eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:95%; FR:19mpm; FC: 90bpm; PA:100x70mmHg; T:36,2°C.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, deambulando; consciente e orientada; com aceitação parcial da dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+); sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (28/11); abdômen flácido, indolor, eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat:97%; FR:19mpm; FC:95bpm; PA:110x70mmHg; T:36,6°C. Resgatados resultados de exames: TC de tórax (23/11): extensa área de atelectasia no lobo médio pulmonar; Ecodopplercardiograma (29/11): insuficiência valvar mitral e tricúspide de grau discreto, derrame pericárdico leve; Broncoscopia (29/11): diminuta lesão com aspecto polipoide branca no brônquio principal, obstrução do brônquio do lobo médio por lesão vegetante, ambos na árvore brônquica direita - aguardando resultado da biópsia; Exérese de linfonodo cervical (29/11): aguardando resultado da biópsia; USG de abdômen total (04/12): resultado normal.

Avaliação (05/12/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se deambulando, consciente e orientada; com maior aceitação da dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais; sono melhorado. Apresentou melhora progressiva da dor torácica, persistindo dor leve (2/10) e tosse seca. Será acompanhado a nível ambulatorial no HULW. Durante o internamento a paciente apresentou-se receptiva às orientações e ações estabelecidas, seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização, obtendo melhora de suas queixas iniciais. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, sendo possível organizar as decisões e ações a serem realizadas e, desta forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as

intervenções de enfermagem elencadas promoveram o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 14

Histórico de Enfermagem (23/11/2018): E.F.S., 29 anos, sexo masculino, católico não praticante, união estável – reside com esposa e dois filhos, ensino médio completo, agricultor, admitido na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 23/11/2018 com queixa principal de dor articular progressiva e **edema em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII)**, proveniente de Alhandra-PB. Paciente relata que há cerca de um mês e meio sentiu dor cervical e febre procurando o hospital de Alhandra, onde foi medicado e no mesmo dia liberado para casa. Dois dias depois, começou a sentir **dores em punhos e tornozelo esquerdo**, com piora da dor em repouso e durante a madrugada, procurando o hospital de Alhandra sempre que a dor ficava mais intensa (insuportável), onde era medicado e liberado para casa. Há duas semanas além do aumento da dor articular, surgiram também edema em punhos e tornozelos, persistindo os sintomas até o momento. Hoje pela manhã procurou o hospital de Alhandra, por não suportar mais a **dor articular intensa** e **edema**, sendo encaminhado ao ambulatório de reumatologia do HULW como encaixe para avaliação especializada. Diante do quadro, foi encaminhado à Clínica Médica para internamento e investigação. Possui hipóteses de diagnósticos médicos: 1) Artrite reativa; 2) Poliartrite a/e. Ao exame físico: evolui consciente e orientado, **pouco comunicativo, irritado e inquieto** em decorrência da dor; em repouso no leito, **sem possibilidade de deambulação** no momento, sendo acompanhado por sua esposa, pois encontra-se **impossibilitado de realizar as atividades de vida diária** sozinho (dependência para alimentar-se, vestir-se, despir-se, tomar banho, ir ao banheiro, realizar higiene oral); em respiração espontânea, Sat.:98%, FR:22mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 2,5/3 litros/dia em média; abdômen semi-globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes; paciente apresenta **diminuição do apetite** e **perda de peso** (não mensurado) desde o adoecimento; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações, apresentando frequência de evacuação em média 7 vezes/semana, Peso atual:90,1kg, Altura:1m81cm, **IMC:27,5kg/m² (sobrepeso)**; **sono insatisfatório** desde o adoecimento; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pervio (23/11), sem sinais flogísticos; higiene corporal e oral satisfatórias; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:80bpm, **PA: 150x90 mmHg**; P:76bpm; **refere dor articular intensa (10/10)**; apresenta **edema em punhos (4+/4+) e tornozelos (4+/4+)**, sinal de cacifo positivo, calor presente, sem hiperemia, apresentando dor limitante à movimentação; pulso radial periférico palpável, P:76bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas; ausência de varizes e equimoses; temperatura da pele ao toque normal, T: 36,2°C. Não realiza atividade física regular. Apresenta pouca compreensão acerca do processo de doença instalado, pois não foi fechado nenhum diagnóstico até o momento e, desta forma, nenhuma orientação profissional foi realizada. Relata **insatisfação e preocupação** com sua renda mensal (desde o seu adoecimento tem recebido aproximadamente meio salário mínimo do bolsa família e outros programas sociais), sendo insuficiente para as necessidades de sua família (recebendo ajuda financeira da família e amigos). Demonstra preocupação com seu adoecimento e com a situação financeira da sua família; verbaliza **sentimentos de incapacidade/inutilidade; insatisfação com sua aparência atual** (gostaria de modificar sua aparência retornando ao seu estado normal - sem presença de edema), **falta de adaptação pessoal** com relação ao seu estado de saúde atual, permanecendo **melancólico** durante a admissão, pois gostaria que fosse dado um diagnóstico e resolvessem seu problema de saúde. Nega tabagismo, refere etilismo social uma vez por mês (sem exageros). Escala de **Risco de Queda de Morse: 65 (alto risco)**. Escala de Braden/**Risco de Lesão por pressão: 12 (risco moderado)**. Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Nutrição	Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária) (23/11/2018) / Ingestão de alimentos aumentada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Monitorar aceitação alimentar; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (23/11/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
Hidratação	Edema em MMSS e MMII (4+/4+) (23/11/2018) / Edema em MMSS e MMII melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de edema periférico por meio da escala em cruzes; • Registrar a evolução e a localização do edema; • Avaliar pressão arterial; • Orientar cuidados com a pele; • Monitorar ingestão e eliminação de líquidos; • Monitorizar a resposta do paciente ao tratamento diurético pela regressão do edema e peso corporal.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (23/11/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Risco de constipação (26/11/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.
Sono e repouso	Sono prejudicado (27/11/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
Atividade física	Intolerância à atividade física (23/11/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos do paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; • Proporcionar conforto ao paciente.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de Infecção (23/11/2018) / Risco diminuído de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	<p>Risco de queda (23/11/2018) / Risco de queda diminuído</p>	<p>loais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; Monitorar sinais e sintomas de infecção.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
Cuidado corporal e ambiental	<p>Capacidade de autocuidado prejudicada (23/11/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar; • Estimular as atividades de autocuidado; • Auxiliar nas atividades de vida diária, se necessário; • Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; • Referir paciente ao serviço social.
Regulação vascular	<p>Pressão arterial alterada (23/10/2018) / Pressão arterial controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar fatores relacionados à alteração da pressão arterial; • Monitorar a pressão arterial; • Monitorar queixas de tonturas e/ou cefaleia; • Desestimular consumo de sódio; • Orientar quanto à importância da redução do estresse e ansiedade.
Integridade física	<p>Acesso intravenoso preservado (23/11/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	<p>Risco de lesão por pressão (23/11/2018) / Risco de lesão por pressão diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente e avaliar as áreas de pressão; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar ingestão nutricional adequada; • Manter lençóis limpos, secos e esticados; • Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas e períodos de deambulação, quanto tolerado; • Proteger as proeminências ósseas a cada troca de posição corporal.
Sensopercepção	<p>Dor musculoesquelética intensa (10/10) (23/11/2018) / Dor musculoesquelética melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Necessidade Psicossocial		

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Liberdade e participação	Enfrentamento individual ineficaz (23/11/2018) / Enfrentamento individual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença; • Apoiar o paciente e avaliar a compreensão dele acerca do processo da doença; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.
Segurança emocional	Impotência (23/11/2018) / Impotência diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Monitorar o estado emocional do paciente; • Conversar com o paciente sobre as dificuldades cotidianas enfrentadas; • Buscar junto ao paciente soluções para as dificuldades encontradas; • Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem-estar; • Sugerir acompanhamento psicológico após alta.
Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Baixa autoestima situacional (presença de edema) (23/11/2018) / Baixa autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar apoio emocional; • Evitar comentário negativos; • Promover autoestima, estimulando o paciente a buscar seus pontos positivos; • Incentivar o paciente a reassumir o controle de sua vida com atitudes positivas de cuidados com a sua saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (05/12/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (26/11/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, deambulando com apoio da sua esposa (para realização dos cuidados diários), possui dependência total de cuidados; consciente e orientado, pouco comunicativo; aceitando pouco dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminações fisiológicas sem alterações (SIC); sono insatisfatório, em decorrência da dor articular (10/10) e desconforto do edema; edema em punhos (4+/4+) e tornozelos (4+/4+). Refere dores articulares até em repouso quando não está medicado. AVP salinizado em MSE pérvio (23/11). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:20mpm; P: 96bpm; PA:150x90mmHg; T:36,5°C.

Evolução (27/11/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, deambulando com apoio da sua esposa (para realização dos cuidados diários), possui dependência total de cuidados; consciente e orientado, pouco comunicativo; aceitando pouco dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espumosa e concentrada e intestinal ausente há um dia; sono insatisfatório, em decorrência da dor articular (8/10), que apresenta piora (10/10) ao movimentar-se; edema em punhos (4+/4+) e tornozelos (4+/4+). AVP salinizado em MSE pérvio (23/11). Refere dores articulares até em repouso quando não está sob o efeito de medicação. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm; P:71bpm; PA:150x90mmHg; T:36,1°C.

Evolução (28/11/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, deambulando com apoio da sua esposa, apresentando dependência total de cuidados; consciente e orientado, apresentando-se mais comunicativo; aceitando melhor dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espumosa e concentrada e intestinal ausente há dois dias; sono insatisfatório, em decorrência da dor articular (8/10) e desconforto do edema; edema presente em punhos (3+/4+) e tornozelos (2+/4+). AVP salinizado em membro superior direito (MSD) pérvio (28/11). Realizado as intervenções propostas no planejamento da

assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:20mpm; P:82bpm; PA:130x80mmHg; T:36,5°C.

Evolução (29/11/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, deambulando com apoio da sua esposa (para realização dos cuidados diários), possui dependência total de cuidados; consciente e orientado, comunicativo; aceitando melhor dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais; sono melhorado; AVP salinizado em MSD pérvio (28/11). Relata dor articular (8/10); edema em punhos (3+/4+) e tornozelos (2+/4+). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm; P:78bpm; PA:140x90 mmHg; T:36°C.

Evolução (30/11/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, deambulando com apoio da sua esposa (para realização dos cuidados diários), possui dependência total de cuidados; consciente e orientado, comunicativo; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais; sono satisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (28/11). Relata dor articular (6/10); apresenta edema em punhos (2+/4+) e tornozelos (2+/4+). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:20mpm; P:96bpm; PA:140x80mmHg; T:36,7°C.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, alternando com períodos de deambulação, possui dependência parcial de cuidados; consciente e orientado, comunicativo; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (02/12). Relata dor articular (4/10); edema em punhos (2+/4+) e tornozelos (+/4+). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:17mpm; FC:76bpm; PA:150x90mmHg; T:36,7°C.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, em repouso no leito, alternando com períodos de deambulação, possui dependência parcial de cuidados; consciente e orientado, comunicativo; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (02/12). Relata dor articular (2/10); edema em punhos (+/4+) e tornozelos (+/4+). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:20mpm; FC:68 bpm; PA:120x90 mmHg; T:36,6°C. Exames: RX mãos, punhos e tornozelos: lesão óssea radiocarpal, intercarpal e carpo-metacarpo (padrão de artrite reumatoide).

Avaliação (05/12/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se deambulando, com melhora significativa da dependência de cuidados e da dor à movimentação; consciente e orientado, comunicativo; aceitando dieta hospitalar; sono satisfatório; respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Apresentou melhora progressiva da dor articular e do edema em punhos e tornozelos, persistindo dor leve (2/10) principalmente em punhos e tornozelo direito. Será acompanhado a nível ambulatorial no HULW para continuidade da investigação do quadro de artrite. Durante o internamento o paciente e sua esposa apresentaram-se receptivos às orientações e ações estabelecidas. O paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização, obtendo melhora de suas queixas iniciais. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, pois durante o acompanhamento foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas e, desta forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, promoveram o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização e observação das intervenções pela pesquisadora.

CASO 15

Histórico de Enfermagem (27/11/2018): F.C.O., 51 anos, sexo feminino, católica, união estável - reside com esposo e um filho, ensino fundamental incompleto, costureira, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 27/11/2018 com história de alterações na função renal, identificada em consulta de acompanhamento no ambulatório de reumatologia do HULW, onde teve o diagnóstico recente de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), há cerca de 6 meses.

Doença pré-existente: hipertensão arterial sistêmica (HAS). Ao exame físico: evolui consciente e orientada, deambulando, comunicativa; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, Sat.:99%, FR:17mpm; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), rash cutâneo disseminado (sem lesões), hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 1,5/2 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes; aceita bem dieta caseira; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido, eliminação intestinal presente e de coloração marrom, apresentando frequência de evacuação em média 6 ou 7 vezes/semana, Peso anterior:75 kg, Peso atual:63 kg, perda de 12kg em seis meses, Altura:1m64cm, IMC:23,4kg/m² (normal); sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo pérvio (27/11/18); higiene corporal e oral satisfatória, membros superiores e inferiores (MMII) com motricidade física preservada; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC:98bpm, PA:110x60 mmHg, pulso radial periférico palpável, P:82bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Não pratica atividade física regular. Relata **dor moderada (8/10) em articulações (principalmente em MMII)**. Apresenta boa compreensão com relação à doença, reconhece o caráter crônico e mostra-se **otimista e colaborativa**. Acredita que pode melhorar sua situação de saúde adquirindo hábitos saudáveis. Relata insatisfação com sua renda mensal (dois salários mínimos), sendo insuficientes para as necessidades de sua família. Faz planos positivos para o futuro. Nega tabagismo, etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden/Risco de Lesão por pressão: 19 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (27/11/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (27/11/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (27/11/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (27/11/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pérvio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		rotina da instituição.
	Acesso intravenoso prejudicado (03/12/2018) / Acesso intravenoso preservado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrões anormais no acesso intravenoso; • Retirar acesso intravenoso; • Puncionar novo acesso intravenoso; • Monitorar os sinais e sintomas de complicações e/ou infecção no local da punção prejudicada.
	Integridade da pele prejudicada (03/12/18) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
Sensopercepção	Dor musculoesquelética moderada (8/10) (27/11/18) / Dor musculoesquelética melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
	Dor na ferida cirúrgica leve (3/10) (12/12/2018) / Dor na ferida cirúrgica resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Comunicação	Comunicação preservada (27/11/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde (03/12/18) / Aceitação do estado de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde; • Esclarecer as dúvidas do paciente; • Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (03/12/18) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização (10/12/18) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.

Evolução (28/11/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, comunicativa; deambulando; sono um pouco prejudicado pela ansiedade; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+);

em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (27/11); abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presente e sem alterações. Referiu dor articular leve (4/10). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:68bpm; FR:19mpm; PA:160x90mmHg.

Evolução (29/11/2018):) Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono e repouso preservados; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP em MSE (29/11); abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presente e sem alterações. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T: 36,7°C; FC: 80bpm; FR: 18mpm; PA: 140x80 mmHg.

Evolução (30/11/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono e repouso preservados; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP em MSE (29/11/18); abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presente e sem alterações. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,3°C; FC:87bpm; FR:20mpm; PA:130x80mmHg.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, comunicativa; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP apresentando sinais flogísticos em MSE após 4 dias em utilização (29/11 a 02/12), com presença de cordão venoso, sem edema, com discreta exsudação amarelada e dor local; abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:80bpm; FR:22mpm; PA:120x80mmHg.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono e repouso preservados; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP em MSD (03/12); abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e intestinal ausente hoje. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:64bpm; FR:20mpm; PA:130x80mmHg.

Evolução (05/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono e repouso preservados; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP em MSD (03/12); abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes sem alterações. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:83bpm; FR:20mpm; PA:130x80mmHg.

Evolução (06/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, comunicativa; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD (03/12) pérvio; abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e intestinal ausente há um dia. Referiu dor moderada (8/10) em 3º quirodáctilo direito. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:77bpm; FR:20mpm; PA:146x76mmHg.

Evolução (07/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; comunicativa; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE (07/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e intestinal presente e sem alterações. No período da manhã realizou infusão de ciclofosfamida no Hospital Napoleão Laureano. Demonstrando-se um pouco cansada com a rotina da manhã. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:84bpm; FR:20mpm; PA:140x80mmHg.

Evolução (10/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, comunicativa; deambulando; sono insatisfatório, referindo ansiedade pela marcação da biópsia renal para 11/12; aceitando bem a dieta; pele e mucosas hipocoradas (+/4+); em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE (07/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea presente e intestinal ausente há um dia. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,3°C; FC:74bpm; FR:20mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (11/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, comunicativa; deambulando; sono insatisfatório, referindo ansiedade moderada pela marcação da biópsia renal para hoje à tarde; aceitando bem a dieta; pele e mucosas normocoradas; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSD (11/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:73bpm; FR:20mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (12/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, comunicativa; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; pele e mucosas normocoradas; em respiração espontânea; aceitando bem a dieta; AVP salinizado em MSD (11/12), sem sinais flogísticos; abdome semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado biópsia renal no período da tarde em 11/12. Referiu dor leve (3/10) no local da biópsia renal. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,5°C; FC:83bpm; FR:19mpm; PA:130x60 mmHg.

Evolução (13/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada comunicativa; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; pele e mucosas normocoradas; em respiração espontânea; aceitando bem a dieta; sem AVP; abdômen semi-globoso, flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Alta prevista para amanhã. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T: 35,9°C; FC:70bpm; FR:19mpm; PA:120x70mmHg.

Avaliação (14/12/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR e será acompanhada no ambulatório de reumatologia do HULW. Durante o internamento apresentou receptividade absoluta às orientações e ações estabelecida, mostrando-se inicialmente tranquila, passando por um período de ansiedade, no entanto, a interação com a paciente possibilitou a sua adesão ao regime terapêutico instituído pela equipe de saúde, com sua melhora gradativa. A paciente seguiu o tratamento instituído durante a hospitalização e pretende realizar mudanças em seu estilo de vida com o intuito de permanecer o mais saudável possível. O processo de enfermagem realizado durante todo o internamento até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no estabelecimento de confiança entre o paciente e a pesquisadora, sendo possível realizar o acompanhamento, organizar o pensamento de modo contínuo e tomar decisões efetivas na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, promovendo gradativamente o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 16

Histórico de Enfermagem (28/11/2018): M.L.S., 41 anos, sexo feminino, evangélica, casada - reside com esposo e dois filhos, ensino superior completo, técnica em radiologia, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 28/11/2018 com história de dor torácica progressiva há cerca de dois meses, proveniente da UPA Oceania. Procurou a UPA com queixa principal de dor torácica intensa (10/10) irradiando para o dorso esquerdo, apresentando tosse seca e dispneia leve. Realizado exames com identificação de derrame pleural bilateral e d-dímero aumentado, sendo encaminhada à Clínica Médica do HULW para investigação do quadro. Portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) com diagnóstico há 7 meses, refere que desde o diagnóstico faz uso irregular da medicação e não utiliza com frequência o protetor solar e blusa de proteção, pois acredita que “não possui LES e tem fê de ser curada”. Possui hipóteses de diagnósticos médicos: 1) LES; 2) Tuberculose?; 3) TEP? Ao exame físico: evolui consciente e orientada, pouco comunicativa em decorrência da **dispneia leve**, apresentando **tosse seca** há 2 meses, em repouso no leito; em respiração espontânea, Sat.: 90%, FR: 19mpm; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 2 litros/dia em média; abdômen semi-globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes; aceita bem dieta caseira, porém relata **diminuição do apetite** e **perda de peso**; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais, apresentando frequência de evacuação em média 7 vezes/semana, Peso anterior:72kg, Peso atual:66kg, **apresentando perda de 6kg em dois meses**, Altura:1m56cm, **IMC:27,1kg/m² (sobrepeso)**; sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (28/11/2018), sem sinais flogísticos; higiene corporal satisfatória; ausculta cardíaca regular em

2T, bulhas cardíacas normofonéticas, FC:102bpm, PA:110x70 mmHg;T:36,3°C; pulso radial periférico palpável, P:100bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas; ausência de edemas, varizes e equimoses; apresenta manchas hipocrômicas em MMII. Refere **dor torácica intensa (10/10)**, irradiando para o dorso esquerdo. Apresenta boa compreensão com relação à doença, porém **não segue as orientações** de cuidados e tratamento medicamentoso para a manutenção de sua saúde, referindo sentimento de **culpa** por apresentar piora do quadro, a ponto de precisar de hospitalização. Relata satisfação com sua renda mensal (três salários mínimos), sendo suficiente para as necessidades de sua família. Nega tabagismo e etilismo social (sem exageros). Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden/Risco de Lesão por pressão: 19 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Oxigenação	Dispneia leve (28/11/2018) / Dispneia resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Avaliar condição hemodinâmica; • Realizar gasometria, se necessário; • Monitorar sinais vitais.
	Tosse seca (28/11/2018) / Tosse seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as causas da tosse; • Orientar paciente a sentar-se com a cabeça levemente fletida, durante os acessos de tosse; • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Proporcionar ambiente limpo e arejado; • Realizar ausculta respiratória; • Monitorar sinais vitais.
Nutrição	Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária) (28/11/2018)/ Ingestão de alimentos aumentada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Monitorar aceitação alimentar; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
	Sobrepeso (28/11/2018) / Sobrepeso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à prática de atividade física regular, sob orientação profissional; • Orientar quanto à necessidade de adquirir hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar acompanhamento nutricional após alta hospitalar.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (28/11/2018)/ Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Risco de constipação (29/11/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação do paciente; • Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada; • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Examinar o paciente quanto à distensão abdominal; • Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Sono e repouso	Sono prejudicado (30/11/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
Atividade física	Intolerância à atividade física (28/11/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária; • Avaliar nível de esforço durante as atividades; • Observar relatos do paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas; • Proporcionar conforto à paciente.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (28/11/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
	Infecção (30/11/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (28/11/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (28/11/2018)/ Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica à paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Acesso intravenoso prejudicado (04/12/2018)/ Acesso intravenoso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrões anormais no acesso intravenoso; • Retirar acesso intravenoso. • Puncionar novo acesso intravenoso, caso necessário; • Monitorar os sinais e sintomas de complicações e/ou infecção no local da punção prejudicada.
Sensopercepção	Dor torácica intensa (10/10) (28/11/2018) / Dor torácica melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Terapêutica e de prevenção	Não adesão ao regime terapêutico (28/11/2018)/	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar barreiras para a não adesão ao regime terapêutico; • Adequar à utilização dos medicamentos de acordo com a

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Não adesão ao regime terapêutico resolvida	rotina diária do paciente; <ul style="list-style-type: none"> • Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença; • Orientar o paciente acerca do regime terapêutico proposto.
	Falta de resposta ao tratamento (28/11/2018) / Falta de resposta ao tratamento melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar o paciente ao tratamento proposto; • Orientar sobre a necessidade de aderir ao tratamento; • Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença.
Necessidades Psicossociais		
Segurança emocional	Negação (28/11/2018) / Negação diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximar-se do paciente sem julgá-lo; • Estabelecer vínculo de confiança; • Identificar as causas desse sentimento; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação identificada.
Liberdade e participação	Enfrentamento individual ineficaz (28/11/2018) / Enfrentamento individual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença; • Apoiar o paciente e avaliar a compreensão dele acerca do processo da doença; • Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Manutenção da saúde prejudicada (28/11/2018)/ Manutenção da saúde melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde; • Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.
	Comportamento de busca de saúde (05/12/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (29/11/2018): Paciente evolui estável, deambulando, consciente e orientada, comunicativa; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente (refere não conseguir evacuar fora de sua residência); sono satisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (28/11); Refere melhora da dor torácica, apresentando dor intensa à inspiração (8/10), dispneia melhorada. Seguindo as orientações e tratamento medicamentoso. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: Sat.:98%; FR:18mpm, FC:97bpm, PA:100x60mmHg; T:36,6°C.

Evolução (30/11/2018): Paciente evolui estável, deambulando, consciente e orientada, comunicativa; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há dois dias; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (28/11/2018); Refere melhora dor torácica, só apresentando dor moderada à inspiração (6/10). Seguindo as orientações e tratamento medicamentoso. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Exames laboratoriais com alteração: PCR: 26; leucócitos: 16050, sumário de urina infeccioso. SSVV: Sat.:99%; FR:20mpm, FC:88bpm, PA:100x70mmHg; T:36°C.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui estável, deambulando, consciente e orientada, comunicativa; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (01/12/2018). Refere melhora dor torácica, só apresentando dor moderada à inspiração (6/10). Seguindo as orientações e tratamento medicamentoso.

Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Solicitado exames laboratoriais de acompanhamento. SSVV: Sat.:98%; FR:18mpm, FC:100bpm, PA:110x70mmHg; T:35,9°C.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, deambulando, consciente e orientada, comunicativa; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (04/12/2018). Refere melhora dor torácica, só apresentando dor leve à inspiração profunda (3/10). Seguindo as orientações e tratamento medicamentoso. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Recebido todos os exames solicitados durante o internamento, apresentando resultados dentro da normalidade. Descartado tuberculose e TEP, continuando tratamento para o sintomático relacionado ao LES e demais queixas. Programação de alta para 05/12 com acompanhamento ambulatorial. SSVV: Sat.:99%; FR:18mpm, FC:96 bpm, PA:90x60 mmHg; T:36,5°C.

Avaliação (05/12/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR, sendo encaminhada para acompanhamento no ambulatório de reumatologia do HULW. Encontra-se deambulando, consciente e orientada, comunicativa; aceitando dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais; sono satisfatório. Apresentou melhora da dor torácica, referindo dor leve à inspiração profunda (2/10). Durante o internamento apresentou-se receptiva às orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora significativa de sua queixa inicial. A paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização, compreendendo a necessidade de realizar o tratamento de modo adequado. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, principalmente com relação a aceitação do diagnóstico de LES pela paciente e o entendimento da necessidade de realização do tratamento medicamento e cuidados gerais com a saúde, tais como: proteção contra o sol e alimentação adequada. Durante o acompanhamento foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas e, desta forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, promoveram o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização e observação das intervenções pela pesquisadora.

CASO 17

Histórico de Enfermagem (30/11/2018): G.S.S., 31 anos, sexo feminino, católica, casada - reside com o esposo e quatro filhos, ensino fundamental completo, merendeira, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 30/11/2018, após 17 dias de internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HULW, com história de sepse, crises convulsivas e plaquetopenia. Deu entrada na clínica médica para continuidade do tratamento e investigação do quadro apresentado até o momento, com hipóteses de diagnósticos médicos: 1) Choque séptico superado; 2) Plaquetopenia a/e; 3) Doença de Still(?); 4) Síndrome do anticorpo antifosfolípido(?). Doença pré-existente: diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico: evolui consciente e orientada, **acamada**, porém com movimentos na cama preservados, **não deambula**, pouco comunicativa; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, refere **tosse seca**, Sat.: 98%, FR: 18mpm; **pele e mucosas hipocoradas** (2+/4+), hidratadas, turgor e elasticidade preservados, **apresenta lesão por pressão em região occipital e calcâneo esquerdo com curativo oclusivo**, ingesta hídrica de 1,5/2 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, fígado palpável, ruídos hidroaéreos presentes, **aceita pouco dieta**, refere **aversão aos alimentos**; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido e intestinal presente e de coloração amarelada, apresentando frequência de evacuação em média 6-7 vezes/semana, Peso anterior:73 kg, Peso atual:62kg, **perda de 11kg em três meses**, Altura:1m60cm, IMC:24,2kg/m² (normal); **sono insatisfatório**, refere saudades de sua família na rotina de sua casa; acesso venoso central em jugular interna esquerda (instalada durante seu internamento na UTI), com curativo oclusivo limpo; higiene corporal e oral satisfatória, necessita de acompanhante para o autocuidado (atividades de vida diária), pois apresenta motricidade física diminuída em membros inferiores (MMII), o que impede sua locomoção; membros superiores com motricidade física preservada; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC:98bpm, PA:100x60mmHg; pulso radial

periférico palpável, P:94bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Não pratica atividade física regular, relata **dor moderada (6/10) em articulações de MMII (principalmente joelhos)**. Apresenta compreensão ruim com relação à doença, **não acredita que pode mudar sua situação de saúde** e refere **desesperança, tristeza, choros esporádicos** por saudades da família e de sua casa. Relata insatisfação com sua renda mensal (dois salários mínimos), sendo insuficientes para as necessidades de sua família. Não faz planos positivos para o futuro. Nega tabagismo e etilismo. **Escala de Risco de Queda de Morse: 70 (alto risco)**. **Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 09 (altíssimo risco)**. Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Oxigenação	Tosse Seca (30/11/2018) / Tosse seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as causas da tosse; • Orientar paciente a sentar-se com a cabeça levemente fletida, durante os acessos de tosse; • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Proporcionar ambiente limpo e arejado; • Realizar ausculta respiratória; • Monitorar sinais vitais.
Nutrição	Apetite prejudicado (30/11/2018) / Appetite melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Sono e repouso	Sono prejudicado (30/11/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los; • Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas; • Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente; • Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.
Eliminação	Náusea (10/12/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; • Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, mastigando bem os alimentos; • Orientar o paciente para diminuir ou não ingerir líquidos durante as refeições; • Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; • Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.
	Eliminação urinária espontânea (30/11/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Segurança física	Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
e do meio ambiente	(30/11/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
	Risco de queda (30/11/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário; • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
Integridade física	Integridade da pele prejudicada (30/11/2018) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição; • Realizar curativo diário ou quando necessário.
	Risco de lesão por pressão (30/11/2018) / Risco de lesão por pressão diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele do paciente e avaliar as áreas de pressão; • Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada; • Orientar ingestão nutricional adequada; • Manter lençóis limpos, secos e esticados; • Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas e períodos de deambulação, quanto tolerado; • Proteger as proeminências ósseas a cada troca de posição corporal.
	Lesão por pressão (região occipital, estágio II) (30/11/2018) / Lesão por pressão melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a evolução da ferida; • Descrever as características da lesão por pressão, quanto ao tamanho, profundidade, estágio (I-IV), localização, granulação ou o tecido desvitalizado e a epitelização; • Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência da lesão e áreas circunvizinhas; • Orientar a limpeza da pele em torno da lesão por pressão com sabão suave e água.
	Lesão por pressão (calcâneo esquerdo, estágio II) (30/11/2018) /	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a evolução da ferida; • Descrever as características da lesão por pressão, quanto ao tamanho, profundidade, estágio (I-IV), localização,

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Lesão por pressão melhorada	granulação ou o tecido desvitalizado e a epitelização; <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência da lesão e áreas circunvizinhas; • Limpar a pele em torno da lesão por pressão com sabão suave e água.
	Acesso intravenoso preservado (06/12/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
	Mobilidade Física prejudicada (30/11/2018) / Mobilidade Física Melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar limitações atuais, considerando as atividades diárias do paciente; • Orientar quanto à importância da deambulação; • Auxiliar e/ou orientar o auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar na realização das atividades de higiene, se necessário; • Ensinar precauções de segurança ao paciente e/ou acompanhante; • Orientar sobre a prevenção de lesão por pressão.
	Capacidade de autocuidado prejudicada (30/11/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar; • Estimular as atividades de autocuidado; • Auxiliar nas atividades de vida diária, se necessário; • Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado; • Referir paciente ao serviço social.
Regulação vascular	Risco de sangramento (30/11/2018) / Risco de sangramento diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e registrar a presença de sangue, equimoses ou hematomas no corpo do paciente; • Orientar o paciente a manter o repouso no leito; • Atentar para queixas de tontura; • Monitorar sinais vitais.
Sensopercepção	Dor musculoesquelética moderada (6/10) (30/11/2018) / Dor musculoesquelética melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
	Dor de cabeça leve (02/10) (07/12/2018) / Dor de cabeça melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Necessidades Psicossociais		
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização (30/11/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
	Tristeza crônica (30/11/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de confiança; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Ouvir atentamente o paciente; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações; • Evitar comentário negativos; • Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
	Desesperança (30/11/2018)/ Desesperança diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a expressar os seus sentimentos; • Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida; • Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente; • Referir paciente ao serviço de psicologia.
Educação para a saúde e aprendizagem	Falta de Conhecimento sobre doença (30/11/2018)/ Falta de conhecimento sobre doença melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os procedimentos a serem realizados; • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente/acompanhante; • Oferecer informações ao paciente e familiares sobre a patologia, tratamento, recuperação e reabilitação; • Esclarecer dúvidas durante o internamento do paciente.
	Comportamento de busca de saúde (13/12/18) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, acamada, comunicativa; aceitando bem dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sono e repouso satisfatórios; AVC (JIE) pérvio, em bomba de infusão, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há dois dias. Refere melhora da tosse seca e dor em MMII, pois está em uso de analgésico de horário. Apresenta lesão por pressão em região occipital e calcâneo esquerdo, ambos apresentando tecido necrótico (grau II) e em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo simples, sendo realizado pela equipe plantonista. Realizou infusão de metilprednisolona 1g por três dias consecutivos (29/11 a 01/12). Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,5°C; FC:72bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, acamada, comunicativa; aceitou parcialmente dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sono insatisfatório; AVC (JIE) pérvio, em bomba de infusão, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há três dias. Curativo realizado pela equipe plantonista em lesão por pressão na região occipital e calcâneo esquerdo, ambos em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:78bpm; FR:21mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (05/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, acamada, comunicativa; aceitando parcialmente dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sono insatisfatório; AVC (JIE) pérvio, em bomba de infusão, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há

quatro dias. Curativo realizado pela equipe plantonista em lesão por pressão na região occipital e calcâneo esquerdo, ambos em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,7°C; FC:76bpm; FR:17mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (06/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com muita dificuldade e ajuda do acompanhante, sob supervisão profissional; sono satisfatório; aceitando parcialmente a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; retirado AVC e puncionado acesso venoso periférico (AVP) em membro superior esquerdo (MSE) (06/12), que encontra-se salinizado, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Curativo realizado pela equipe plantonista em lesão por pressão na região occipital e calcâneo esquerdo, ambos em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:103bpm; FR:18mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (07/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com dificuldade e ajuda do acompanhante, sob supervisão profissional; sono insatisfatório, em decorrência da dor no corpo; aceitando parcialmente a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (06/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Referiu dor de cabeça leve (2/10). Curativo realizado pela equipe plantonista em lesão por pressão na região occipital e calcâneo esquerdo, ambos em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:100bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (10/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com dificuldade e ajuda do acompanhante; sono insatisfatório, em decorrência de dor moderada (7/10) em MMII; aceitou pouco a dieta, referiu náuseas; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSD (08/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Curativo realizado pela equipe plantonista em lesão por pressão na região occipital e calcâneo esquerdo, ambos em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo. Referiu ansiedade por alta hospitalar. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,7°C; FC:93bpm; FR:18mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (11/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com dificuldade e ajuda do acompanhante; sono satisfatório; aceitou a dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (11/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há um dia. Curativo realizado pela equipe plantonista em lesão por pressão na região occipital e calcâneo esquerdo, ambos em uso de Kollagenase® com curativo oclusivo. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,4°C; FC:98bpm; FR:20mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (12/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com ajuda do acompanhante; sono satisfatório; aceitou bem a dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (11/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor, eliminação vesical espontânea presente e normal e intestinal ausente há um dia. Apresenta relato em prontuário da equipe plantonista de melhora das lesões por pressão em região occipital e calcâneo esquerdo, ambos sem tecido necrótico, com tecido em granulação e em uso de ácidos graxos essenciais com curativo oclusivo simples. Paciente encontra-se mais alegre e esperançosa com a sua melhora gradativa e possibilidade de alta hospitalar amanhã. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,5°C; FC:95bpm; FR:20mpm; PA:100x60mmHg.

Avaliação (13/12/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR e será acompanhada no ambulatório de reumatologia. Durante o internamento apresentou receptividade parcial as orientações e ações estabelecidas, mostrando-se inicialmente muito desanimada e resistente as diversas orientações da equipe multidisciplinar, no entanto, a interação com a paciente possibilitou a sua adesão e posterior melhora gradativa de suas queixas iniciais, sendo orientada sobre os procedimentos e cuidados que deverão ser realizados em seu domicílio, como o curativos das lesões por pressão. A

paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e pretende realizar mudanças em seu estilo de vida com o intuito de permanecer o mais saudável possível. O processo de enfermagem realizado durante todo o internamento até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no estabelecimento de confiança entre a paciente, acompanhante e pesquisadora, sendo possível realizar o acompanhamento, organizar o pensamento de modo contínuo e tomar decisões efetivas na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, promovendo gradativamente o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 18

Histórico de Enfermagem (30/11/2018): A.D.X.S, 32 anos, sexo feminino, evangélica, casada - reside com o esposo e a filha, assistente social, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 30/11/2018 com queixa principal de dor ao urinar e gotejamento urinário há uma semana, tem história anterior de inflamação da bexiga de modo recorrente, refere uso de múltiplos antibióticos. Relata cálculo renal e nefrectomia à esquerda há três anos. Paciente relata que deu várias entradas em urgências enquanto aguardava por consulta no ambulatório do HULW, pois apresentava dor forte ao urinar e gotejamento urinário, foi solicitado exames e identificada cistite causada por E. coli (ESBL), sendo encaminhada para internamento. Ao exame físico: evolui estável, consciente e orientada, deambulando, comunicativa; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, Sat.: 99%, FR: 14mpm; pele e mucosas normocoradas, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 2,5 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, aceita bem a dieta, alimenta-se sozinha por via oral; eliminação vesical espontânea apresentando **dor pélvica intensa (10/10)**, **dor e gotejamento ao urinar**, com diurese de aspecto **amarelo concentrado** e eliminação intestinal presente e de coloração marrom, apresentando frequência de evacuação em média 6-7 vezes/semana, Peso atual: 75 kg, Altura: 1m67cm, IMC: 26,8kg/m² (normal); sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior esquerdo (31/11) pérvio, sem sinais flogísticos; higiene corporal e oral satisfatórias, motricidade física preservadas em membros superiores (MMSS) e inferiores; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC: 62bpm, PA: 110x60mmHg, pulso radial periférico palpável, P: 60bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes. Apresenta **equimoses em MMSS** decorrentes de punções venosas anteriores. Não pratica atividade física. Apresenta boa compreensão com relação à doença e ao tratamento. Mostrou-se otimista e colaborativa. Refere ter mudado alguns hábitos com o intuito de melhorar seu estado de saúde e planeja melhorar seu estado físico iniciando atividade física regular. Relata insatisfação com sua renda mensal (dois e meio salários mínimos), sendo insuficientes para as necessidades de sua família. Faz planos positivos para o futuro. Nega tabagismo, etilismo. Escala de Risco de Queda de Morse: 20 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 20 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Segurança física e do meio ambiente	Infecção (30/11/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais e sintomas de infecção; • Orientar sobre a importância da lavagem das mãos; • Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção; • Monitorar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
Eliminação	Eliminação urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	espontânea (30/11/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Sensopercepção	Disúria (30/11/2018) / Disúria resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Estimular a ingestão hídrica adequada; • Orientar quanto à importância da higiene íntima após cada micção; • Evitar irritantes externos, como desodorante e limpadores vaginais; • Incentivar a micção frequente; • Orientar a esvaziar a bexiga por completo; • Orientar quanto ao preparo para a realização de exames, quando solicitado; • Monitorar os sinais e os sintomas de infecção urinária; • Monitorar exames laboratoriais.
Integridade física	Integridade da pele prejudicada (30/11/18) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente sobre a higiene da pele, mantendo a pele limpa, seca e hidratada; • Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas; • Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição. • Inspeccionar a pele do paciente durante o acompanhamento.
	Acesso intravenoso preservado (30/11/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (30/11/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Comunicação	Comunicação preservada (30/11/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde (30/11/2018) / Aceitação do estado de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde; • Esclarecer as dúvidas do paciente; • Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (10/12/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (03/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (02/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Solicitado tomografia de abdômen sem contraste. SSVV: T:36,8°C; FC:68bpm; FR:18mpm; PA:90x60mmHg.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (02/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:84bpm; FR:18mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (05/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (02/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:74bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (06/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em membro superior direito (MSD) (06/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Resultado de exame: tomografia de abdômen não revelou alterações significativas. SSVV: T:36,8°C; FC:85bpm; FR:20mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (07/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; aceitando bem a dieta; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; AVP salinizado em MSE (02/12) pérvio, sem sinais flogísticos; abdômen semi-globoso, flácido, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Equimoses com aspecto bem melhorado. Nega disúria. Paciente demonstra-se tranquila, aguardando o término da antibioticoterapia para receber alta hospitalar. SSVV: T:36,1°C; FC:77bpm; FR:18mpm; PA:110x80mmHg.

Avaliação (10/12/2018): Paciente evolui estável, sem queixas, recebeu ALTA HOSPITALAR, dará continuidade à antibioticoterapia por via oral e trará exames para acompanhamento no ambulatório do HULW. Durante o internamento apresentou receptividade absoluta às orientações e ações estabelecidas, mostrando-se muito otimista e receptiva as diversas orientações da equipe multidisciplinar. A paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e pretende realizar mudanças necessárias em seu estilo de vida, para evitar novos episódios de internamento. O processo de enfermagem realizado da admissão até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no estabelecimento de confiança entre a paciente e a pesquisadora, sendo possível realizar o acompanhamento, organizar o pensamento de modo contínuo e tomar decisões efetivas na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, promovendo gradativamente o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 19

Histórico de enfermagem (03/12/2018): S.V.P., 46 anos, sexo feminino, evangélica, união estável - reside com esposo e dois filhos, ensino médio incompleto, autônoma, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Laudo Wanderley (HULW) em 03/12/2018, com história de dor abdominal (hipocôndrio direito) há cerca de um ano e plenitude pós-prandial, proveniente de sua residência em João Pessoa-PB. Paciente relata que a dor começou há um ano, aumentando gradativamente e atrapalhando sua rotina diária de trabalho e lazer com a família, motivo pelo qual procurou consulta ambulatorial da gastroenterologia no HULW, sendo solicitado seu internamento para investigação do

quadro. Doença pré-existente: glaucoma. Ao exame físico: evolui estável, em repouso no leito, consciente e orientada, comunicativa; em respiração espontânea, FR:16mpm; **pele e mucosas hipocoradas** (2+/4+), hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 2 litros/dia em média; alimenta-se sozinha por via oral, possuindo hábitos alimentares prejudiciais à sua condição de saúde atual (alimentos gordurosos e frituras); abdômen plano, tenso, **doloroso à palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito e presença de massa** cerca de 4cm do rebordo costal, ruídos hidroaéreos presentes, **aceitando a dieta moderadamente**, refere **plenitude pós-prandial e náuseas**; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido e **intestinal** presente e de **coloração amarronzada**, apresentando frequência de evacuação em média 7 vezes/semana, Peso anterior:52kg, Peso atual:47 kg, apresentou perda de 5kg em três meses, Alt.:1,52; IMC:20,3Kg/m² (normal); sono satisfatório; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio, sem sinais flogísticos (03/12); higiene corporal e oral satisfatórias; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC:98bpm, PA:100x60 mmHg, pulso radial periférico palpável, P:98bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses; motricidade física preservada. Nega atividade física regular. Relata **dor leve (4/10) à palpação em hipocôndrio direito**. Apresenta boa compreensão com relação à doença, referindo vontade de seguir todas as orientações que tenham por finalidade a melhora do seu atual quadro de saúde, está sem acompanhante por não haver disponibilidade dos familiares (devido atividade laboral), no entanto, a paciente não apresenta necessidades que exijam a presença de um acompanhante. Até o início de seu adoecimento, relata **satisfação com sua renda** mensal (mais de cinco salários mínimos), sendo suficientes para as necessidades de sua família. Demonstra **descontentamento** com o adoecimento, pois desde então, tem atrapalhado sua rotina de trabalho, fazendo com que sua atividade como costureira fosse suspensa e consequentemente, o estabelecimento que possuía precisou ser extinto. Apesar disso, refere que não se encontra triste pois tem o apoio financeiro e emocional da família, que entende que sua atenção agora deve voltar-se para sua saúde. Faz planos positivos para o futuro. Nega tabagismo e refere etilismo social. Escala de Risco de Quedas de Morse: 0 (baixo risco). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 20 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso cinco, de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas		
Nutrição	Apetite Prejudicado (03/12/2018) / Appetite Melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (03/12/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
	Náusea (03/12/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea; • Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, mastigando bem os alimentos; • Orientar o paciente para diminuir ou não ingerir líquidos durante as refeições; • Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas; • Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.
	Flatulência (03/12/2018) / Flatulência melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar ruídos hidroaéreos; • Avaliar distensão abdominal; • Estimular deambulação, sob supervisão; • Orientar a evitar alimentos que provoquem gases; • Orientar aumento do tempo de mastigação.
	Vômito (10/12/2018) / Vômito resolvido	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores ambientais ou biológicos capazes de estimular o vômito; • Avaliar e registrar as características, a quantidade, a frequência e a duração do vômito; • Estimular a ingestão hídrica adequada após episódio de vômito, se tolerado; • Orientar higienização da cavidade oral após o vômito; • Observar a pele e mucosa, quanto a sinais de desidratação.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (03/12/2018) / Risco diminuído de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
Cuidado corporal e ambiental	Capaz de executar o autocuidado (03/12/2018) / Capaz de executar o autocuidado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado; • Estimular as atividades de autocuidado; • Orientar o paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar.
Sensopercepção	Dor em hipocôndrio direito leve (4/10) (03/12/2018) / Dor em hipocôndrio direito melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (03/12/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Oxigenação	Tosse seca (04/12/2018) / Tosse seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as causas da tosse; • Orientar paciente a sentar-se com a cabeça levemente fletida, durante os acessos de tosse; • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Proporcionar ambiente limpo e arejado; • Realizar ausculta respiratória; • Monitorar sinais vitais.
Regulação Térmica	Febre (10/12/2018) / Febre resolvida	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingestão hídrica; • Aplicar compressa fria e/ou orientar banho frio; • Verificar temperatura após uma hora da administração de

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		antitérmico; <ul style="list-style-type: none"> • Verificar exames laboratoriais; • Monitorar sinais vitais.
Regulação vascular	Risco de glicemia instável (18/12/2018) / Risco de glicemia instável diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço; • Administrar glicose hipertônica 50% como prescrito, quando necessário; • Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar, observando o protocolo; • Avaliar as condições do acesso intravenoso periférico; • Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); • Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); • Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar.
Necessidades Psicossociais		
Comunicação	Comunicação preservada (03/12/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde (03/12/2018) / Aceitação do estado de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde; • Esclarecer as dúvidas do paciente; • Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.
Segurança emocional	Ansiedade da hospitalização (19/12/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular o diálogo; • Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos; • Ouvir atentamente o paciente; • Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro; • Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (21/12/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (04/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea, referiu tosse seca discreta; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSD pérvio (03/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, endurecido à palpação em hipocôndrio direito, refere plenitude pós-prandial, aceitou pouco dieta hospitalar; eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:89bpm; FR:20mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (05/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSD pérvio (03/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, endurecido à palpação em hipocôndrio direito, refere plenitude pós-prandial, aceitou pouco dieta hospitalar; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:85bpm; FR:20mpm; PA:120x60mmHg.

Evolução (06/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSD pérvio (03/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, refere plenitude pós-prandial, aceitou pouco a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,3°C; FC:87bpm; FR:20mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (07/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSD pérvio (03/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, refere plenitude pós-prandial, aceitou pouco a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Queixou-se de dor abdominal leve (2/10) à palpação. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:88bpm; FR:18mpm; PA:120x60mmHg.

Evolução (10/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (08/12); pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; abdômen plano, endurecido à palpação em hipocôndrio direito, refere plenitude pós-prandial e um episódio de vômito, aceitou pouco a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Apresentou febre e um episódio de vômito. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Aguarda realização de colangioressonância, marcada para 17/12. SSVV: T:38,3°C; FC:86bpm; FR:20mpm; PA:120x60mmHg.

Evolução (11/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP salinizado em MSE pérvio (08/12), pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; abdômen plano, flácido, aceitou melhor a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T: 36,9°C; FC: 98bpm; FR:20mpm; PA: 100x60mmHg.

Evolução (12/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea, referiu tosse seca discreta; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSE pérvio (12/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, refere plenitude pós-prandial, aceitou pouco a dieta; eliminação vesical espontânea presente e intestinal ausente hoje. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:96bpm; FR:20mpm; PA:120x80mmHg.

Evolução (13/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSE pérvio (12/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, negou plenitude pós-prandial ou vômito, aceitou bem a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:102bpm; FR:20mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (14/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (2+/4+) e discretamente ictéricas (+/4), hidratadas; AVP salinizado em MSE pérvio (12/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, aceitou bem a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:92bpm; FR:24mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (17/12/2018): Paciente não se encontrava no leito, estava realizando exame externo.

Evolução (18/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; AVP salinizado em MSD pérvio (16/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, aceitou pouco a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Não foi possível realizar colangioressonância devido episódio de hipoglicemia, o exame foi remarcado para o dia 19/12. Refere eructações e flatulência. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36, 6°C; FC:90bpm; FR:18mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (19/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; AVP em MSD pérvio (16/12), sem sinais flogísticos; abdômen plano, flácido, aceitou bem a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Fará colangioressonância no período da tarde, refere ansiedade moderada para realização do exame. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36°C; FC:89bpm; FR:18mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (20/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sem AVP; abdômen plano, flácido, aceitou bem a dieta; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Refere melhora da ansiedade após realização do exame. Queixando-se da comida hospitalar hipossódica e hipolipídica. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,5°C; FC:101bpm; FR:20mpm; PA:110x60mmHg.

Avaliação (21/12/2018): Paciente evolui estável, sem queixas, recebeu ALTA HOSPITALAR, pois encontra-se clinicamente estável e fará o acompanhamento com a gastroenterologia no ambulatório do HULW. Durante o internamento apresentou receptividade as orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora gradativa de suas queixas iniciais. A paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e pretende realizar mudanças em seu estilo de vida com o intuito de permanecer o mais saudável possível. Refere dificuldade para mudança dos hábitos alimentares, mas irá se esforçar, para obter qualidade de vida. O processo de enfermagem realizado durante todo o internamento até a alta hospitalar evidenciou-se como uma ferramenta eficaz no estabelecimento de confiança entre o paciente e a pesquisadora, sendo possível realizar o acompanhamento, organizar o pensamento de modo contínuo e tomar decisões efetivas na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, promovendo gradativamente o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização das intervenções pela pesquisadora.

CASO 20

Histórico de Enfermagem (06/12/2018): M.G.S.D., 56 anos, sexo feminino, católica, união estável - reside com marido e a filha, ensino fundamental incompleto (4ª série), agricultora, admitida na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em 06/12/2018 com história de **dor abdominal (hipocôndrio esquerdo) que irradia para o tórax há cerca de três meses. Apresentando também astenia, anemia (Hb = 3,5 mg/dl), tosse seca e febre.** Reside na cidade de Capim/PB, no entanto, veio transferida pelo Hospital de Mamanguape/PB para investigação do quadro clínico, que sugeria como hipótese médica de diagnóstico: 1) Anemia hemolítica autoimune. Ao exame físico: evolui consciente e orientada, comunicativa, em repouso no leito, deambulando com ajuda; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, FR: 16mpm; **pele e mucosas hipocoradas (3+/4+)**, hidratadas, turgor e elasticidade preservados, ingesta hídrica de 1,5-2 litros/dia em média; abdômen plano, flácido, **doloroso à palpação superficial em todo o terço superior**, ruídos hidroaéreos presentes, **aceitando a dieta moderadamente** – por apresentar **falta de apetite**; eliminação vesical espontânea de aspecto límpido e **intestinal** presente e de coloração amarronzada, apresentando frequência de evacuação em média 7 vezes/semana, Peso anterior:58kg, Peso atual:56,4kg, Alt:1,69m, IMC:19,7kg/m² (normal), refere perda de 1,6kg em seis meses; sono e repouso satisfatórios; acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio (06/12), sem sinais flogísticos; higiene corporal e oral satisfatórias; ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas normofonéticas, FC:68bpm, PA:100x70mmHg; pulso radial periférico palpável, P:68bpm, perfusão periférica e rede venosa periférica preservadas, ausência de varizes e equimoses. Nega atividade física regular. Relata **dor leve em tórax superior, motricidade física diminuída em membros inferiores e falhas de memória.** Apresenta boa compreensão com relação à doença, referindo vontade de seguir às orientações que tenham por finalidade a melhora do seu atual quadro de saúde, e entende que a alimentação pode influenciar em sua resposta à patologia. Encontra-se acompanhada por sua irmã. Relata **satisfação com sua renda** mensal (cerca de 2 salários mínimos), sendo suficientes para as necessidades de sua família. Demonstra **esperança e respostas positivas** com relação ao adoecimento. Recebe apoio financeiro e emocional da família. Faz planos positivos

para o futuro. Referiu tabagismo na adolescência (não soube informar o tempo) e nega etilismo. Escala de **Risco de Queda** de Morse: 60 (**alto risco**). Escala de Braden - Risco de Lesão por pressão: 18 (sem risco). Nega alergia medicamentosa.

Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso vinte, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica de identificação. João Pessoa, 2019.

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
Nutrição	Apetite Prejudicado (06/12/2018) / Appetite Melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as causas de diminuição de apetite; • Investigar preferências alimentares do paciente; • Estabelecer relação de apoio ao paciente; • Estimular a ingestão de alimentos; • Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde; • Referir paciente ao serviço de nutrição.
Integridade física	Acesso intravenoso preservado (06/12/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso; • Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção; • Manter acesso intravenoso pervio com solução salina; • Realizar troca do acesso intravenoso de acordo com a rotina da instituição.
Oxigenação	Tosse seca (06/12/2018) / Tosse seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as causas da tosse; • Orientar paciente a sentar-se com a cabeça levemente fletida, durante os acessos de tosse; • Elevar cabeceira do leito; • Administrar oxigênio, se necessário; • Proporcionar ambiente limpo e arejado; • Realizar ausculta respiratória; • Monitorar sinais vitais.
Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção (06/12/2018) / Risco de infecção diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar susceptibilidade para infecção; • Explicar ao paciente sobre os fatores de risco relacionados à infecção; • Explicar ao paciente sobre as medidas protetoras (dieta e sono adequados; cuidados com a higiene), para minimizar o risco de infecção; • Avaliar diariamente locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), quanto a presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; • Instruir o paciente sobre os cuidados necessários com locais de descontinuidade da pele (cateter intravenoso, lesão cutânea), para minimizar risco de infecção; • Monitorar sinais e sintomas de infecção.
	Risco de queda (06/12/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda por meio de uma escala; • Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário; • Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário; • Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro; • Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes; • Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas; • Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário; • Elevar grades do leito, se necessário;

Necessidades Afetadas	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar; • Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.
Eliminação	Eliminação urinária espontânea (06/12/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar coloração, frequência e volume urinário; • Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária; • Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada; • Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.
Sensopercepção	Dor em abdômen superior moderada (5/10) (06/12/2018) / Dor em abdômen superior melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10; • Investigar os fatores que aumentam a dor; • Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; • Observar os sinais não verbais da dor; • Administrar analgésico, conforme prescrição médica.
Atividade Física	Fadiga (07/12/2018) / Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga; • Ajudar o paciente a priorizar atividades; • Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário; • Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito); • Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.
<i>Necessidades Psicossociais</i>		
Comunicação	Comunicação preservada (06/12/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a expressão dos sentimentos; • Estimular a comunicação; • Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.
Amor e aceitação	Aceitação do estado de saúde (06/12/2018) / Aceitação do estado de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente; • Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde; • Esclarecer as dúvidas do paciente; • Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde.
Educação para a saúde e aprendizagem	Comportamento de busca de saúde (06/12/2018) / Comportamento de busca de saúde mantido	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o paciente sobre o comportamento de busca de saúde; • Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem a sua saúde; • Encorajar o paciente sobre a aceitação ao tratamento; • Orientar sobre os cuidados necessários ao receber alta hospitalar.

Evolução (07/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com ajuda do acompanhante, devido fraqueza muscular em MMII; sono insatisfatório devido à falta de adaptação ao ambiente hospitalar; em respiração espontânea, tosse seca discreta; AVP em MSD (06/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação superficial em todo o quadrante superior; aceitou bem a dieta hospitalar; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normal. Referiu falta de energia e disposição, cansaço físico. Queixa-se de dor abdominal e torácica moderada (5/10). Foi realizado orientação e escuta com a paciente, que compartilhou sentimentos positivos em relação ao seu estado de saúde. Aguarda realização de tomografia computadorizada (TC) de abdômen com contraste. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,1°C; FC:91bpm; FR:20mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (10/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com ajuda do acompanhante; sono insatisfatório; em respiração espontânea, tosse seca discreta; AVP em MSD (06/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação superficial em todo o quadrante superior;

aceitou bem a dieta hospitalar; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normal. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,6°C; FC:89bpm; FR:19mpm; PA:100x60mmHg.

Evolução (11/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com ajuda do acompanhante; sono insatisfatório; em respiração espontânea, tosse seca discreta; AVP em MSE (11/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação superficial em todo o quadrante superior; aceitou bem a dieta hospitalar; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,9°C; FC:94bpm; FR:17mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (12/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com ajuda do acompanhante; sono insatisfatório; em respiração espontânea, tosse seca discreta; AVP em MSE (11/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação superficial em todo o quadrante superior; aceitou bem a dieta hospitalar; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:37°C; FC:92bpm; FR:18mpm; PA:100x70mmHg.

Evolução (13/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando com ajuda do acompanhante; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSE (11/12); abdômen plano, flácido, doloroso à palpação superficial; aceitou bem dieta hospitalar; eliminação vesical presente e intestinal ausente hoje. Refere melhora da dor abdominal e torácica (3/10) - analgesia de horário. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Solicitado novos exames. SSVV: T:36°C; FC:91bpm; FR:22mpm; PA:90x50 mmHg.

Evolução (14/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, deambulação melhorada; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSE (11/12); abdômen plano, flácido, doloroso à palpação superficial; aceitou bem dieta hospitalar; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Solicitado novos exames. SSVV: T:36°C; FC:93bpm; FR:19mpm; PA:110x60mmHg.

Evolução (17/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando sem ajuda, sob supervisão profissional; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSD (16/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação superficial, em dieta zero para realização de exame; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Realizará endoscopia digestiva alta hoje. SSVV: T:36,4°C; FC:76 bpm; FR:19mpm; PA: 110x60mmHg.

Evolução (18/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando sem ajuda, sob supervisão profissional; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSD (16/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação superficial, aceitando parcialmente a dieta; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Refere dor torácica em aperto, que acontece de forma intermitente e que por vezes provoca dispneia transitória. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Foram solicitados: parecer da cirurgia torácica e tomografia de tórax. SSVV: T:37°C; FC:81bpm; FR:19mpm; PA:130x70mmHg.

Evolução (19/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando sem ajuda, sob supervisão profissional; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSD (16/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação profunda, aceitando parcialmente a dieta; eliminação vesical presente e sem alteração e intestinal ausente hoje. Refere dor torácica moderada (6/10) em hemitórax esquerdo. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. Aguarda TC de tórax. SSVV: T:36,6°C; FC:83bpm; FR:19mpm; PA:120x70mmHg.

Evolução (20/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; refere sentir-se mais disposta para deambular; sono satisfatório; em respiração espontânea, presença de creptos em base pulmonar esquerda; AVP em MSD (16/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação profunda, aceitando parcialmente a dieta; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Refere dor torácica moderada (4/10) à inspiração. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,9°C; FC:78bpm; FR:18mpm; PA:110x70mmHg.

Evolução (21/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada, deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSE (21/12); abdômen plano, flácido e doloroso à palpação profunda, aceitando parcialmente a dieta; eliminação vesical presente e sem alteração e intestinal ausente hoje. Permanece com dor torácica leve (2/10) à inspiração. A TC de tórax revelou

pequeno derrame pleural à esquerda, no entanto, a equipe de cirurgia torácica relatou que não será necessário cirurgia e fará acompanhamento ambulatorial. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,2°C; FC:69bpm; FR:18mpm; PA:130x70mmHg.

Evolução (24/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea, murmúrios vesiculares discretamente reduzidos em hemitórax esquerdo, AVP em MSE (21/12); abdômen plano, flácido e indolor, aceitando parcialmente a dieta; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Refere desconforto torácico à esquerda durante a inspiração. Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,3°C; FC:80bpm; FR:18mpm; PA:120x70mmHg.

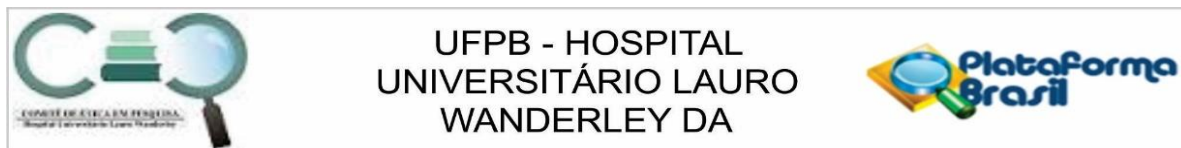
Evolução (25/12/2018): Paciente evolui estável, consciente e orientada; deambulando; sono satisfatório; em respiração espontânea; AVP em MSE (25/12); abdômen plano, flácido e indolor, aceitando parcialmente a dieta; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Permanece com desconforto torácico à esquerda durante a inspiração, que melhora com uso de analgésico (dipirona). Realizado as intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para a paciente. SSVV: T:36,8°C; FC:69bpm; FR:18mpm; PA:110x70mmHg.

Avaliação (26/12/2018): Paciente evolui estável, recebeu ALTA HOSPITALAR. Encontra-se consciente, orientada, deambulando; aceitando parcialmente a dieta hospitalar, porém refere intenção em alimentar-se adequadamente em sua residência; sono satisfatório; respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; abdômen flácido, indolor; eliminação vesical e intestinal presentes e normais. Apresenta desconforto torácico apenas após movimentos bruscos ou inspiração profunda. Será acompanhada no ambulatório do HULW, com consulta marcada para hematologista e cirurgia torácica. Durante o internamento a paciente e seus acompanhantes apresentaram-se receptivos às orientações e ações estabelecidas. A paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização, obtendo melhora de suas queixas iniciais. O processo de enfermagem evidenciou-se como uma ferramenta eficaz, pois durante o acompanhamento foi possível organizar as decisões e ações a serem realizadas e, desta forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, promoveram o alcance dos resultados esperados, dentro das possibilidades de realização e observação das intervenções pela pesquisadora.

ANEXOS

ANEXO A

PARACER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS

Pesquisador: RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82605418.4.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.519.189

Apresentação do Projeto:

Trata-se da versão 2 de projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, prevendo a realização de estudo observacional, envolvendo cinco profissionais enfermeiros da divisão de clínica médica do HULW e 20 pacientes atendidos no serviço. É considerado subprojeto da pesquisa "Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)", que vem sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPB, e que foi submetido anteriormente à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da UFPB na sua versão completa.

Objetivo da Pesquisa:

- Desenvolver definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na clínica médica do HULW/UFPB;
- Validar clinicamente a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na clínica médica HULW/UFPB com a realização de estudos de casos clínicos com clientes da referida clínica do HULW/UFPB.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comite.etica@hulw.ufpb.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.519.189

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Faltava, na primeira versão, a inclusão de riscos e benefícios no projeto e nos TCLEs, o que foi corrigido nesta segunda versão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto observacional, com riscos mínimos para os participantes, tanto profissionais quanto pacientes, aparentemente apenas aqueles inerentes a pesquisas com aplicação de questionários com coleta de dados através de entrevistas. Portanto, aparentemente não há implicações bioéticas que poderiam comprometer a segurança, integridade física e psíquica ou dignidade das pessoas envolvidas diretamente na realização do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi retirado quadrículo para impressão dactiloscópica, que não se aplicava no modelo de TCLE para os enfermeiros. Foram reformulados TCLEs para serem apresentados e assinados pelos pacientes e enfermeiros, em conformidade com as inadequações apontadas na apreciação anterior.

Recomendações:

Verificada carta-resposta anexada pela pesquisadora e conferidas as reformulações feitas nos documentos anexados à Plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nosso parecer é favorável à aprovação deste projeto na sua segunda versão pelo Colegiado do CEP/HULW.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer APROVADO do protocolo de pesquisa, emitido pelo CEP/HULW, em Ad Referendum.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- . O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.
- . O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.
- . O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA**



Continuação do Parecer: 2.519.189

pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

. Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 31/10/2018.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1069423.pdf	21/02/2018 13:57:02		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	21/02/2018 13:52:45	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/02/2018 13:51:43	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Mestrado_Rafaela_Araujo.pdf	21/02/2018 11:47:14	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/02/2018 11:46:48	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito
Outros	Cadastro_GEP.pdf	29/01/2018 20:44:12	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito
Outros	Certidao_GEPFAE.pdf	29/01/2018 20:43:48	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comite.etica@hulw.ufpb.br



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA**



Continuação do Parecer: 2.519.189

Orçamento	Orcamento.pdf	29/01/2018 20:43:08	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	29/01/2018 20:42:46	RAFAELA DE MELO ARAUJO MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Fevereiro de 2018

**Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)**

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comite.etica@hulw.ufpb.br